



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
XOCHIMILCO**

**LAS PRÁCTICAS SIGNIFICANTES DE LOS VIEJOS Y SU
RELACIÓN CON EL PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO
ACTIVO EN EL VALLE DEL MEZQUITAL, HIDALGO**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTORA EN CIENCIAS EN SALUD COLECTIVA

PRESENTA

MA. DE LA LUZ MARTÍNEZ MALDONADO

DIRECCIÓN DE TESIS

DRA. MA. DEL CONSUELO CHAPELA MENDOZA

ASESOR

DR. VÍCTOR MANUEL MENDOZA NÚÑEZ

México, D.F., Noviembre de 2012

Dedicatorias

A Javier, por tu comprensión, por tu apoyo incondicional, por tu compromiso y solidaridad, pero sobre todo por tu gran amor. Todo mi amor para ti.

A Juan Pablo, por tus invaluable comentarios, lecturas, relecturas y revisiones del documento pero, sobre todo, por tu comprensión, solidaridad, apoyo y por el cariño que me has dado siempre, particularmente durante el proceso del doctorado. Hijo, gracias, para ti todo mi amor.

A Marissa, mi compañera, mi interlocutora, gracias por tus comentarios, por tus lecturas, por todas tus aportaciones para la construcción de la Salud Colectiva. Hija, toda mi admiración y amor para ti.

A Mariana, mi niña hermosa, gracias por iluminar mi vida con tus sonrisas, con tus grandes deseos de saber todos los días. Eres mi fuente de inspiración.
Nieta linda, todo mi amor para ti.

A mi mamá, a Carmela, Fernando, Beatriz, Socorro, Teresa y Rosa por todo su apoyo y comprensión a mis ausencias durante todo este tiempo. Todo mi amor para ustedes. A todos mis sobrinos y sobrinas, por su solidaridad y afecto.

AGRADECIMIENTOS

Al Fondo Mixto del Fomento a la Investigación Científica y Tecnológica CONACYT-Gobierno del Estado de Hidalgo, México. Proyecto HGO-2003-C01-9066, por su apoyo para el desarrollo de esta investigación.

A la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, espacio idóneo y propicio para mi desarrollo académico y profesional.

A la Unidad de Investigación en Gerontología y a todo sus integrantes. Juntos hemos creído e impulsado el proyecto humanista y social que subyace a este estudio.

Al Dr. Víctor Mendoza Núñez, Director de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Víctor, gracias por el impulso formador y por el espacio de libertad que te aseguraste brindar para la conceptualización y desarrollo de este trabajo.

A todos y cada uno de los viejos que participaron en esta investigación, por su compromiso y trabajo, pero sobre todo porque aprendí de ustedes una nueva forma de significar la vejez.

A la UAM Xochimilco, por haber enriquecido a mi paso por ella mi crecimiento académico y profesional.

A mi directora de tesis, Dra. Ma. Consuelo Chapela Mendoza. Mi queridísima Coni, gracias por todo lo que aprendí contigo, por todo lo que me hiciste reflexionar y pensar para culminar este estudio. Trabajar contigo significó mucho más que un ejercicio de investigación, convirtiéndose en toda una experiencia de vida. Gracias por tu acompañamiento..

A mis lectores Dr. José Alberto Rivera Márquez, Dr. Luis Alberto Vargas Guadarrama y Dr. Alejandro Cerda García. Su visión y comentarios permitieron enriquecer este trabajo.

A todos los miembros de la Unidad de Desarrollo Académico y Profesional. Gracias por su apoyo y comprensión para la conclusión de este trabajo.

A mis grandes amigas, Mirna Ruiz, Margarita Cruz, Marga Morales, Rosalinda Escalante, Rocío Prieto. Al Dr. Antonio Sierra. Toño, gracias por tu amistad.

Al Dr. Hugo Martínez Lemus. Gracias por ayudarme a pensar y a ordenar mis ideas. Su presencia orientadora y su mirada humanista hacia mis procesos de vida permean el logro de este proyecto.

A Socorro, Paco y Arturo por su esmerada contribución en los diversos momentos de construcción de este documento.

RESUMEN

Esta comunicación tiene como propósito sustentar un conjunto de propuestas conceptuales para el avance en la comprensión de la vejez y de prácticas institucionales relacionadas en el contexto de la Salud Colectiva. Las propuestas que se plantean se derivan de una investigación de carácter etnográfico llevada a cabo en un escenario rural en la región centro de México. Todos los participantes en el estudio estaban involucrados en un programa comunitario dirigido a la formación de promotores de salud ancianos. El principal objetivo fue profundizar en los saberes, sentidos y significados que operan en las prácticas significantes, tanto de los viejos, como de las instituciones encargadas de los programas enfocados a este colectivo.

Mi experiencia en el trabajo con viejos, aunada al reconocimiento institucional generalizado de la magnitud del problema que representa una población cada vez más envejecida en situaciones de desigualdad asociadas a la pobreza, generó en mí la necesidad de entender mejor la relación entre la vejez y la respuesta social a sus problemas. A partir de un proceso personal de reflexión derivado de esta investigación, concluí que las prácticas de las instituciones enfocadas a la atención de este segmento de la población podrían mejorar si se las abordaba desde una perspectiva social a la luz de teorías como la Salud Colectiva, la sociología de Pierre Bourdieu y la Promoción de la Salud Emancipadora. Para alcanzar el objetivo de este estudio decidí estudiar los programas y procesos de una Unidad de Investigación en donde llevaba a cabo mi trabajo con viejos. Como estudiante del Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva decidí sustentar mi investigación en una metodología interpretativa de corte etnográfico que me permitiera acercarme a mi objeto de estudio desde múltiples aristas, incorporando las dimensiones materiales y subjetivas de la porción de la realidad que estudié. Llevé a cabo el análisis de la información a partir de la construcción de analizadores en donde se expresan las dimensiones del poder (desde la perspectiva de la teoría de la práctica de Bourdieu), de la organización social (desde la perspectiva de la Salud Colectiva) y de la salud (desde la perspectiva de la Promoción de la Salud Emancipadora), dimensiones involucradas en los programas institucionales dirigidos a los viejos.

Este estudio me permitió percatarme de que la UI, a partir de prácticas enmarcadas en el enfoque del envejecimiento activo, tiende a circunscribir su definición de la identidad de los viejos en contenidos gerontológicos y médicos, lo que lleva a una homogenización y control de sus visiones y de sus cuerpos. Como contraparte, encontré que los viejos oponen resistencia al control y al poder de la UI, misma que varía en función de sus capitales originales. Estos últimos buscan reposicionarse en la sociedad para tener o recuperar un sitio visible en cada uno de sus campos. En este sentido, la solidaridad y la colectividad constituyen elementos que los impulsan a trabajar con otros viejos y a buscar el desarrollo de sus capacidades humanas. El estudio me permitió hacer propuestas conceptuales sobre la vejez que considero aportaciones a la Salud Colectiva.

ABSTRACT

The purpose of this document is to present a series of conceptual proposals aimed at the advancement in the understanding of ageing in Mexican rural populations and of related institutional practices developed in the context of Collective Health. The proposals herein presented are the result of an ethnographic research study carried out at a rural setting in central Mexico. All participants in the study were involved in a community program aimed at the development of 'active aging' health promoters. The main objective was to gain a deeper comprehension of the knowledge, perspectives and meanings that came into play as part of the significant practices of both the elderly participants and the institutional group coordinating the intervention programs addressed to this collective.

My experience in the work with old age populations, together with an institutional recognition of the problems associated with an increasingly ageing population in Mexico, which has to deal with stringent conditions of inequity related to poverty, elicited in me the need to improve my understanding of the relationship between ageing and the social response to its multifaceted problematic. Based on my reflection about the aforementioned matters, I considered it important to anchor the analysis of the institutional practices addressed to this segment of the population on a social perspective that would integrate major premises derived from the theoretical underpinnings of the Collective Health movement, the sociological work of Pierre Bourdieu, and the Emancipatory Health Promotion. Based on such a perspective, I underwent the endeavor of analyzing the current programs and processes developed by a Gerontological Research Unit (RU) in which I was professionally involved. Furthermore, as a graduate student in the Doctoral Program in Collective Health in Mexico, I decided to ground this study in an interpretive ethnographic research methodology that could help me approach my object of study from multiple perspectives, incorporating objective and subjective dimensions of the segment of reality that I was about to study. The analysis of data was based on the construction of categories associated to power (from the perspective of Pierre Bourdieu's theoretical framework), social organization (from the perspective of Collective Health), and health care (from the perspective of Emancipatory Health Promotion), dimensions integrated into our institutional programs addressed to the elderly.

From the research work undertaken, it became evident that our RU, through a series of practices connected with the active ageing approach, tends to circumscribe its conceptualization of the elderly's identity on gerontological and medical perspectives, thus leading to forms of homogenization and control of both their perspectives and bodies. As a counterpart, I have found that the elderly develop a form of resistance to the power and control exerted by the RU that varies as a function of the elderly original capital. The latter try to reposition themselves in society in an attempt to attain or recover a visible position in the various fields in which they participate. Thus, solidarity and collectivity become major determinants of their social functioning, driving them to work with other elderly and to move towards the conjoint development of their human capacities. In such regard, the research study herein reported allowed me to advance a series of conceptual proposals about ageing that may prove to be relevant contributions to furthering our understanding of ageing in rural populations in Mexico from the perspective of current advancements in Collective Health.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO 1	13
MARCO TEÓRICO.....	13
INTRODUCCIÓN.....	13
SECCIÓN 1. LA SALUD COLECTIVA COMO MARCO PARA EL ESTUDIO DEL ENVEJECIMIENTO	15
INTRODUCCIÓN.....	15
1.1. ANTECEDENTES DE LA SALUD COLECTIVA.....	16
1.2. LA MEDICINA SOCIAL	17
1.3. LA SALUD PÚBLICA	23
1.4. LA DEMANDA DE NUEVOS PARADIGMAS: LA SALUD COLECTIVA	26
1.4.1. El contexto. Veinte años de políticas neoliberales	27
1.4.2. Hacia la construcción del concepto.....	30
1.4.3. El objeto de conocimiento de la Salud Colectiva	31
1.4.4. Salud colectiva, envejecimiento y vejez.....	31
1.4.5. El envejecimiento y la vejez en el contexto global	33
CONCLUSIÓN	39
SECCIÓN 2. LOS APORTES DE LA SOCIOLOGÍA DE BOURDIEU PARA LA COMPRENSIÓN DE LA VEJEZ Y EL IMPACTO DE UN PROGRAMA PARA LA FORMACIÓN DE PROMOTORES EN EL MARCO DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO.....	39
INTRODUCCIÓN.....	39
2.1. LA TEORÍA DE LOS CAMPOS DE PIERRE BOURDIEU.....	42
2.1.1. Campo	45
2.2. LAS CUATRO ESPECIES DE CAPITAL	47
2.3. HABITUS	49
2.4. VIOLENCIA SIMBÓLICA, ACCIÓN PEDAGÓGICA, ARBITRARIEDAD Y ARBITRARIO CULTURAL.....	52
2.5. ESPACIO SOCIAL Y CAMPO DEL PODER	52
2.6. LAS PRÁCTICAS SIGNIFICANTES	55
CONCLUSIÓN	57

SECCIÓN 3. PROMOCIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO DE LAS CAPACIDADES HUMANAS EN LA VEJEZ	57
INTRODUCCIÓN	57
3.1. PROMOCIÓN DE LA SALUD. ¿CUÁL SALUD?	58
3.2. DIFERENTES MARCOS PARA ENTENDER LA SALUD	59
3.3. HACIA UN CONCEPTO DE SALUD PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD	63
3.4. ALGUNOS ANTECEDENTES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD (PS).....	69
3.5. DECLARACIONES Y DOCUMENTOS SOBRE PROMOCIÓN DE LA SALUD	72
3.6. DIFERENTES CONCEPTOS DE PS, DISTINTAS PRÁCTICAS DE PS.....	73
3.7. PROMOCIÓN DE LA SALUD EMANCIPADORA.....	78
3.7.1. El concepto	79
3.7.2. Cuerpo-territorio	79
3.7.3. PS emancipadora, exigibilidad y justiciabilidad	84
CONCLUSIÓN	84
CAPÍTULO 2	87
CONSTRUCCIÓN DE LA VEJEZ.....	87
INTRODUCCIÓN	87
2.1. DIFERENTES SIGNIFICADOS DE “VIEJO”	88
2.1.1. Obstáculos en la conceptualización de vejez	90
2.1.2. El actor de la vejez: el viejo. Algunos conceptos.....	91
2.2. LA HISTORIA EN LA COMPRESIÓN DE LA VEJEZ	95
2.2.1. Una síntesis	102
2.3. EL ESTUDIO DE LA VEJEZ COMO DISCIPLINA: ENFOQUES Y MODELOS EXPLICATIVOS.....	104
2.3.1. Discursos biologicistas y médicos	105
2.3.2. Discursos psicológicos y sociológicos sobre la vejez, el envejecimiento y el viejo	107
2.4. OTRO DISCURSO: LA GERONTOLOGÍA.....	110
2.5. MIRADAS ACTUALES DE LA VEJEZ	112
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE MARTÍN (2000)	113
2.6. LA INVESTIGACIÓN Y SU INFLUENCIA EN LOS SIGNIFICADOS DE “SER VIEJO”	115
CONCLUSIÓN	117

CAPÍTULO 3	121
EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO	121
INTRODUCCIÓN	121
3.1. ENVEJECIMIENTO ACTIVO (EA): CONCEPTOS ANTECEDENTES	122
3.2. CUATRO ORGANISMOS INTERNACIONALES: CUATRO DEFINICIONES DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO	126
3.2.1. Definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS).....	127
3.2.2. Definición de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) ..	128
3.2.3. Definición de la Unión Europea (UE).....	129
3.2.4. Definición de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)	129
3.3. DOCUMENTOS RECTORES EN LA CONSTRUCCIÓN DEL CONCEPTO DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO	134
3.4. UNA REVISIÓN DE LOS AVANCES EN LA APLICACIÓN INTERNACIONAL DEL EA COMO POLÍTICA Y EN EL DISEÑO Y OPERACIÓN DE PROGRAMAS DIRIGIDOS A LOS VIEJOS	137
3.5. LA OECD Y SUS PROGRAMAS	138
3.6. LA UNIÓN EUROPEA Y SUS PROGRAMAS.....	139
3.7. LA CEPAL Y SUS PROGRAMAS.....	142
3.8. MÉXICO Y SUS AVANCES EN EL MARCO DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO	150
3.9. RECAPITULACIÓN SOBRE ACCIONES DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN MÉXICO.....	151
3.10. ¿ES POSIBLE PONER EN PRÁCTICA EL EA?	153
3.11. EL PROBLEMA DE LA DEFINICIÓN	154
3.11.1. ¿Cuál concepto de envejecimiento?	154
3.11.2. ¿Cuál concepto de activo?	155
3.11.3. ¿Cuál concepto de salud?.....	156
3.11.4. Otro concepto que merece atención	157
3.12. ¿QUÉ PROPONGO?.....	161
CAPÍTULO 4	171
UN PANORAMA MUNDIAL DE LA POBLACIÓN QUE ENVEJECE	171
INTRODUCCIÓN	171
4.1. LA SITUACIÓN MUNDIAL DE LOS VIEJOS.....	172
4.1.1. Características de la población mundial (natalidad, mortalidad, esperanza de vida, crecimiento de la población).....	172

4.1.2. El envejecimiento, características generales	173
4.2. LA SITUACIÓN DE SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES EN EL MUNDO	176
4.2.1. Mortalidad y morbilidad	177
4.3. ENVEJECIMIENTO EN AMÉRICA LATINA.....	180
4.3.1. Población total en América Latina. Características generales	180
4.3.2. Esperanza de vida en América Latina.....	182
4.3.3. Porcentaje de población por sexo.....	183
4.3.4. Lugar de residencia	183
4.3.5. Nivel educativo.....	183
4.3.6. Pobreza y vejez.....	184
4.3.8. Pensiones y jubilaciones.....	185
4.3.9. Características de los hogares.....	185
4.3.10. Conformación de hogares en la vejez	185
4.4. ENVEJECIMIENTO EN MÉXICO.....	187
4.4.1. Características generales de la población mexicana.....	187
4.4.2. Características de la población de personas mayores de 60 años.....	189
4.5. MORTALIDAD EN MÉXICO.....	191
4.6. MORBILIDAD EN MÉXICO.....	192
4.7. MIGRACIÓN.....	194
4.8. ACCESO A SERVICIOS DE SALUD	194
4.9. RELACIÓN DE DEPENDENCIA	195
4.10. EDUCACIÓN	196
4.11. EMPLEO.....	197
4.12. PENSIONES.....	197
4.13. LENGUA INDÍGENA.....	197
4.14. CONFORMACIÓN DE HOGARES.....	197
4.15. DISCAPACIDAD	198
CONCLUSIÓN.....	198
CAPÍTULO 5	201
PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO	201
INTRODUCCIÓN.....	201

5.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	201
5.2. PREGUNTA PRINCIPAL Y SISTEMA DE PREGUNTAS	205
5.2.1. Preguntas metodológicas y su problematización	206
5.2.2. Analizadores	212
5.3. MÉTODO	214
5.3.1. Estudio de caso.....	214
5.3.2. Procesos poiéticos.....	215
5.4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS.....	226
5.5. REFLEXIVIDAD	232
5.6. MIS PRECONCEPCIONES.....	232
5.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	235
A MODO DE CIERRE.....	236
CAPÍTULO 6	239
LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN Y SUS AGENTES	239
INTRODUCCIÓN.....	239
SECCIÓN 6.1. EL ESTADO DE HIDALGO, EL VALLE DEL MEZQUITAL Y SUS HABITANTES	240
6.1.1. Localización del Estado de Hidalgo	240
6.1.2. Estructura de la población	241
6.1.3. El Valle del Mezquital	242
6.2. POLÍTICAS, INSTITUCIONES Y PROGRAMAS EN EL ESTADO DE HIDALGO QUE CONDICIONAN LAS PRÁCTICAS SIGNIFICANTES DE LOS VIEJOS	255
6.2.1. Plan Estatal de Desarrollo del Estado de Hidalgo y adultos mayores	255
6.2.2. Instituciones que brindan atención a los adultos mayores en el Estado de Hidalgo ...	257
SECCIÓN 6.3. PROGRAMA FORMACIÓN DE PROMOTORES PARA EL DESARROLLO INTEGRAL GERONTOLÓGICO (PFPDIG).....	259
6.3.1. Antecedentes	260
6.3.2. El proyecto.....	261
6.3.3. El inicio	262
6.3.4. Los primeros encuentros.....	266
6.3.5. ¿Intercambios de capitales o imposiciones?.....	271
6.3.6. Enfrentando verdades y realidades	274

6.4. AVANZANDO IMPOSICIONES	280
6.5. TRABAJO DE LOS PROMOTORES.....	282
CAPÍTULO 7	289
AGENTES, CAPITALES Y PROCESOS EN LA UI.....	289
INTRODUCCIÓN.....	289
7.1. SENTIDOS, SIGNIFICADOS Y RELACIONES EN EL CAMPO UI.....	289
7.1.1. Los agentes.....	289
7.1.2. El campo y los subcampos.....	294
7.1.3. Dos unidades, diversas verdades en juego	294
7.2. LAS PRIMERAS REVELACIONES.....	302
7.3. PROCESO PEDAGÓGICO	310
7.3.1. Procesos al interior de cada unidad embebida (Unidad UI-Unidad-viejos).....	311
CAPÍTULO 8	321
LA UI Y LA SALUD DE LOS VIEJOS.....	321
INTRODUCCIÓN.....	321
8.1. CAPACIDAD HUMANA CORPORIZADA DE DECIDIR Y CONSTRUIR FUTUROS	322
8.2. CUERPO-TERRITORIO	328
8.3. PROMOCIÓN DE LA SALUD.....	331
8.4. ACUMULACIÓN Y RECONVERSIÓN DE CAPITAL.....	347
CONCLUSIONES.....	359
INTRODUCCIÓN.....	359
LAS PRÁCTICAS CONSTRUIDAS POR EL PROGRAMA	360
LOS OBJETIVOS Y SU ACERCAMIENTO A LA REALIDAD.....	381
LA FUERZA DE LA METODOLOGÍA.....	384
TESIS PARA SU ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	385
REFERENCIAS	393

ANEXOS.....	417
ANEXO 1. ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN CINCO PAÍSES DE LA OCDE.....	419
Tabla1.1 Envejecimiento activo en cinco países de la OCDE	419
Tabla 1.2 Envejecimiento activo en cinco países de la OCDE (Continúa)	419
Tabla 1.3 Envejecimiento activo en cinco países de la OCDE (Continúa)	419
Tabla 1.4 Envejecimiento activo en cinco países de la OCDE (Continúa)	419
Tabla 1.5 Envejecimiento activo en cinco países de la OCDE (Continúa)	419
ANEXO 2. ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN LA UNIÓN EUROPEA (ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE PAÍSES).....	425
Tabla 2.1 Envejecimiento activo en la Unión Europea análisis comparativo entre países	425
ANEXO 3. AVANCES EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA REGIONAL SOBRE EL ENVEJECIMIENTO EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE.....	427
Tabla 3.1 Envejecimiento en el marco de un desarrollo basado en derechos	427
Tabla 3.2 Derechos económicos, sociales, culturales, civiles y políticos garantizados en las leyes de protección especial de las personas mayores en países de América Latina y el Caribe	427
Tabla 3.3 Protección de ingresos y envejecimiento en América Latina y el Caribe.....	427
Tabla 3.4 Principales áreas de intervención de los programas de seguridad económica dirigidos a las personas mayores en América Latina y el Caribe	427
Tabla 3.5 Prestaciones sanitarias, formación profesional y cuidados de largo plazo.....	427
Tabla 3.6 Entornos favorables y envejecimiento en América Latina y el Caribe	427
Tabla 3.7 Principales ámbitos de intervención de los programas de entornos físicos y sociales dirigidos a las personas mayores en América Latina y el Caribe	427
ANEXO 4. MARCO JURÍDICO E INSTITUCIONAL DE MÉXICO.....	437
4.1 Marco jurídico e institucional de México.....	437
4.2 Convenios y tratados ratificados por México a favor de los derechos de los adultos mayores.....	437
4.3 Planes y programas para personas mayores.....	437
4.4. Planes y programas para personas mayores (Continúa).....	437
4.5 Seguimiento de la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento. El caso de México: visión del INAPAM.....	437
4.6 Seguimiento de la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento. El caso de México: visión del INAPAM (Continúa).....	437

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1.1 SEIS DIMENSIONES DE UNA DEFINICIÓN DE SALUD.....	68
TABLA 1.2 INTERPRETACIONES DE LA PS.....	76
TABLA 1.3 OTRAS APROXIMACIONES A LA PS.....	77
TABLA 2.1 LA HISTORIA EN LA COMPRESIÓN DE LA VEJEZ.....	96
TABLA 2.2 LA HISTORIA EN LA COMPRESIÓN DE LA VEJEZ (CONTINÚA).....	97
TABLA 2.3 EL VIEJO Y SU LUGAR EN LA HISTORIA.....	103
TABLA 2.4. DISCURSOS BIOLÓGICOS.....	106
TABLA 2.5 DISCURSOS PSICOLÓGICOS Y SOCIOLÓGICOS.....	109
TABLA 2.5 DISCURSOS PSICOLÓGICOS Y SOCIOLÓGICOS (CONTINÚA).....	107
TABLA 2.6 MIRADAS ACTUALES DE LA VEJEZ.....	113
TABLA 2.6 MIRADAS ACTUALES SOBRE LA VEJEZ (CONTINÚA).....	114
TABLA 3.1 NOCIONES IMPLÍCITAS Y EXPLÍCITAS DE EA EN DOCUMENTOS RECTORES.....	133
TABLA 3.2 DOCUMENTOS RECTORES EN LA CONSTRUCCIÓN DEL CONCEPTO DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO (EA).....	135
TABLA 3.2 DOCUMENTOS RECTORES EN LA CONSTRUCCIÓN DEL CONCEPTO DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO (EA) CONTINÚA.....	136
TABLA 3.3 ESTRATEGIA REGIONAL DE IMPLEMENTACIÓN PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE DEL PLAN DE ACCIÓN INTERNACIONAL DE MADRID.....	149
TABLA 4.1 ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO EN EL MUNDO POR REGIONES 1975-2050.....	175
TABLA 4.2 CAUSAS PRINCIPALES DE MORBILIDAD ENTRE LOS ADULTOS MAYORES EN EL MUNDO (2004).....	179
TABLA 4.3 PRINCIPALES CUSAS DE MORTALIDAD EN LOS ADULTOS MAYORES EN EL MUNDO (2004).....	179
TABLA 4.4 AMÉRICA LATINA: ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO SEGÚN ETAPAS DE LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA.....	181
TABLA 4.5 DEFUNCIONES POR SEXO Y CAUSA DE MUERTE (2008).....	192
TABLA 5.1 ANALIZADORES.....	213
TABLA 5.2 EJEMPLO DE HOJA DE INTEGRACIÓN DE DATOS.....	227
TABLA 5.3 EJEMPLO DE ELABORACIÓN DE LA INFORMACIÓN PARA LA CONSTRUCCIÓN DE DATOS.....	229
TABLA 5.4 EJEMPLO DE ELABORACIÓN DE INFORMACIÓN PARA EL ANÁLISIS DEL CAPITAL SOCIAL DE LOS PROMOTORES 18 MESES DESPUÉS DEL PROGRAMA.....	230
TABLA 5.5 EJEMPLO DE ELABORACIÓN DE INFORMACIÓN PARA EL ANÁLISIS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DE LOS PROMOTORES 18 MESES DESPUÉS DEL PROGRAMA.....	231
TABLA 6.1 PROGRAMA PARA LA FORMACIÓN DE PROMOTORES PARA EL DESARROLLO INTEGRAL GERONTOLÓGICO.....	270
TABLA 7.1 LOS AGENTES PROMOTORES.....	291

TABLA 7.2 LOS AGENTES PROFESIONISTAS.....	293
TABLA 7.3 CAPITALES Y POSICIONES DEL SUBCAMPO PROFESIONISTAS.....	297
TABLA 7.3 CAPITALES Y POSICIONES DEL SUBCAMPO PROFESIONISTAS (CONTINÚA).....	298
TABLA 7.4 CAPITALES PROMOTORES AL INICIO DEL PROGRAMA.....	300
TABLA 7.4 CAPITALES PROMOTORES AL INICIO DEL PROGRAMA (CONTINÚA).....	301
TABLA 8.1 CAMBIOS OCURRIDOS COMO RESULTADOS DE OS PROCESOS UI PROMOTORA-1.....	334
TABLA 8.2 CAMBIOS OCURRIDOS COMO RESULTADO DE LOS PROCESOS UI PROMOTORA 2.....	335
TABLA 8.3 CAMBIOS OCURRIDOS COMO RESULTADO DE LOS PROCESOS UI PROMOTORA 3.....	336
TABLA 8.4 CAMBIOS OCURRIDOS COMO RESULTADO DE LOS PROCESOS UI PROMOTOR 4.....	337
TABLA 8.5 CAMBIOS OCURRIDOS COMO RESULTADO DE LOS PROCESOS UI PROMOTOR 5.....	338
TABLA 8.6 CAMBIOS OCURRIDOS COMO RESULTADO DE LOS PROCESOS UI PROMOTORA 6.....	339
TABLA 8.7 CAMBIOS OCURRIDOS COMO RESULTADO DE LOS PROCESOS UI PROMOTORA 7.....	340
TABLA 8.8 CAMBIOS OCURRIDOS COMO RESULTADO DE LOS PROCESOS UI PROMOTORA 8.....	341
TABLA 8.9 CAMBIOS OCURRIDOS COMO RESULTADO DE LOS PROCESOS UI PROMOTORA 9.....	342
TABLA 8.10 CAMBIOS OCURRIDOS COMO RESULTADO DE LOS PROCESOS UI PROMOTORA PROFESIONISTAS.....	345
TABLA 8.10 CAMBIOS OCURRIDOS COMO RESULTADO DE LOS PROCESOS UI PROMOTORA PROFESIONISTAS (CONTINÚA).....	346

ÍNDICE DE DIAGRAMAS

DIAGRAMA 3.1 DIFERENCIAS ENTRE LAS DEFINICIONES DE LA OECD, LA UE, LA OMS Y LA CEPAL.....	132
DIAGRAMA 3.2 INSTRUMENTO PARA LA IDENTIFICACIÓN DE REGIONES EPISTÉMICAS DEL EA.....	165
DIAGRAMA 3.3 REGIONES EPISTÉMICAS DE EA SEGÚN ORGANISMOS INTERNACIONALES.....	166
DIAGRAMA 3.4. REGIÓN EPISTÉMICA PARA UN ENVEJECIMIENTO PARTICIPATIVO CON RESPONSABILIDAD.....	167
DIAGRAMA 4.1. ESPERANZA DE VIDA AL NACER A LOS 60 AÑOS EN AMÉRICA LATINA.....	182
DIAGRAMA 5.1 ESTUDIO DE CASO CON DOS UNIDADES EMBEBIDAS.....	212
DIAGRAMA 8.1. REGIÓN EPISTÉMICA DE LAS PRÁCTICAS DE LA UI.....	356
DIAGRAMA 8.2. REGIÓN EPISTÉMICA DE LAS PRÁCTICAS DE LOS PROMOTORES DEL ENVEJECIMIENTO PARTICIPATIVO CON RESPONSABILIDAD	389

INTRODUCCIÓN

El trabajo en el que se basa el presente estudio forma parte de las actividades investigativas que, sobre el campo del estudio de la vejez y de la atención a la misma, se han venido desarrollando en la Unidad de Investigación de una Institución de Educación Superior (IES) de la Ciudad de México. Específicamente, durante el periodo comprendido entre 2004 y 2007, dicha Unidad de investigación (UI) llevó a cabo un Programa para la Formación de Promotores para el Desarrollo Integral Gerontológico (PFPDIG) en el Valle del Mezquital, Estado de Hidalgo, México, con el objetivo de formar grupos de viejos como Promotores para el Desarrollo Integral Gerontológico. Desde su concepción, he participado en este programa en mi calidad de profesora-investigadora de dicha institución.

El propósito de este trabajo es analizar la repercusión del PFPDIG en las prácticas y en las inscripciones en el cuerpo de los viejos que participaron en el programa y, a partir de ese análisis, lograr mejores entendimientos sobre la vejez y las prácticas institucionales destinadas a los viejos a fin de avanzar en el desarrollo de la salud colectiva. Acorde con una mirada interpretativa de los hechos sociales, mi objetivo fue adentrarme en el entendimiento de los saberes, sentidos y significados que operan en las prácticas significantes tanto de los viejos como de las instituciones encargadas de los programas enfocados a este grupo de la sociedad y analizar el efecto de tales prácticas sobre los cuerpos de los viejos.

Mi experiencia, aunada a la percepción de la magnitud del problema que representa una población cada vez más envejecida y con muchos más viejos pobres, generó en mí la necesidad de entender mejor la relación entre los viejos y la respuesta social ante sus problemas. Mi incorporación al Doctorado en Salud Colectiva en 2004, con su orientación hacia los procesos humanos, sociales e históricos, y su compromiso explícito con el análisis de los procesos políticos que

subyacen en las necesidades de los grupos sociales subordinados y subalternos de la sociedad (Garduño, 2009), me llevó a cuestionarme acerca de las repercusiones que sobre los viejos pueden tener las intervenciones que las instituciones realizamos. Observé, desde mi experiencia personal y a través de la revisión de la literatura, que esta problemática se analiza muy poco, por lo que decidí incorporarla como objeto de estudio.

A nivel global, el envejecimiento de la población es un tema que adquiere cada día mayor relevancia por el gran impacto que habrá de tener en la sociedad del siglo XXI a la luz de los siguientes considerandos: (1) es un proceso que afecta a toda la sociedad y que se refleja tanto en el aumento de la esperanza de vida como en la disminución de la tasa de natalidad; (2) conlleva un importante impacto en todas las esferas de la vida social y humana (crecimiento económico, modificación de los patrones de consumo, mercado de trabajo, pensiones, atención a la salud, composición de la familia, migración, patrones de voto o representación, etc.) y (3) es duradero, pues el aumento experimentado durante el siglo pasado habrá de mantenerse a lo largo de siglo XXI (Eurosocial, 2008). De acuerdo con la Asamblea General de la ONU (2011), la composición de la población mundial ha cambiado en los últimos decenios: entre 1950 y 2010, la esperanza de vida en casi todo el mundo ha aumentado de los 46 a los 68 años, estando previsto que aumente hasta los 81 años para fines del siglo. En todo el mundo las mujeres viven más y entre las personas con 80 años de edad o más, el número de mujeres casi duplica el de hombres. Entre las personas centenarias, hay entre cuatro y cinco veces más mujeres que hombres. Por primera vez en la historia de la humanidad, en 2050 en el mundo habrá más personas mayores de 60 años que niños. En la actualidad, casi 700 millones de personas son mayores de 60 años y para el 2050, las personas de 60 años o más serán 2,000 millones, esto es, más del 20% de la población mundial. Por otro lado, el mayor y más rápido aumento del número de las personas viejas se producirá en el mundo en desarrollo (Asamblea General Naciones Unidas, 2011).

A la luz del contexto demográfico hasta aquí descrito, durante las últimas décadas los organismos internacionales se han visto en la necesidad de plantear nuevas estrategias para enfrentar los retos que demanda el cambio en la conformación de la población. Es así que surge el paradigma del Envejecimiento Activo (EA) propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que se plantea como una forma alternativa de mirar el envejecimiento, la vejez, las estrategias de trabajo y las intervenciones en torno al grupo de las personas que envejecen.

En el año 2002 la OMS definió el envejecimiento activo como: “el proceso de optimización de oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de que los viejos tengan mejor calidad de vida” (OMS, 2002:99). Esta definición enfatizó la importancia de actividades que tienen que ver con la participación continua de los adultos mayores en asuntos sociales, económicos, culturales, espirituales y cívicos. Tomó como fundamento los derechos humanos de la gente mayor, considerando como esenciales los principios de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) de independencia, participación, dignidad, cuidado y auto-realización. Este enfoque se ha difundido ampliamente en los discursos nacionales e internacionales, siendo retomado por la UI como marco para las acciones que realiza.

En su conjunto, las consideraciones hasta aquí vertidas ponen de relieve la necesidad de llevar a cabo investigaciones que generen conocimiento para la elaboración de políticas, estrategias y acciones encaminadas a la atención de las problemáticas que se derivarán del aumento vertiginoso de este segmento de la población. Sin embargo, hasta el momento la mayor parte de las investigaciones que se realizan en torno al tema se sustentan en una visión positivista y medicalizada del envejecimiento, misma que imposibilita tener una visión comprensiva y amplia de este fenómeno. Esto es, en la literatura se encuentra un predominio de posturas disciplinarias que intentan explicar el fenómeno desde teorías biologicistas, psicológicas y medicalizadas, sobre las miradas sociológicas. Un elemento en común de diagnósticos y propuestas es su inserción en el

enfoque positivista de investigación, en donde se busca asegurar la objetividad y la generalización, soslayando el reconocimiento de los límites de este enfoque y el análisis de las relaciones que se establecen entre el investigador y su objeto de estudio, así como las subjetividades que se producen en el encuentro investigativo.

La investigación que se comunica en este trabajo, parte de la premisa de que en toda relación se establece una intención, un interés y un ejercicio de poder. En consecuencia, me propongo rescatar y dar cuenta de los procesos y de los significados construidos en el contexto de la interacción entre dos grupos de agentes: los viejos y los profesionistas integrantes de la UI. A medida que avanzaba el proceso de intervención de la UI, inicié mis reflexiones sobre lo que hacíamos, sobre qué tanto los procesos de la UI lograban mejorar la salud de los viejos con quienes trabajábamos, así como la salud colectiva en sus respectivos espacios sociales, lo que me llevó a tratar de entender de una manera más profunda y ordenada lo que ahí sucedía. Particularmente me interesaban dos aspectos: (1) ¿Hasta qué punto la dominación de la visión gerontológica sobre la manera de entender tanto la promoción de la salud como a los viejos y al envejecimiento activo, nos impedía ver tanto lo que realmente eran los viejos como la acción de los procesos de la UI sobre sus propios procesos de vida? y (2) ¿Cómo podría saber qué cambiar, qué seguir haciendo, qué proponer como modelo de promoción de la salud para los viejos? Para lograr una comprensión más completa era imprescindible partir de un marco de análisis que me permitiera mirar los significados de las prácticas de los viejos y las relaciones de poder que se establecieron a la luz de los conocimientos y prácticas de los distintos participantes en la UI. Estas interrogantes me llevaron a configurar lo que habría de ser la pregunta guía de esta investigación: ¿cómo repercute el PFPDIG y su enfoque de “envejecimiento activo” en las prácticas significantes y en los cuerpos de los viejos participantes del Valle del Mezquital, Hidalgo?

Dicha pregunta condensó mis reflexiones sobre la vejez y el envejecimiento activo, sobre una promoción de la salud que incorpore un proyecto emancipador y, también, mis preocupaciones con respecto a una visión única desde la gerontología y a la desigualdad entre las prácticas de agentes de poder desiguales. Como señalé anteriormente, el interés principal de contestar esta pregunta fue desentrañar qué saberes, sentidos y significados operaban en las prácticas significantes, tanto de los promotores, como en las instituciones encargadas de los programas para viejos. Aunado a lo anterior, me interesó indagar en los procesos de construcción social y cultural que incidieron sobre las prácticas de ambos, los textos que imprimieron su significado en la construcción de la identidad de ambos y el resultado de todo esto en términos de la salud de los viejos y de sus inscripciones corporales. Identifiqué entonces los siguientes objetivos de la respuesta a mis preguntas:

Objetivo General:

- Avanzar en el entendimiento de la repercusión que tienen las prácticas significantes de las instituciones y organizaciones sociales sobre las prácticas significantes y las inscripciones en los cuerpos de los viejos del Valle del Mezquital, Hidalgo, México.

Objetivos particulares:

- Examinar los significados de viejo presentes en las prácticas significantes de los participantes en la UI.
- Examinar y describir el impacto de las prácticas significantes de la UI sobre las prácticas significantes de los viejos y las inscripciones en sus cuerpos.
- Interpretar desde esta óptica qué de las acciones del proyecto favorece el desarrollo de los viejos, así como aquellos elementos del mismo que pudiesen limitarlo.

- Proponer formas viables de intervención a partir de las reflexiones que pueda hacer en el proceso de alcanzar los objetivos anteriores.

Para alcanzar estos objetivos y dar respuesta a mi pregunta de investigación, elegí sustentar su análisis en el encuadre teórico de la Salud Colectiva, en la sociología de Pierre Bourdieu y en sus conceptos de campo, capitales, *habitus* y poder, así como en los aportes de la Promoción de la Salud Emancipadora.

Responder la pregunta guía de mi investigación implicaba resolver los siguientes cuestionamientos:

1. ¿Cómo identificar las concepciones de “viejo” prevalecientes en la época actual?
2. ¿Cómo identificar las prácticas significantes que tiene el viejo que está en contacto con la UI sobre sí mismo y sobre otros viejos?
3. ¿Cómo identificar la repercusión de las prácticas significantes de la UI en las prácticas significantes y en las inscripciones en el cuerpo de los viejos que están en contacto con la UI?
4. ¿Cómo identificar las prácticas significantes de las instituciones vinculadas con los viejos, la vejez y el envejecimiento?
5. ¿Cómo identificar la concepción de viejo subyacente a las prácticas significantes de la UI?
6. ¿Cómo identificar los beneficios y problemas de la repercusión de las prácticas significantes de la UI sobre las prácticas significantes y las inscripciones en el cuerpo de los viejos participantes en la UI?

Como explicaré en detalle en el capítulo 5, en función de tales preguntas me fue posible delimitar esta investigación como un estudio de caso, específicamente del ‘caso de la UI’. El caso quedó conformado con dos unidades embebidas: (1) el campo de los agentes profesionistas que participan en los procesos de la UI y (2) el campo de los agentes promotores viejos que participan en los procesos de la

UI. La observación de las prácticas significantes en el campo habría de permitir analizar los campos, su conformación, estructura, capital, objetivos, reglas, posiciones y tomas de posición de los agentes y sus significados relativos a los viejos, a la vejez y al envejecimiento. La investigación se adscribe a la idea de la comprensión, por lo que opté por una aproximación hermenéutica interpretativa con el fin de observar tanto aspectos subjetivos como objetivos que permitieran contrastar lo que los agentes decían y hacían.

A finales del 2002, el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) emitió la convocatoria para someter proyectos de investigación a los Fondos Mixtos del Estado de Hidalgo (FOMIX). Dicha convocatoria planteaba como línea de investigación prioritaria a los “grupos vulnerables” en donde estaban incluidos los viejos. Ante esta convocatoria, el jefe de la UI decidió elaborar un proyecto de investigación denominado “Programa para la Formación de Promotores para el Desarrollo Integral Gerontológico (PFDIG) en el Valle del Mezquital”, Hidalgo. Los objetivos planteados para el proyecto fueron los siguientes:

1. Formar promotores para el desarrollo integral de las personas adultas mayores.
2. Establecer un modelo de desarrollo integral con aplicación práctica comunitaria.
3. Mantener, prolongar o recuperar la funcionalidad física, mental y social de las personas adultas mayores.

El proyecto estuvo constituido por tres etapas: (1) evaluación, (2) intervención y (3) seguimiento. La fase de evaluación se llevó a cabo durante los 4 primeros meses; la intervención aproximadamente 8 meses y en los 12 meses restantes se evaluaron los efectos multiplicadores del programa y se realizaron actividades de seguimiento. Sin embargo, en la realidad el seguimiento continuó durante cuatro años. La investigación se llevó a cabo en el Valle del Mezquital en el Estado de Hidalgo, México, en el periodo comprendido entre 2004 y 2008. Los participantes

profesionistas fueron ocho, provenientes de distintas disciplinas de la salud. Los participantes viejos fueron nueve. Trabajé con estos últimos de manera más cercana y construí espacios de conversación y observación a partir de los cuales logré establecer una comunicación y un diálogo favorable para la construcción de los datos que me permitirían responder a mis preguntas.

Esta comunicación está estructurada en ocho capítulos. El primero tiene como propósito presentar los aspectos teóricos en los que se ancla el estudio. El capítulo está conformado por tres secciones. En la primera presento a la Salud Colectiva, como un nuevo paradigma para comprender el envejecimiento en el contexto social e individual, las políticas que se generan en torno al envejecimiento, así como las prácticas sociales relativas al mismo. En la segunda sección incorporo los aportes de la sociología de Pierre Bourdieu, teoría que invita a repensar el problema de la articulación entre lo objetivo y lo subjetivo y mostrar que cuando se habla de “objetividad” y de “subjetividad”, se hace referencia a una sola y misma realidad, a la misma historia colectiva que se deposita en los cuerpos y en las cosas. A partir de ella, también analizaré la dinámica y estructura de los significados de la vejez y su reproducción, así como la repercusión de las prácticas de las instituciones sobre las prácticas y las corporeizaciones de los viejos. En la última sección del capítulo muestro los aspectos de una idea crítica de promoción de la salud que facilitarán la comprensión de las intenciones, diseño y práctica del programa de intervención orientado a los viejos. Finalmente, en este capítulo inicio la discusión sobre qué significa promover la salud de los viejos, discusión que se constituirá en uno de los ejes rectores que conducen esta comunicación.

El capítulo 2, *La construcción de la vejez*, tiene como objetivo introducir al lector a diferentes representaciones de la vejez generadas a lo largo de la historia de la humanidad y que han llevado a los diversos significados, discursos y prácticas que permean las percepciones y actitudes hacia la vejez en las sociedades contemporáneas. El capítulo está conformado por tres apartados. En el primero

expongo las tendencias imperantes en la conceptualización de la vejez y la influencia que éstas tienen en las significaciones que las instituciones y los propios viejos tienen de ella. El segundo aborda una revisión histórica de las nociones que se han tenido sobre la vejez entre algunas culturas y etapas históricas, analizando aquellos elementos que intervienen en su construcción y que conducen a que prevalezcan o se transformen a través del tiempo. Por último, reviso las diferentes conceptualizaciones que desde algunas disciplinas han definido a la vejez y al sujeto llamado 'viejo'. Lo anterior con el propósito de dar cuenta de la forma en la que se ha construido la significación actual de la vejez y del viejo, así como vislumbrar los sistemas y juegos de verdad que los han convertido en objetos de saberes con pretensiones científicas. Enseguida, y tomando en cuenta la situación demográfica actual y la incapacidad de los Estados para dar respuesta a las demandas, necesidades y problemáticas derivadas del aumento de la población de viejos, analizo cómo los organismos internacionales se han visto en la necesidad de plantear nuevas estrategias para enfrentar las problemáticas que derivan del aumento de personas de más de 60 años a nivel mundial.

En el capítulo 3 presento lo que los organismos internacionales han llamado el nuevo paradigma del envejecimiento: *el envejecimiento activo* (EA). Este enfoque se concibe como una forma diferente de mirar el envejecimiento, la vejez, las estrategias de trabajo y las intervenciones en torno al grupo de las personas que envejecen. Persiguiendo este fin y con el de tener un marco que dé cuenta del proceso de construcción de este enfoque, reviso los términos que antecedieron al concepto de EA en los planteamientos de cuatro organismos internacionales: la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), la Unión Europea (UE) y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL); así como tres documentos que han sido las directrices en su construcción: la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el Plan de Acción Internacional y la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Después, presento una revisión de los avances que algunos países han tenido en el establecimiento de programas dirigidos a los viejos bajo este

enfoque, incluido México. Finalmente, exploro por qué las acciones de EA a nivel mundial, no han tenido el resultado esperado y cómo el EA puede convertirse sólo en un discurso retórico que no contribuye, ni a un cambio en la forma de significar el envejecimiento y la vejez, ni al desarrollo de políticas y acuerdos claros que tengan un carácter vinculante. Por último, discuto y propongo en qué condiciones y bajo qué elementos el EA puede contribuir en la construcción de una mirada distinta de envejecimiento, mirada que propicie que el viejo sea considerado como persona y tenga una auténtica participación en la sociedad.

El capítulo “*Un panorama mundial de la población que envejece*” tiene como propósito presentar una descripción de las características demográficas que definen a los viejos a nivel global en los últimos años, así como las proyecciones en materia demográfica que sucederán en las próximas décadas. Con dicha descripción argumento que, si bien existen elementos comunes, también existen grandes diferencias entre continentes, pero también, entre países, y que de acuerdo con las necesidades particulares de comunidades, regiones o países, se tendrán que plantear políticas con estrategias y programas específicos. Este capítulo está conformado por tres apartados: en el primero presento un panorama de las características de la vejez y el envejecimiento a nivel mundial; en el segundo hago referencia a las particularidades de la población de viejos en Latinoamérica y, por último, a los datos relacionados con la población de viejos en México.

En el capítulo 5 muestro cómo fui construyendo mis reflexiones metodológicas; lo divido en cuatro apartados. En el primero expongo el planteamiento del problema, en el segundo las preguntas que guiaron mi investigación, su problematización y las decisiones metodológicas que derivaron de la misma; en el tercero explico algunos de los elementos metódicos que incluyen la formulación de analizadores y procedimientos para el análisis, construcción de datos e interpretación de los mismos. En el cuarto abro un espacio para la reflexividad y presento algunas

consideraciones éticas concernientes a lo que se pregunta, a quién se pregunta, y quién pregunta.

Con la finalidad de que el lector o lectora pueda ‘sentir’ el contexto en el que se construyen los datos, en el capítulo 6 ofrezco al lector la información del espacio en donde se llevan a cabo las prácticas de este estudio. El capítulo incluye un panorama general del estado de Hidalgo y sus programas para viejos, del Valle del Mezquital y del programa de envejecimiento activo. El capítulo se divide en dos secciones. En la primera analizo algunos aspectos de Hidalgo. El contexto histórico que se presenta servirá al lector o lectora para comprender los procesos por los que estas regiones han pasado y que son útiles al momento de explicar las situaciones que viven en la actualidad. Enseguida me concentro más en aspectos subjetivos, culturales, simbólicos, de la vida cotidiana de los habitantes del Valle del Mezquital, elementos que permitan a quien lee comprender la forma en la que la población en general, y los viejos en particular, se han ido adaptando a una comunidad que experimenta los cambios económicos, políticos, de su situación en distintos contextos, de la conformación del paisaje, etc. Finalizo la sección con una explicación sobre la situación general de la atención a los viejos por parte de las instituciones públicas. En la segunda sección presento la UI, sus antecedentes, sus contenidos, su desarrollo, así como algunos elementos de carácter objetivo y subjetivo que nos permitirán un mejor entendimiento de la intervención realizada y de las interpretaciones que se presentan en los capítulos 7 y 8.

Los capítulos 7 y 8 tienen como propósito dar respuesta a la pregunta que guía esta investigación. En el capítulo 7, a partir del trabajo de análisis e interpretación, me enfocaré a comprender y lograr, con la ayuda de los analizadores formulados con base en la teoría presentada en el capítulo primero, un entendimiento de la repercusión de los procesos de la Unidad de Investigación (UI) en las prácticas y en las inscripciones en el cuerpo de los agentes que estuvieron en interacción en el campo UI. El capítulo está integrado por tres apartados. En el primero hago una descripción de los agentes, sus capitales y algunas otras características a fin de

que el lector tenga información sobre quiénes eran, qué hacían, con quién se relacionaban y qué prácticas realizaban antes de la interacción con la UI. En el segundo, presento datos resultantes de los procesos poéticos generados, y describo e interpreto los sentidos, significados y relaciones en el campo de la UI para dar cuenta de los capitales en juego y los cambios de los mismos como efecto de los procesos de la UI. En el segundo y tercer apartado me aboco a dar cuenta de sus procesos pedagógicos.

En el capítulo 8, en el marco de la Promoción de la Salud Emancipadora, presento al lector el impacto que tuvieron o no tuvieron los procesos realizados por la UI en los saberes, significaciones y prácticas de los viejos que participaron en el proceso pedagógico, así como en los agentes de la UI. Específicamente, analizo la capitalización y descapitalización producidas por la interacción entre promotores viejos y profesionistas, como efecto de los procesos derivados de la intervención de la Unidad de Investigación (UI). El capítulo está conformado por cuatro apartados. En el primero presento, el impacto que el programa tuvo en las prácticas de los promotores y de los viejos de las comunidades. En el segundo reviso las inscripciones (las marcas, las huellas) que los procesos de la UI dejaron en los cuerpos y en las subjetividades de los promotores, en sus espacios materiales y simbólicos y en los otros viejos, y también en los cuerpos y en las subjetividades de los agentes del campo UI. En el tercer apartado presento de manera esquemática el efecto del programa en la promoción de la salud. Finalmente explico cómo se dieron los procesos de reconversión y acumulación de capitales.

Concluyo esta comunicación con el análisis de la manera en la que contesté las preguntas que guiaron mi investigación, el alcance de los objetivos planteados y la fuerza de la metodología desarrollada para contestar las preguntas. Enseguida presento las tesis que propongo para su análisis y discusión ante la comunidad de investigadores de la salud colectiva y lo que considero son contribuciones de este trabajo para el avance de la Salud Colectiva.

CAPÍTULO 1

MARCO TEÓRICO

Introducción

El envejecimiento y la vejez han sido asociados históricamente a vulnerabilidad, disfuncionalidad, discapacidad, a la pérdida de salud de la persona. Los términos enfermedad, curación y tratamiento son palabras, que por lo general, son usadas cuando se trabaja profesionalmente con personas que envejecen. En el mundo occidental esta visión de la vejez y del envejecimiento cada vez se fortalece más, incluso es común escuchar que el envejecimiento es una enfermedad. En este contexto, las posturas biologicistas y médicas han permeado de manera contundente la explicación de estos procesos en donde hay una tendencia a responsabilizar al sujeto de la forma en la que envejece, a visualizarlo como una carga, a marginarlo por no responder con el cuerpo que la sociedad de consumo demanda. Sin embargo, hace algunas décadas han surgido modelos conceptuales que incorporan teorías que permiten superar las explicaciones unidimensionales de procesos tan complejos como el envejecimiento y la vejez, con el fin de alcanzar un entendimiento de los mismos como objetos complejos de estudio en donde intervienen elementos culturales, históricos, políticos, sociales, laborales, territoriales, personales, colectivos y subjetivos.

Entre los cuerpos teóricos que pueden ayudar a comprender el envejecimiento y la vejez destacan la Salud Colectiva, los aportes de la sociología *bourdeana* y de la Promoción de la Salud Emancipadora. Estos marcos de análisis ofrecen una serie de conceptos, postulados y metodologías que en su conjunto permiten

comprender el envejecimiento y la vejez más allá de la racionalidad médica, más allá de posturas reduccionistas y deterministas.

Este capítulo está conformado por tres secciones. En la primera presento un panorama general de la Salud Colectiva como marco para el estudio del envejecimiento. Reviso las propuestas de la medicina social y las principales características de la salud pública que han propiciado el debate en salud y que han favorecido el surgimiento de nuevas propuestas como la de la Salud Colectiva. Asimismo, presento una perspectiva general sobre el origen y desarrollo del concepto a partir de la revisión de la literatura. En la parte final subrayo cómo la Salud Colectiva se constituye en un marco para la comprensión del envejecimiento y de la vejez.

En la segunda parte reviso los conceptos centrales del pensamiento de Pierre Bourdieu que me permiten explicar algunos aspectos de la dinámica y estructura de los significados de la vejez, de su reproducción, así como avanzar en el entendimiento de la repercusión de las prácticas de las instituciones sobre las prácticas e inscripciones en los cuerpos de los viejos. En un primer momento presento una revisión de los conceptos fundamentales de la teoría bourdeana, (campo, *habitus*, capital). En segundo lugar expongo la teoría de la acción de Bourdieu como esquema teórico para analizar un caso práctico de un programa académico orientado a los viejos.

En la última sección del capítulo presento aspectos de una idea crítica de promoción de la salud que facilitarán la comprensión de las intenciones, diseño y práctica del programa orientado a los viejos. Esta sección inicia con la presentación de distintas definiciones de salud, revelando el interés, la dificultad y las implicaciones de definirla de una u otra manera. Enseguida expongo una definición particular de salud que permite vincularla con formas prácticas para promoverla de manera que en el centro de su práctica esté la persona o conjunto de personas que deciden mejorarla. La promoción de la salud (PS) ha sido

considerada en distintos espacios internacionales como “la nueva salud pública”; hago en este capítulo una revisión de los antecedentes de la promoción de la salud oficial y una distinción entre distintas maneras de concebir e implementar acciones de promoción de la salud. Finalmente en este capítulo, inicio la discusión sobre qué significa promover la salud de los viejos, discusión que se constituirá en uno de los ejes que conducen esta comunicación.

SECCIÓN 1. La Salud Colectiva como marco para el estudio del envejecimiento

Introducción

La Salud Colectiva, desde su postura crítica, ha contribuido de manera significativa para la comprensión de fenómenos como la salud y la enfermedad. En este trabajo retomo estos aportes como marco de análisis para el estudio de un fenómeno que se torna cada vez más complejo: el envejecimiento. Esta sección está dividida en cuatro apartados, en el primero, incluyo una revisión de los antecedentes de la Salud Colectiva. Enseguida hago referencia a la medicina social, cuyos aportes han sido esenciales para la Salud Colectiva, después discuto brevemente, los planteamientos de la salud pública que han dado origen a políticas y prácticas individualizantes y, a partir de lo anterior, planteo el surgimiento de la Salud Colectiva como un nuevo paradigma que entre otros fenómenos nos ayuda a comprender el envejecimiento en la sociedad, las políticas que se generan en torno al proceso así como a las prácticas sociales derivadas de éste.

1.1. Antecedentes de la Salud Colectiva

La Salud Colectiva surge como un campo de conocimiento alternativo a las propuestas tradicionales en salud. Se caracteriza por intentar construir propuestas científicas de salud ubicadas dentro de contextos complejos, es decir, busca superar las visiones *tecnicistas*¹ del objeto salud-enfermedad-atención mediante la incorporación de nuevas categorías y el análisis de prácticas que surgen en espacios y tiempos específicos. Desde esta perspectiva se entiende que la teoría y la práctica en salud forman parte del sistema social en su totalidad y, por lo tanto, deben corresponder a realidades emanadas de procesos históricos, sociales, culturales y políticos.

Como todo espacio de interpretación y acción humana, el campo de la salud ha transitado por su propio proceso histórico que se ha visto delimitado tanto por condiciones sociales y políticas concretas como por el propio desarrollo histórico del pensamiento en salud (Moreno, 2007). Estos procesos han generado a lo largo de la historia una diversidad de respuestas sociales a las necesidades de salud de la población que han derivado de las interpretaciones de la ciencia y de las coyunturas derivadas de las modificaciones en la relación Estado-sociedad.

La Salud Colectiva tiene como principales antecedentes a la medicina social y a la salud pública, cabe señalar que esta última es considerada desde la salud colectiva como paradigma agotado y objeto de cuestionamientos (Almeida y Silva, 1999). Al interior de la promoción de la salud oficial y de algunas corrientes de la salud pública, se considera a la promoción de la salud como “la nueva salud pública”. Es decir, ante el agotamiento de la Salud Pública, desde los espacios oficiales se transita hacia la PS y desde los espacios críticos a la “nueva salud pública”. En la presente sección se revisan de manera sucinta las propuestas de la

¹ La visión *tecnicista* se refiere a la mirada predominante de ver la enfermedad y la muerte antes que a la salud y la vida; al hecho de convertir en objetos a los sujetos dejando de lado las estructuras en las que se desenvuelven y a la omisión de actores de salud.

medicina social y las principales características de la salud pública que han propiciado el debate y que han favorecido el surgimiento de nuevas propuestas como la de la Salud Colectiva. Asimismo se presenta una perspectiva general sobre el origen y desarrollo del concepto anterior a partir de la revisión de la literatura. En la parte final se presenta cómo la salud colectiva se constituye en un marco para la comprensión del envejecimiento.

1.2. La medicina social

Los orígenes de la medicina social se encuentran en Alemania en el siglo XIX donde el médico alemán Rudolph Virchow puso por primera vez sobre la mesa de discusión la importancia de los estudios sobre las condiciones sociales de la población como base para el análisis de sus condiciones de salud y de enfermedad. La propuesta de Virchow consistió en una reforma social radical que buscó alcanzar una “democracia completa e irrestricta, educación, libertad y prosperidad” (Torres, 2007). Este movimiento reconoció que la participación política generadora de democracia, fraternidad e igualdad era la principal fuerza para transformar la situación de salud de la población.

El origen verdadero de la medicina social se encuentra en la incorporación del pensamiento teórico de Charles Marx y Friedrich Engels a los estudios en salud relacionados con las condiciones de la clase trabajadora, lo que desembocó en que se empezaran a desarrollar importantes estudios dentro de este enfoque planteando una relación directa entre las enfermedades y los entornos social y económico. Adicionalmente, se empezó a hacer referencia a la importancia de entender el proceso salud-enfermedad como parte de los procesos sociales e históricos.

El término “medicina social” se construye con la finalidad de hacer visible el hecho de que la salud del pueblo concierne a la sociedad entera y que las condiciones

sociales tienen un importante efecto sobre la salud, de ahí que dichas relaciones deban ser investigadas (Rosen, 1986).

La medicina social encontró fundamento en el trabajo y aportaciones de diferentes pensadores tales como Guerin, Snow, Grotjahn, Teleky, Sigerist, Huxley, Terris, entre muchos otros (Beldarrain, 2002; Aldereguía, 2005; Waitzkin, 2006). Por otro lado, la instrumentación de políticas de salud cimentadas en ideas con este enfoque hizo más evidente la posibilidad de encontrar opciones viables de un nuevo *hacer* en salud. Así encontramos las políticas implementadas por Nikolai Semashko en la ex Unión Soviética que fueron retomadas años más tarde en Cuba y estudiadas por diferentes científicos en América Latina (Aldeguería, 1995).

El hecho de que la Salud Colectiva tenga como principal característica el ubicar la teoría y la práctica en salud dentro de contextos específicos, lleva a que resulte natural encontrar como su antecedente principal a la medicina social latinoamericana que surgió en la década de 1960 en un contexto de inconformidad con el modelo económico establecido para la región. El “modelo desarrollista”, que para muchos era la puerta de entrada hacia la economía sólida, se convirtió cada vez con mayor intensidad en la antesala de la dependencia estructural y definitiva para América Latina.

Hacia 1970 la historia de explotación de América Latina había dejado un saldo de pobreza generalizada y de enfermedad, así como condiciones de vida inadecuadas para la mayoría de la población que contrastó con los indicadores macroeconómicos de ese periodo. A partir de la segunda postguerra se planteó que la respuesta al problema de la pobreza en la región estaba directamente relacionada con la industrialización, sin embargo, aquel proceso en Latinoamérica se concentró fundamentalmente en el sector manufacturero y dependió de manera exagerada de las exportaciones primarias.

El Estado de bienestar se implementó en los países desarrollados con gran éxito y se convirtió en el proyecto a desarrollar en América Latina (debiendo tomar forma en una figura capaz de enfrentar y superar los retos del desarrollo económico así como aquellos asociados a la eliminación de las inequidades en la esfera social). De acuerdo con este modelo, la industrialización sería la clave para responder masivamente a las demandas políticas, económicas y sociales por parte del Estado, que sustentado en un profundo nacionalismo económico, lograría la influencia y control necesarios para garantizar el paso del subdesarrollo al desarrollo nacional.

Este proceso tuvo un proceso de evolución y en una de sus etapas se presentó incluso como un proyecto continental del presidente estadounidense John F. Kennedy denominado “Alianza por el Progreso”. El proyecto se alejó de las posturas económicas originales y adicionó tanto componentes sociales como culturales y partió de una visión dicotómica del mundo: la existencia de sociedades modernas desarrolladas y de sociedades tradicionales subdesarrolladas.

Dicha “alianza” buscó contrarrestar el avance de las ideas revolucionarias socialistas (presentes ya en el vecino país cubano) planteando dos estrategias. La primera consistió en el modelado de conductas a partir de la herramienta de los medios de comunicación masivos para transmitir formas de vida y estilos de consumo, mientras que la segunda pretendió reformar a tres sectores fundamentales: la familia (mediante la implementación de políticas de control de la natalidad); la educación (a través de la alfabetización masiva a través de los medios de comunicación) y el mundo rural (con base en la incorporación de tecnologías a sus métodos de producción).

El Estado desarrollista basó su proceso en la sustitución de importaciones pero a medida que el proyecto fue avanzando mostró importantes limitaciones al generar un crecimiento económico a corto plazo, dependencia tecnológica, saturación de los mercados, prácticas monopólicas y una severa crisis del sector agropecuario.

Dicho modelo entró en crisis por factores tales como el agotamiento del mercado interno, la incapacidad de la industria para generar empleo para todas las personas que migraron del campo a la ciudad, la sobreexplotación del trabajo debido al uso de tecnologías inadecuadas, la prolongación de la jornada laboral, el inicio de una desbordada concentración del ingreso y los altos niveles de inflación.

Durante 1970 el modelo comenzó a hacer evidente su agotamiento al instrumentarse el Consenso de Washington, mismo que trajo consigo una presión por parte de los organismos internacionales por adelgazar el poder del Estado y disminuir el gasto en cuestiones de política social, que tanto en la teoría como en la práctica, contravino los principios y objetivos de este modelo.

Adicionalmente a factores internos (como la crisis latinoamericana agudizada durante dicho periodo), diversos factores externos que venían gestándose desde el fin de la Segunda Guerra Mundial trajeron consigo un alejamiento en la región de las posturas teóricas provenientes de Europa. Por otro lado, la actuación de los Estados Unidos en las guerra de Corea y Vietnam su incapacidad para resolver sus problemas raciales y el creciente intervencionismo en la región, trajeron consigo un descrédito y un recelo sobre sus motivaciones por parte de sus contrapartes latinoamericanos. Estas situaciones se presentaron como el caldo de cultivo necesario para el surgimiento de posturas teóricas y científicas claramente latinoamericanistas.

En dicho contexto de turbulencia social, política y económica surgieron diferentes movimientos que buscaron reconstruir a la región a partir de modelos teóricos y políticos emanados y centrados en la realidad local. La necesidad de explicar la realidad en salud latinoamericana desde perspectivas críticas permitió el surgimiento de un pensamiento innovador que cuestionando los conocimientos biomédicos y epidemiológicos, incorporó teorías y metodologías de las ciencias sociales, reconceptualizando la salud como fenómeno *social en sí mismo* (López y Peña, 2006).

Para este momento histórico, la salud pública, que se había ceñido al modelo desarrollista al no lograr demostrar el principio de que a mayor crecimiento económico mayor desarrollo para todos, evidenció sus limitaciones abriendo paso a la necesidad de nuevos planteamientos. La cada vez mayor amplitud en cuanto a la distribución del ingreso (la mayoría más pobre y la minoría rica), así como una tendencia similar respecto al acceso a los servicios de salud dieron como resultado el surgimiento de propuestas teóricas en todas las áreas que buscaron dar respuesta a los grandes cuestionamientos de la realidad social latinoamericana. De este modo, la principal aportación de la medicina social es la incorporación de algunas disciplinas de las ciencias sociales, especialmente de la teoría marxista, a sus esquemas de análisis. Esto permite ubicar al campo de la salud como un elemento definitorio del desarrollo de la sociedad en su conjunto dejando de lado visiones reduccionistas que ubican a la salud como un ente externo o alejado del sistema económico, político, social e incluso cultural.

Entre los temas más explorados por ella se encuentran: el impacto de las políticas sociales y estatales sobre la salud y sobre la atención médica, los determinantes de la salud-enfermedad, el trabajo y sus efectos sobre la salud-enfermedad y los perfiles epidemiológicos por clase, grupo social y tipo de sociedad (Nunes, 1996).

También ha incorporado nuevas categorías al análisis de los determinantes de la salud tales como los modos de producción, la clase social, el proceso productivo y reproductivo y el proceso de trabajo (incluyendo además categorías como etnicidad y género) (Iriart, Waitzkin, Breilh y Estrada, 2002). De acuerdo con lo anterior, se trata de una perspectiva que se interesa por destacar los determinantes históricos y macro-sociales de la salud-enfermedad.

La ideología es un eje teórico de la medicina social. Comprende las ideas específicas y doctrinas de un grupo social. Una ideología "hegemónica" tiende a justificar los intereses de las clases que dominan una sociedad en un período histórico. La desmitificación de esta ideología es parte de la tarea teórica y política de la medicina social latinoamericana (Iriart, Waitzkin, Breilh, & Estrada, 2002:132).

Otro aspecto que señala la relevancia de colocar a la medicina social como antecedente de la salud colectiva es que el campo de acción de la primera no se limitó al trabajo clínico, científico o intelectual, sino que derivó en un compromiso por colaborar abiertamente con la sociedad mediante la acción política en los ámbitos sindicales, de organizaciones comunitarias, gobiernos e incluso movimientos relacionados con las distintas guerrillas latinoamericanas.

La medicina social desarrolló el concepto de *praxis* entendido como la interrelación entre pensamiento y acción, mismo que coloca la relación dinámica objeto-sujeto como eje del conocimiento e inserta a la praxis como el sustento y condición de dicha relación, no como elemento externo. Sus líderes, influenciados por el pensamiento de Gramsci, destacaron el doble camino de la teoría que contribuye a los esfuerzos tendientes al cambio social, pero que se nutre a la vez de dichos esfuerzos (Gramsci, 1975).

En cuanto a sus aportaciones metodológicas, y aunque diversos autores plantean que la discusión entre metodologías cualitativas y cuantitativas no fue tema de discusión de la medicina social sino hasta años recientes, se han generado propuestas concretas, incluyendo la metodología participante. A nivel teórico se establece una proximidad evidente con las teorías interpretativas que de acuerdo con Breilh (1995), han sido objeto de críticas debido a su idealismo y por ser las bases del punto de vista hegemónico.

La medicina social logró posicionarse como una corriente de pensamiento latinoamericano a partir del esfuerzo de diversos investigadores que lograron introducir la discusión sobre la necesidad de nuevas perspectivas en organismos tales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS), lo que resultó determinante para consolidar uno de los primeros programas de posgrado que se crearon con esta perspectiva: la Maestría en Medicina Social de la Universidad Autónoma Metropolitana- Xochimilco (Granados Cosme y Delgado Sánchez, 2006). A lo largo de cuatro décadas, la medicina social latinoamericana ha

intentando aproximarse a la realidad rebasando planteamientos *biologicistas* a partir de la reconstrucción de conceptos y relaciones entre elementos explicativos acerca de los determinantes de la salud.

1.3. La salud pública

La salud pública se ha conceptualizado a lo largo de su historia desde diferentes perspectivas relacionadas con su propia evolución y con los procesos en los que se ha visto inmersa. El teórico clásico Sir Donald Acheson, retomando a C. Winslow, la definió como la ciencia y el arte de prevenir la enfermedad, prolongar la vida y promover la salud mediante los esfuerzos organizados de la sociedad (López y Bonfil, 2008). En la actualidad la OPS la define como “el esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de alcance colectivo” (OPS/OMS, 2000).

Como en el caso de cualquier campo de conocimiento, existen enfoques diversos en el intento por lograr una conceptualización de la salud pública. Para Julio Frenk (en Franco, 2006) la esencia de la misma es el adoptar una perspectiva basada en los grupos de personas o en poblaciones, tanto como campo de conocimiento como en cuanto a esfera para la acción.

Mientras que la mayoría de los especialistas plantean que la salud pública es tanto práctica como ciencia, algunos agregan que es un arte, en tanto que otros sostienen que es una actividad profesional resultado social de la relación dialéctica entre tres elementos, ciencia, ética y voluntad política (Franco, 2006).

Estas definiciones derivan en la necesidad de plantear un análisis sobre sus diferentes connotaciones y significados. En primer término, la definición planteada por la OPS que señala como principal proveedor de acciones en salud al Estado y deja de lado otras manifestaciones de servicios de salud, nos remite a pensar que

la salud pública podría ser sinónimo de acción gubernamental, pues es lo que entendemos como el sector público. Otra perspectiva que retoma la idea de “esfuerzos organizados de la sociedad”, involucra la idea de participación de esta, lo que nos lleva a la idea de la *cosa pública*.

Indudablemente, detrás de una definición determinada se hacen evidentes relaciones de poder. A partir de ella se plantea que existirá una instancia o instancias de origen gubernamental que determinarán aquello que será benéfico para mantener la salud de la población o de los individuos. A pesar de hacer manifiesto el término “organización”, la salud pública tiene características que hacen evidente una posición directiva respecto a la sociedad.

El actual énfasis de la salud pública apunta a la importancia de combatir determinados estilos de vida. Aunque aparentemente reconoce la existencia de personas concretas no deja de ser una forma moralista y normativa de abordaje, ya que los grupos a quienes se destinan esas intervenciones no son incorporados en la construcción activa de modos de vida. Esto es, la participación en la administración de las relaciones entre deseos, intereses y necesidades sociales, es una condición *sine qua non* para la democracia y para la construcción de sujetos saludables (Campos, 2000).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2008:1) definió las siguientes once funciones esenciales por medio de la iniciativa “Salud Pública en las Américas”:

- Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud.
- Vigilancia en salud pública, investigación y control de riesgos y daños.
- Promoción de la salud.
- Participación de la comunidad.
- Desarrollo de políticas, capacidad institucional para planificación y gestión.
- Fortalecimiento de la capacidad de regulación.
- Acceso equitativo a servicios de salud.
- Desarrollo y capacitación de recursos humanos.
- Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios.
- Investigación.
- Reducción del impacto de emergencias y desastres.

La idea de definir estas funciones principales se presentó como una oportunidad para desarrollar un proceso de evaluación de la salud pública en la región. Los resultados de este ejercicio hicieron evidente un perfil de desempeño intermedio bajo y la necesidad de una renovación en su objeto de estudio, sus enfoques y sus métodos a fin de asegurar una perspectiva que diese lugar a una mejor comprensión de la realidad sanitaria (Tovar, 2007).

La salud pública ha encontrado su eje de desarrollo en la ciencia hegemónica que al tiempo que la legitima, la usa para legitimar al modelo que le permite mantener dicha hegemonía. Al igual que las diferentes posturas en salud, esta tiene también un compromiso político que nos remite a una discusión sobre la exclusión-inclusión.

Al inicio de este capítulo mencioné que la salud pública se considera un antecedente de la Salud Colectiva en tanto generadora de debate. De acuerdo con Edmundo Granda, podemos encontrar algunas características que han prevalecido en la forma de pensar y desarrollar la salud pública desde el siglo pasado entre las que se encuentran: el presupuesto filosófico-teórico de la enfermedad y la muerte como punto de partida para la explicación de la salud, el método positivista para explicar el riesgo de enfermar en la población, el enfoque estructural-funcionalismo para comprender la realidad social y el reconocimiento del poder del Estado como fuerza privilegiada para asegurar la prevención de la enfermedad (Granda, 2004).

Estas características de la salud pública han sido ampliamente discutidas por los críticos de las posturas tradicionales dada su tendencia a generar políticas y prácticas individualizantes, focalizadas y excluyentes que no logran dar respuesta a las nuevas necesidades de salud. Otro de los ejes del debate se centra en la necesidad de repensarla a partir del nuevo contexto epidemiológico y demográfico, es decir, a partir de un mundo envejecido, con problemas derivados de la migración como la polarización socio-epidemiológica, entre otros.

Por otro lado, el debilitamiento del Estado-nación que subyace al actual modelo económico, al proceso de globalización y de mundialización, son retos que la salud pública parece incapaz de sobrellevar a corto plazo, lo que hace necesaria una reconfiguración del pensar en salud.

El hecho de que la salud pública se maneje dentro de la esfera del poder institucionalizado, hace que la sociedad se mantenga en lo general al margen de la toma de decisiones en lo relativo a los temas de la salud, pues la institucionalidad se caracteriza por no ser dinámica al momento de la resolución de los problemas. Es aquí donde encontramos la principal fuente de debate entre la salud pública y las propuestas críticas: si los individuos y colectivos se encuentran *atrapados* al interior de un esquema con poca movilidad, se pierde la capacidad de entenderse como ente transformador y/o renovador, por lo que las propuestas críticas buscan su capacidad de emancipación.

1.4. La demanda de nuevos paradigmas: La Salud Colectiva

La Salud Colectiva nace a partir de la crítica al positivismo y a la salud pública tradicional constituida a imagen y semejanza de la tecno-ciencia y del modelo biomédico (Campos, 2000). Un aspecto fundamental es que surge también como un compromiso político que busca redefinir el enfoque en salud, comprometiéndose con la formación de un tejido social capaz de reconocer su condición de ciudadanía. Esta propone humanizar el proceso salud-enfermedad-atención, entendiéndolo como un fenómeno socio-histórico determinado por factores que se desarrollan en contextos políticos, económicos, sociales y bajo condiciones de género, etnicidad o de edad que tienen lugar en espacios y tiempos determinados.

El término comenzó a ser utilizado en Brasil en 1979 cuando un grupo de profesionales provenientes de las áreas de salud pública y de la medicina preventiva y social fundaron un campo científico con una orientación teórica,

metodológica y política que privilegiaba lo social como categoría analítica (Nunes, 1996). A partir de entonces, la Salud Colectiva como campo en construcción ha seguido un proceso de crecimiento y difusión detonando en una seria crítica a las posturas tradicionales de investigación, de políticas públicas y de formación de recursos humanos.

Como área de conocimiento y prácticas asume también un compromiso político con la reducción de las desigualdades en salud, así como un carácter interdisciplinar en su producción académica. Se encuentra cimentada en la epidemiología, las ciencias sociales y la política (Villela, Monteiro y Vargas, 2009). La Salud Colectiva se ha desarrollado como un campo de conocimiento incluyente que busca analizar desde perspectivas críticas aquellos temas, sujetos y objetos que consistentemente han sido invisibilizados por la ciencia hegemónica.

Para concluir este apartado, es importante señalar la imposibilidad de desligar la aparición y desarrollo de la salud colectiva como campo de conocimiento, de la situación política, económica y social que ha prevalecido en América Latina, pues el fracaso del Estado desarrollista y la imposibilidad de consolidación del Estado benefactor en la región, trajeron como consecuencia la imposición de un nuevo modelo económico que mermó la posibilidad de una democracia sólida acompañada de equidad y respeto a los derechos humanos.

1.4.1. El contexto. Veinte años de políticas neoliberales

A inicios de la década de 1980, organismos internacionales como el Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Internacional (FMI) se encontraron plenamente fortalecidos a raíz del control que ejercían sobre ellos las grandes potencias económicas y de la incapacidad de los países en desarrollo de hacer frente a su cuantiosa deuda externa. Por tal motivo se dieron las condiciones necesarias para que los gobiernos latinoamericanos no resistieran las presiones y aceptaran el nuevo modelo económico: el neoliberalismo.

Con la finalidad de dictar lineamientos generales que los países del mundo habrían de seguir en el manejo de sus economías se firmó el Consenso de Washington, considerado como un manifiesto de la derecha neoliberal para ejercer el control sobre el mundo en desarrollo. Este manifiesto constó de diez puntos:

1. Disciplina presupuestaria de los gobiernos.
2. Reorientación del gasto gubernamental en las áreas de educación y salud.
3. Reforma fiscal y tributaria con bases amplias de contribuyentes e impuestos moderados.
4. Desregulación financiera y tasas de interés libres de acuerdo al mercado.
5. Tipo de cambio competitivo regido por el mercado.
6. Comercio libre entre naciones.
7. Apertura a inversiones extranjeras directas.
8. Privatización de empresas públicas.
9. Desregulación de los mercados.
10. Seguridad de los derechos de propiedad.

En cuanto al tema de la salud, la propuesta neoliberal propició la individualización y sectorización de las necesidades y atención a la misma. Se centró la responsabilidad de su cuidado en el ambiente de lo privado y se separó al Estado del papel que tenía anteriormente como garante y financiador de la salud de la población en general dejándole como responsabilidad exclusiva aquella población que no pudiese ser cubierta en la esfera de lo privado (Guerra, 2006).

El surgimiento y desarrollo de la salud colectiva se dio de manera simultánea al proceso de globalización asociado al modelo neoliberal de desarrollo económico. Es decir, se ha gestado una reorganización del capital a nivel mundial que desde una perspectiva amplia está directamente vinculada con el avance de la tecnología, específicamente en lo relativo al flujo de información. Dicho proceso de globalización ha acentuado las inequidades pues de inicio excluye a quienes no tienen capacidad de acceso a dicha tecnología. La globalización se caracteriza por un indiscriminado flujo de capitales financieros, por la concentración del comercio mundial y por una nueva forma de organización de los procesos productivos que han traído consigo la exclusión, así como nuevas formas de explotación.

La globalización del neoliberalismo creó nuevas relaciones de poder, pues al procurar el debilitamiento del Estado nacional se trasladó esa fuerza a las nuevas formas de organización internacional. En un inicio se pensó que el poder que se

quitaría a los Estados nacionales podría ser absorbido por las organizaciones internacionales gubernamentales y en menor medida por las organizaciones internacionales no gubernamentales. Sin embargo, un riesgo no calculado resultó en el fortalecimiento ilimitado de las empresas transnacionales y multinacionales así como en el surgimiento y consolidación de algunas formas atípicas de organización internacional tales como las organizaciones internacionales criminales.

Asimismo, se comenzaron a gestar proyectos de gran envergadura centrados (en conformidad con el Consenso de Washington) en la disminución del gasto en salud y en la privatización paulatina de diversos sectores, entre ellos el sector salud. Sobre este particular, el tema de la privatización nos remite a dos sentidos de la misma, por un lado se comienza a pensar la salud como un asunto de consumo (se mercantiliza) y por el otro se trasladan los problemas de salud al ámbito de lo estrictamente individual, es decir, se plantea la salud es un asunto de la esfera privada.

El proceso de globalización y de imposición del modelo neoliberal (a tan solo 20 años de iniciado) ha hecho evidente los resultados negativos a partir de indicadores tales como la pobreza que de acuerdo con la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), en el año de 2002 alcanzó al 43.4% de la población manteniéndose las tasas de pobreza prácticamente constantes desde 1997 (CEPAL, 2003).

Tales procesos han sido responsables de la acentuación de las inequidades en nuestros países y permitido un acceso diferenciado a servicios y atención por cuestiones injustas y evitables, inequidades se hacen particularmente evidentes al incrementarse los indicadores de deterioro de la calidad de vida y de trabajo en función del resurgimiento de enfermedades antes controladas y la emergencia de nuevas patologías.

A pesar de la evidente acentuación de las desigualdades, la respuesta que el Estado ha dado en los últimos años continúa en la línea del adelgazamiento de su participación, de la mercantilización de la salud y de la constricción de sus atribuciones a la atención de las necesidades mínimas necesarias de la población más vulnerable. Es en este contexto que se comienza a construir el pensamiento en salud colectiva.

1.4.2. Hacia la construcción del concepto

Al tratarse de un concepto en construcción se han realizado diferentes esfuerzos por definirlo. En algunos casos se intenta hacerlo a partir de su objeto de estudio, mientras que en otros a partir de su espacio de acción-interpretación. Entre dichos intentos encontramos los siguientes:

Se puede entender a la Salud Colectiva como el campo científico donde se producen saberes y conocimientos acerca del objeto salud y donde operan distintas disciplinas que lo contemplan sobre varios ángulos, así como un ámbito de prácticas donde se realizan acciones en diferentes organizaciones e instituciones por diversos agentes (especializados o no) dentro y fuera del espacio convencionalmente reconocido como sector salud (Almeida-Filho y Silva Paim, 1999:21).

Es un campo del conocimiento científico de naturaleza interdisciplinaria que tiene como objeto las necesidades sociales de la salud; como instrumentos de trabajo los distintos conocimientos, disciplinas, tecnologías materiales y no materiales y como actividades, las intervenciones centradas en los grupos sociales y en el ambiente (Silva Paim y Almeida-Filho, 2000:23).

En las definiciones anteriores destaca el hecho de que la salud colectiva es un campo científico, de naturaleza interdisciplinaria y que tiene como característica central el incluir a sectores del sistema de salud que no son reconocidos tradicionalmente como parte del sector.

La Salud Colectiva es una construcción teórico-política en la que se producen conocimientos que tiene como objeto las prácticas y los saberes en salud referidos a lo colectivo, en cuanto campo estructurado de relaciones sociales donde la enfermedad adquiere significado (Fleury,2009:747).

El aspecto de la subjetividad es también un elemento clave en el ámbito de la salud colectiva ya que los significados y las representaciones sociales no pueden desligarse de la producción del conocimiento. Asimismo, se proponen definiciones más amplias en las que se consideran aspectos tales como su campo de acción.

La Salud Colectiva puede ser considerada como un campo de conocimiento de naturaleza interdisciplinaria cuyas disciplinas básicas son la epidemiología, la planeación administrativa en salud y las ciencias sociales en salud. Contempla actividades de investigación (sobre todo el estado sanitario de la población), de la naturaleza de las políticas de salud, de la relación entre los procesos de trabajo y enfermedad, además de las intervenciones de grupos y clases sociales sobre la cuestión sanitaria. Son disciplinas complementarias de este campo la estadística, la demografía, la geografía, la clínica, la genética y las ciencias biomédicas básicas, entre otras. Esta área de saber fundamenta un ámbito de prácticas transdisciplinar, multi-profesional, interinstitucional y transectorial. En lo que se refiere al ámbito de las prácticas la salud colectiva envuelve determinadas prácticas que toman como objeto las necesidades sociales de salud como instrumentos de trabajo, los distintos saberes y disciplinas, tecnologías materiales y no materiales y las intervenciones centradas en los grupos sociales y en el ambiente (independientemente del tipo profesional y del modelo de institucionalización) (Haro, 2007:8).

En este trabajo entenderemos a la Salud Colectiva como un campo de conocimiento dinámico que estará en constante construcción, en tanto la realidad social de su objeto de estudio jamás será estática.

1.4.3. El objeto de conocimiento de la Salud Colectiva

La Salud Colectiva privilegia en sus modelos o pautas de acción cuatro objetos de intervención: las políticas (formas de distribución del poder), las prácticas (cambios de comportamiento, cultura, instituciones, producción de conocimientos, prácticas institucionales, profesionales y relacionales), las técnicas (organización e regulación de los recursos y procesos productivos) y los instrumentos (medios de producción de la intervención).

1.4.4. Salud colectiva, envejecimiento y vejez

La investigación que se ha hecho en torno a los viejos, la vejez y el envejecimiento ha estado sustentada fundamentalmente por el enfoque positivista

que tiene como características fundamentales la explicación causalista y la búsqueda de leyes generales que subsuman los casos o hechos individuales. Por este motivo, los análisis han sido fragmentarios y disciplinarios, lo que ha traído como consecuencia una visión parcial, encasillada y disciplinaria de un objeto multidisciplinario y multidimensional. En este sentido, la Salud Colectiva representa un opción que abre una gama de posibilidades para estudiar el envejecimiento, la vejez y al viejo desde una perspectiva social que incorpora una nueva epistemología, teorías innovadoras y metodologías diversas que permiten acercarse al objeto desde diferentes aristas. Por otro lado, es importante destacar que esta considera que los fenómenos no son estáticos, pues al moverse permite que los actores se conviertan en sujetos que modifiquen las estrategias de vida y repercutan en ella. Así, los colectivos conformados por viejos, pueden (re)construir nuevas identidades en un mundo en donde han permanecido marginados, olvidados o ignorados. También reconoce la importancia que tiene el investigador y los colectivos académicos para la elaboración de propuestas y estrategias que coadyuven a la transformación de las estructuras, desde enclaves estratégicos.

Todo lo anterior invita a una constante reflexión, a una permanente crítica y a un compromiso explícito para que en la elaboración de propuestas y proyectos no se soslayen elementos como la pobreza, las desigualdades sociales y desde luego la práctica en el sentido de transformación.

A partir del marco conceptual y metodológico, la salud colectiva enfatiza que los procesos vitales como el nacimiento, el desarrollo, y el envejecimiento, así como la salud-enfermedad, sus representaciones y sus respuestas sociales, expresan hechos histórico-sociales que atañen a los colectivos humanos y que por lo tanto, es necesario explicar la determinación y distribución de estos procesos más allá de la causalidad próxima (López y Peña, 2005). Asimismo, esta propuesta permite la construcción de proyectos sólidos dirigidos a encontrar soluciones de fondo a

los problemas derivados de las condiciones de vida de la población, así como a las prácticas específicas de salud colectivas e individuales (López y López, 2005).

Es dentro de este marco de análisis en el que se circunscribe el presente trabajo. Específicamente, abordo el fenómeno del envejecimiento y las repercusiones que tiene en la sociedad, en los colectivos y en el individuo denominado viejo. Asimismo, reconozco que el envejecimiento tiene una dimensión material (que ocurre en los humanos en su expresión orgánica, biológica y social) y una dimensión cultural y subjetiva (referida a la interpretación y a la forma como se enfrenta y se vive este proceso desde la subjetividad individual y colectiva), partiendo de la comprensión de las dimensiones biológica y social (Doctorado Salud Colectiva, 2002). De manera particular, el propósito principal de este apartado es circunscribir el fenómeno del envejecimiento dentro del marco conceptual de la salud colectiva, como una primera aproximación al estudio de características y procesos asociados a la construcción de colectivos de ancianos.

1.4.5. El envejecimiento y la vejez en el contexto global

En las últimas décadas, el mundo ha experimentado severas transformaciones económicas, políticas, culturales y sociales. Estos cambios han sido vertiginosos y necesariamente deben de orientarnos a la reflexión y a la acción con el fin de comprender y explicar lo que está sucediendo en la realidad. La globalización es uno de los principales elementos que atraviesan todo este escenario. Joachim Hirsch (1996) señala que cuando se habla de globalización pueden diferenciarse varios niveles de significado: en lo técnico, en lo político, en lo ideológico, en lo cultural y en lo económico. Los anteriores significados imponen una visión de la realidad que agudiza las relaciones capitalistas de dominación y explotación. Desde luego, estas visiones repercuten en las políticas que se establezcan a nivel general y particularmente en torno al proceso que nos ocupa, el envejecimiento.

Desde otro ángulo, los países en vías de desarrollo, especialmente los de América Latina, están sufriendo procesos de empobrecimiento relativo y de exacerbación de la inequidad debido fundamentalmente a las políticas neoliberales que han propiciado que estos dos elementos se agudicen y se polaricen aún más. Una de las principales implicaciones que ha tenido este modelo en la atención a la salud en general está en función de la jubilación. Se proyecta que América Latina, aunque situada todavía a buena distancia de los países más envejecidos del mundo, envejecerá con mucha mayor rapidez de lo que hicieron las sociedades actualmente más desarrolladas. Estas transformaciones ocurrirán en contextos económicos e institucionales en los que el nivel de vida de las generaciones de mayor edad estará mucho menos protegido que actualmente en los países más desarrollados (Bravo, 2000).

Las repercusiones que tendrá el envejecimiento de la población se podrán apreciar no sólo en la dinámica cuantitativa sino también en los escenarios social, económico, político, cultural, familiar, personal, debido a que el proceso está caracterizado por una alta incidencia de pobreza, una aguda inequidad social, baja cobertura en la seguridad social y una tendencia hacia el deterioro de las estructuras familiares. Al contexto económico y social se suman cambios institucionales cuyo impacto no ha sido bien analizado. Es el caso de las reformas a los sistemas de seguridad social y a las leyes laborales que, en la mayoría de los países, fueron acompañadas del traslado de responsabilidades que antes eran consideradas de bien social desde el Estado al sector privado. En este sentido, la familia se convierte en la única opción viable para los adultos mayores al fracasar o simplemente ser inaccesibles los sistemas de seguridad social. En México, el proceso de envejecimiento de la población se ha hecho evidente desde la última década del siglo XX y seguramente habrá de convertirse en las primeras décadas del siglo XXI en el aspecto demográfico de mayor importancia después del fenómeno migratorio (que desde hace décadas ha modificado estructuras económicas, sociales y culturales en nuestro país).

El cambio demográfico se asocia con factores externos derivados de los avances en la tecnología médica y sanitaria así como de programas y políticas de población. En este sentido, es necesario señalar que tres han sido los grandes factores que han intervenido para el cambio demográfico. En primer lugar, las políticas de población de los años setenta que se referían directamente a disminuir la tasa de natalidad tuvieron gran éxito. En segundo, el descenso en la mortalidad, reflejo directo de los avances en las políticas públicas en salud que México desarrolló. Sobre el particular, los análisis de las causas de mortalidad proponen un cambio importante en el patrón epidemiológico nacional, es decir, se pasó de un patrón de muerte asociado a las enfermedades infectocontagiosas a otro en donde destacan las enfermedades crónico-degenerativas. Tal planteamiento ha sido reformulado reconociéndose que en América Latina en general y en México en particular, coexisten y se imbrican “la patología de la pobreza” (enfermedades carenciales e infecciosas) con los “padecimientos de la modernidad” (enfermedades del corazón, hipertensión arterial, diabetes mellitus, neoplasias, entre otras) y emergen nuevos problemas (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida –SIDA, Síndrome de las “Vacac Locas”, Síndrome Agudo Respiratorio Severo- SARS, anorexia, bulimia) (López y Peña, 2005).

En este análisis es importante también considerar el aumento en la esperanza de vida en México (que constituye un indicador fundamental de las condiciones de salud que tiene una población). Entre 1930 y el año 2000, este indicador pasó de 34 a 75 años con una ganancia de 40 años para los hombres y 43 para las mujeres (en 2009 el promedio de vida en los varones fue de 72.9 años, es decir, 28 años más que en 1950 y en las mujeres, este incremento fue de casi 29 años).

Aunado a lo anterior, se encuentran los diferentes significados que se tienen del envejecimiento desde diversas disciplinas como la biología, la psicología, la sociología, la antropología y, desde luego, desde lo individual. Desde la biología, el envejecimiento es un proceso que representa la pérdida de funciones, que es propio de todas las especies, que ocurre tras la maduración y que continúa

durante toda la vida (Hayflick, 1999). Para las ciencias sociales, el envejecimiento es considerado como un proceso determinado por el momento histórico, la organización social, la cultura, la situación geográfica y la historia de la comunidad en donde se envejece. Por lo tanto, se plantea que el envejecimiento no puede ser analizado desde una sola disciplina, sino que es necesario que su abordaje se realice desde una perspectiva interdisciplinaria en donde se tome en cuenta la multidimensionalidad de este proceso. De acuerdo con Ham (2003), el envejecimiento tiene diferentes manifestaciones que hacen que el colectivo denominado *viejos* adquiera características de vulnerabilidad. Las más evidentes se relacionan con la salud y con las capacidades físicas y mentales, incluso en muchos casos el envejecimiento suele ser sinónimo de enfermedad. Estas manifestaciones se relacionan con tres factores. En primer término se encuentra el factor económico, en el sentido de que los patrones de consumo cambian y hay dificultades para el acceso a empleos (lo que repercute en los sistemas de seguridad social). En segundo lugar, se encuentran los factores relacionados con la familia, dado que la estructura por edades se modifica. Por último, con los aspectos sociales a nivel macro que tienen que ver con las políticas que se establecerán en torno a este colectivo (jubilaciones, atención a la salud) y con la distribución desigual entre las poblaciones.

En este estudio concibo al envejecimiento como:

Un momento del proceso vital humano que se expresa en la corporeidad en donde el viejo se constituye en objeto de este proceso, pero a la vez en sujeto. El envejecimiento está determinado en el nivel macro por procesos políticos económicos y sociales, en un plano intermedio, por las instituciones dirigidas a la producción de programas y servicios para este colectivo y por un nivel micro, en donde lo individual y lo grupal adquiere una importancia fundamental. En este sentido, se plantea que en el envejecimiento lo biológico y los determinantes sociales tienen distinto peso, en donde lo primero queda subsumido en la dimensión social (Laurell, 1994:146).

Desde una perspectiva tal, y de acuerdo con López y Blanco (1994), la visión de la Salud Colectiva proporciona categorías de análisis generales y complejas para comprender y explicar las formas de envejecer entre las que se encuentran las

estrategias de vida, el género, el espacio socio-histórico y la clase social. De acuerdo con dichos autores, tales categorías permiten reconstruir formas particulares de producción y consumo que se manifiestan en patrones específicos de protección/deterioro de la salud. Estas categorías permiten acercarse a las diferentes formas de apreciación, de actuación, así como a la producción de los discursos específicos que se generan a nivel de colectivos y a nivel individual.

El análisis del envejecimiento desde esta perspectiva necesariamente remite a la reflexión de la postura epistemológica desde la cual se trabajará. En este sentido, Breilh (2004) plantea la importancia de considerar los aportes de la nueva epistemología de la ciencia, concretizándose cuatro líneas innovadoras para la transformación de la ciencia y su método:

a) la lucha contra el reduccionismo empírico y formal cuantitativista, b) la lucha contra el predominio de la racionalidad eurocéntrica y androcéntrica, la uniculturalidad de la ciencia, c) lucha contra el predominio de las teorías que podríamos llamar 'totalizantes' y d) la lucha por un replanteamiento de la relación entre el conocimiento académico –que se asume como la única expresión del saber científico- y el conocimiento popular (Breilh, 2004:55).

La propuesta concreta es trabajar en una teoría contrahegemónica que facilite una construcción intercultural, coordine el pensamiento y unifique la acción sin ser dominante pensándose como un apoyo de una acción de un bloque popular emancipador. La construcción de una teoría como la planteada implica reordenar el pensamiento y buscar espacios de movimiento en donde sea posible encontrar otras expresiones de identidad que se han formado a través de la resistencia y que puedan conformar identidades proyectivas que logren nuevas relaciones de poder y nuevas propuestas. Desde esta perspectiva y de acuerdo con Granda:

...los colectivos habrán de construir sujetos que puedan integrar en su vida su yo con todo su recuerdo cultural, pero también puedan ver al otro, construir un nosotros y luchar contra la opresión. Que integren lo subjetivo con lo racional, unir la cultura y la ciencia para la vida; definan y defiendan su espacio (Granda, 2003:24).

Finalmente, es necesario exponer que la investigación que se ha hecho en torno a los viejos, la vejez y el envejecimiento ha estado sustentada fundamentalmente por el enfoque positivista que tiene como características fundamentales la explicación causalista y la búsqueda de leyes generales que subsuman los casos o hechos individuales. Por otro lado, los abordajes han sido fragmentarios y disciplinarios, lo que ha traído como consecuencia una visión parcial, encasillada y disciplinaria de un objeto por naturaleza, multidisciplinario y multidimensional. En este sentido, la salud colectiva representa una opción que abre una gama de posibilidades para estudiar esta triada desde una perspectiva social que incorpora una nueva epistemología, teorías innovadoras, y metodologías diversas que permitan acercarse al objeto desde diferentes aristas. Asimismo, considera categorías de análisis que recuperan al objeto desde las diferentes dimensiones que lo conforman y que lo determinan.

Por otro lado, me parece importante destacar que la salud colectiva considera que los fenómenos no son estáticos, se mueven y permiten que los actores se conviertan en sujetos que modifiquen las estrategias de vida y repercutan en los modos de vida. De ahí que los colectivos de viejos puedan (re)construir nuevas identidades en un mundo en donde han permanecido marginados, olvidados o ignorados. Asimismo, reconoce la importancia que tiene el investigador y los colectivos académicos para la elaboración de propuestas y estrategias que coadyuven a la transformación de las estructuras desde enclaves estratégicos. Todo lo anterior, invita a una constante reflexión, a una permanente crítica y a un compromiso explícito para que en la elaboración de propuestas y proyectos no se soslayen elementos como la pobreza, las desigualdades sociales y desde luego las prácticas en el sentido de transformación. Uno de los grandes desafíos de la salud colectiva es conciliar el mundo subjetivo con el mundo social a través de una acción política emancipadora.

Conclusión

Considero que los planteamientos de la Salud Colectiva me permiten entender al envejecimiento social desde una perspectiva compleja que incluye sus determinaciones, su distribución y sus prácticas. Esta perspectiva crítica plantea que los colectivos, en este caso los viejos, pueden participar en la construcción de oportunidades para el desarrollo de la vida saludable y el fortalecimiento de sus capacidades para incidir en sus procesos vitales como lo es el proceso del envejecimiento. En la siguiente sección argumentaré, a partir de las propuestas de Pierre Bourdieu, sobre algunos aspectos de la composición y estructura social que determinan a nivel micro, meso y macro, el entendimiento, reconocimiento y actuación tanto de los viejos como de las instituciones que los nombran.

SECCIÓN 2. Los aportes de la sociología de Bourdieu para la comprensión de la vejez y el impacto de un programa para la formación de promotores en el marco del envejecimiento activo

La tarea de la sociología es descubrir las estructuras más profundamente enterradas de los diversos mundos sociales que constituyen el universo social, así como los mecanismos que tienden a asegurar su reproducción o su transformación.

(Bourdieu, 2008:30).

Introducción

La vejez se puede mirar como una categoría social que trata de conceptualizar no nada más una etapa de la vida humana sino un proceso que denominamos “envejecimiento”, caracterizado por el paulatino re-posicionamiento de una persona en el espacio social y en el cambio en sus relaciones de poder. Ante la falta de una conceptualización amplia de la vejez que se tome en cuenta sus aspectos objetivos y subjetivos, la tendencia es ubicarla en relación con la edad de las personas o los conjuntos sociales, es decir, adoptando de entrada un

parámetro biológico para su clasificación. Como toda categoría social, es una conceptualización cultural y por tanto relativa. Así, la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la edad de 65 años como el límite inicial de la vejez, mientras que la Organización de las Naciones Unidas (ONU) marca su comienzo a los 60 años de edad. En cualquier caso estas delimitaciones están sometidas a numerosas variables culturales, étnicas y sobre todo económicas, que hacen que tanto en las expectativas de vida como en las condiciones de llegada a la vejez se produzcan grandes diferencias en significados y significaciones a lo largo y ancho del planeta, e incluso dentro de un mismo país o zona geográfica (Ruiz, 2010).

En este escenario, la perspectiva de Pierre Bourdieu (2005) constituye una manera de abordar la realidad social que apunta a superar la falsa oposición entre objetivismo y subjetivismo que sobrevive en la actualidad en muchas investigaciones. De acuerdo con el sociólogo francés, para romper con esa dicotomía, y sin caer en una de las posturas por oposición a la otra, es necesario repensar el problema de la articulación entre lo objetivo y lo subjetivo y mostrar que cuando se habla de “objetividad” y de “subjetividad”, se hace referencia a una sola y misma realidad, a la misma historia colectiva que se deposita en los cuerpos y en las cosas. Los conceptos clave que Bourdieu ha construido, constituyen una valiosa herramienta analítica que permite explicar y comprender diversos fenómenos sociales, en este caso particular, lo relacionado con la vejez y el envejecimiento. La teoría de los campos de Bourdieu sostiene que la sociedad se traduce en relaciones de intercambio de capital y que existen formas generales de funcionamiento que se pueden analizar independientemente de las características particulares de los individuos. Asimismo, reconoce que el mundo social está conformado por estructuras objetivas, independientes de la conciencia y de la voluntad de los agentes, que son capaces de orientar o de coaccionar sus prácticas o sus representaciones y propone el concepto de *campo* como una herramienta metodológica pero también como un esquema básico de ordenamiento de la realidad social, cultural y simbólica (Vizcarra, 2002).

De acuerdo con Pierre Bourdieu, la comprensión de los procesos socioculturales sólo es posible si se establecen puentes metodológicos que articulen las estructuras de la sociedad con las prácticas de los actores en una relación dialéctica. Esto es, se trata de hacer visible los mecanismos de poder que las estructuras sociales tienen en las prácticas de los agentes. Desde esta perspectiva, las prácticas y los procesos sociales están multideterminados y sólo pueden ser explicados a partir de un análisis que vincule elementos económicos y culturales, objetivos y subjetivos simultáneamente. En este sentido, el mundo social presenta una doble existencia: se expresa tanto en las estructuras objetivas (estructuras independientes de la conciencia y de la voluntad de los agentes individuales, grupales, clases o sectores) como en las subjetividades (esquemas de percepción, de pensamiento, de acción que constituyen socialmente nuestra subjetividad). Los conceptos de *campo* y *habitus* permiten captar estos dos modos de existencia de lo social: el primero como lo social hecho cosa (lo objetivo) y el segundo como lo social corporeizado (lo subjetivo). Las prácticas sociales que realizan los agentes se explican a partir de la relación dialéctica que existe entre ambos.

El objetivo de esta sección es presentar los conceptos centrales del pensamiento de Pierre Bourdieu que nos permitan explicar la dinámica y estructura de los significados de la vejez y de su reproducción, así como avanzar en el entendimiento de la repercusión de las prácticas de las instituciones sobre las prácticas y en las corporeizaciones de los viejos. En un primer momento presento una revisión de los conceptos fundamentales de la teoría bourdeana, (*campo*, *habitus*, *capital*). En la segunda parte expongo la teoría de la acción de Bourdieu como esquema teórico para analizar su aplicación a un caso práctico de un programa académico orientado a los viejos.

2.1. La teoría de los campos de Pierre Bourdieu

Los trabajos de Bourdieu dieron origen a una corriente sociológica que el propio teórico la definió de la siguiente manera:

Si tuviera que caracterizar mi trabajo en dos palabras [...] hablaría de *constructivist structuralism* o de *structuralist constructivist* [...] Por estructuralismo o estructuralista, quiero decir que existen en el mundo social mismo (y no solamente en los sistemas simbólicos, lenguaje, mitos, etc.) estructuras objetivas, independientes de la conciencia y la voluntad de los agentes que son capaces de orientar o coaccionar sus prácticas o sus representaciones. Por constructivismo, quiero decir que hay una génesis social por un lado de los esquemas de percepción, de pensamiento y acción que son constitutivos de lo que llamamos *habitus* y por otra parte estructuras, y en particular de lo que llamo campos y grupos, especialmente de lo que se llama generalmente las clases sociales (Bourdieu, 2000:127).

La teoría de Bourdieu plantea dos cuestiones: superar las parejas de conceptos dicotómicos (sujeto/objeto, colectivo/individual) y aprehender las realidades sociales como construcciones históricas y cotidianas de actores individuales y colectivos. La historia juega un papel fundamental para esta teoría y parte de dos supuestos: el mundo social se construye a partir de lo ya construido en el pasado y las formas sociales del pasado son reproducidas, apropiadas, desplazadas y transformadas en las prácticas y las interacciones de la vida cotidiana de los actores.

Una tesis central de esta teoría es que en el proceso histórico las realidades sociales son a la vez objetivas e interiorizadas. Son objetivadas porque las realidades sociales están en función de reglas y de instituciones que están fuera de los agentes (que funcionan como circunstancias que limitan) pero también son puntos de apoyo de su acción; son interiorizadas porque se inscriben y se traducen en formas de sensibilidad, de percepción, de representación y de conocimiento (Giménez, 1999).

De acuerdo con Bonnewitz (2003), el aporte teórico de la sociología de Bourdieu se articula alrededor de dos temas: (1) los mecanismos de la dominación y (2) la

lógica de las prácticas de los agentes sociales en un espacio social desigualitario y conflictivo. Un rasgo esencial de su teoría es determinar cuáles son los mecanismos que llevan a los dominados a aceptar la dominación (en todas sus formas), y por qué se adhieren a ella y se sienten solidarios de los dominantes en un mismo consenso sobre el orden establecido (Bonnewitz, 2003).

La teoría *bourdeana* plantea que hay que rechazar la idea de definir la verdad de un fenómeno cultural independientemente del sistema de relaciones históricas y sociales del cual parte. Argumenta que por el contrario, hay que construir el sistema de relaciones objetivas en el cual los individuos están insertos.

Por otro lado, Bourdieu insiste en la necesidad de romper con el sentido común, ya que este puede darnos ideas prefabricadas sobre la realidad social. En las construcciones de sentido común las instituciones juegan un papel fundamental, ya que ellas son las encargadas de crear o modificar las categorías con las cuales se percibirá y se dará significado a las acciones y producen esquemas de percepción y nuevos términos para designar la realidad. Todas estas categorías y estructuras que las instituciones diseñan de manera imperceptible se incorporan al lenguaje, a los significados y a las prácticas de los agentes sociales. Cada individuo le dará sentido a sus acciones y según la naturaleza de las prácticas, las explicaciones obedecerán a categorías o variables como la edad, el sexo, la profesión ejercida, sin ser conscientes de los determinantes de su discurso (Bonnewitz, 2003). En este sentido, las categorías con las cuales damos cuenta del universo social y de nuestras prácticas, no son productos individuales sino productos sociales (Bourdieu, 2008).

La sociología de Pierre Bourdieu lucha contra el efecto de “naturalización” que tiende a hacer pasar por naturales ciertas construcciones sociales como la dominación masculina fundada en una superioridad biológica (en la de los mayores sobre los menores o de los jóvenes sobre los viejos). Para él, un objeto social lleva consigo un conjunto de relaciones internas y un sistema de relaciones

que deben ser sometidos a análisis con el fin de superar la ilusión del conocimiento inmediato del mundo social.

Bourdieu reemplaza la noción de sociedad con las de espacio social y campo. Para él una sociedad diferenciada no es una totalidad sin fisuras, integrada por funciones sistémicas, por una cultura común o por conflictos que la cruzan o una autoridad que la abarca, sino es un conjunto de esferas relativamente autónomas de “juego” que no pueden sumergirse bajo una lógica socio-etaria general. Un campo es una red de intercambio de elementos materiales o simbólicos con valor simbólico al interior de esa red. Cada campo prescribe sus valores particulares y posee sus propios principios reguladores. Estos principios delimitan el espacio socialmente estructurado en el que los agentes luchan ya sea para cambiar o para preservar sus fronteras y su forma (Bourdieu y Wacquant, 2005).

Asimismo, Pla (2010) argumenta que el espacio social se define entonces como un conjunto de posiciones distintas y coexistentes de los agentes definidas en relación unas de otras, por su exterioridad mutua y por relaciones de proximidad, de vecindad o de alejamiento, así como por relaciones de orden. Por otra parte, Baranger (2004) plantea que se le puede definir como un campo de fuerzas, esto es, como un conjunto de relaciones objetivas de fuerza que se imponen a todos los que ingresan a ese campo y que son irreductibles a las intenciones de los agentes individuales o incluso a las interacciones directas entre los agentes.

Para Bourdieu y Wacquant (2005), el universo social está compuesto por estructuras que, por un lado, están constituidas por la distribución de recursos materiales y medios de apropiación de bienes y valores socialmente escasos (capitales) y por el otro, bajo la forma de sistemas de clasificación, esquemas mentales y corporales que funcionan a manera de patrones simbólicos para las actividades prácticas (conducta, pensamientos, sentimientos y juicios) de los agentes sociales. Lo anterior se conforma como un sistema bidimensional (de relaciones de poder y relaciones de significado entre grupos y clases). El espacio

de las posiciones sociales es un espacio de tomas de posición a través del espacio de las disposiciones (*habitus*). De este modo, el espacio social es un sistema de posiciones que se definen unas en relación con las otras (autoridad/súbdito, jefe/subordinado, patrón/empleado, hombre/mujer, rico/pobre, distinguido/popular, joven/viejo). Es un sistema de diferencias sociales jerarquizadas en función de un sistema de legitimidades socialmente establecidas y reconocidas en un momento determinado (Giménez, 1999). La forma del espacio social no es la misma a lo largo de toda la historia ni de todas las sociedades, la forma que adopta depende de su distribución dentro de cada campo al mismo tiempo de la distribución de los campos dentro del espacio. Los campos no adoptan una posición estática sino que son campos de fuerza, de poder, de oposición y de lucha, que bien pueden conservar la estructura o transformarla. A continuación revisaremos el concepto de *campo*.

2.1.1. Campo

Para Bourdieu, las personas que establecen relaciones en los espacios sociales son “agentes” y los conjuntos de personas conformados como red que intercambia capital con otros conjuntos de personas o con agentes particulares son “agencias”. Toda práctica de los agentes puede ser delimitada en campos (redes de intercambio de capital en donde el capital que detentan los agentes del campo tiene valor simbólico al interior del campo), por lo que una característica de ellos es su pluralidad. Todos los campos funcionan como mercados y son un sistema de relaciones objetivas, es decir, en cada uno hay posiciones que son resultado de una relación de fuerzas en donde la posición de cada agente depende del volumen de capital que posea y cada campo posee una autonomía relativa en relación con los otros campos con los que intercambia su capital.

Los principios de funcionamiento de los campos son asimilados por los sujetos a través de procesos complejos de socialización que hacen de estos espacios “estructuras estructurantes”. Aquí los sujetos incorporan activamente aquellas

nociones fundamentales que orientan la racionalidad de los actos y, simultáneamente, contribuyen a estructurar y reestructurar permanentemente los sentidos del mundo produciendo así formas reconocibles de relación social en donde los agentes tienen una captación activa del mundo a partir de la cual construyen su visión operando bajo coacciones estructurales (Vizcarra, 2002). Un campo es un sistema modelizado de fuerzas objetivas, una configuración relacional dotada de una gravedad específica que se impone sobre todos los objetos y agentes que se hallan en él, pero también es un espacio de conflicto y competencia en el cual los participantes rivalizan por el monopolio sobre el tipo de capital que sea eficaz en él. Cualquiera de ellos se presenta como una estructura de probabilidades de premios, ganancias, beneficios o sanciones (Bourdieu y Wacquant, 2005); son espacios de juego históricamente constituidos con sus instituciones específicas y sus leyes de funcionamiento propias así como espacios estructurados de posiciones que son producto de la distribución inequitativa de ciertos bienes (capital) capaces de conferir poder a quien los posee.

Por otro lado, los campos no son espacios totalmente autónomos y con fronteras rígidas, sino que se articulan entre sí y hay una interpenetración entre ellos. Bourdieu compara al campo con un juego: los jugadores acuerdan por el mero hecho de jugar (y no por medio de un contrato) que el juego merece ser jugado. Las estrategias de un jugador se dan en función del tipo de capital y de la evolución en el tiempo, del volumen de capital y la estructura de dicho capital, esto es, de su trayectoria social y de las disposiciones (*habitus*) constituidas en la relación prolongada con una determinada distribución de las probabilidades objetivas. Los jugadores pueden jugar para aumentar o conservar su capital pero también pueden ingresar en él para transformar, total o parcialmente, las reglas inmanentes del juego (Bourdieu y Wacquant, 2005). Entonces, los campos se convierten en sistemas de relaciones de fuerza y de sentido entre los grupos y las clases. Son espacios de discrepancias y pugnas entre agentes que sostienen diferentes perspectivas. La estructura de cada campo pone en evidencia el estado de la relación de fuerzas entre los actores y grupos internos, ya sea por el control

de un tipo de valor o capital específico. Como espacio de fuerzas potenciales y activas el campo es también un campo de luchas tendientes a preservar o a transformar la configuración de dichas fuerza (Bourdieu y Wacquant, 2005). En síntesis, la estructura del campo es definida por la estructura de distribución de las formas específicas de capital que están activadas en él.

Las estrategias que emplearán los agentes y que utilizarán de forma individual o colectiva para preservar o modificar su posición dependen del capital que poseen. En un campo, los agentes y las instituciones luchan constantemente por ganar el juego. Las instituciones siempre luchan por controlar la situación, imponer y salir victoriosas pero siempre encontrarán la resistencia de aquellos a quienes se quiere dominar pues los agentes sociales son poseedores de capitales y dependiendo de su trayectoria y de la posición que ocupan en el campo, participan activamente en la preservación del capital o al intercambio de capitales. Sánchez (2007) señala que los campos están formados por productores, consumidores, distribuidores de un bien e instancias legitimadoras y reguladoras cuyas características, reglas y conformación varían de acuerdo con su historia y relación con el campo de poder. De esta forma, entender la noción de *campo* implica también entender la noción de *capital*.

2.2. Las cuatro especies de capital

Para Bourdieu (1986, 2005, 2007) el capital puede definirse como un conjunto de bienes acumulados que se producen, distribuyen, consumen, invierten y ganan o se pierden en una lucha histórica por su obtención.

El capital es un trabajo acumulado (en su forma materializada o en su forma incorporada, encarnada) que, de resultar apropiado en forma privada, es decir exclusiva por agentes o grupos de agentes, los habilita para apropiarse de la energía social bajo la forma de trabajo reificado o viviente (Bourdieu, 1986:241).

La fortaleza de cada campo radica en la capacidad que este tiene en la producción, difusión y preservación del capital. El capital es la riqueza del campo y

su apropiación y control el objeto de la lucha. Bourdieu (2005) distingue cuatro tipos de capital: económico, cultural, social y simbólico. El capital cultural puede tomar tres formas: objetivado, subjetivado e institucionalizado (Vizcarra, 2002; Pla, 2010). El concepto de capital resulta fundamental en la teoría *bourdeana*, ya que las diferentes formas de capital estructuran el espacio social y la posición de los agentes en este. A continuación se revisará cada uno de ellos.

Capital económico. Está constituido por los diferentes factores de producción (tierras, fábricas, trabajo) y el conjunto de los bienes económicos (ingreso, patrimonio, bienes materiales). El dinero ocupa un lugar preponderante por su papel de equivalente universal, sin embargo, para entenderlo hay que tener en cuenta historia de cada actor social dentro del campo y la influencia de los otros campos sobre el económico, que a su vez se encuentran influenciados por el económico (Álvarez, 1996).

Capital cultural. Es el conjunto de las calificaciones intelectuales producidas por el sistema escolar o transmitidas por la familia. Los diplomas escolares y universitarios tienen gran importancia, Bourdieu lo denominó también como capital informacional. El autor analiza las formas típicas del capital cultural, distinguiendo para cada forma o estado una modalidad de adquisición y de transmisión: incorporado (forma parte del *habitus*), objetivado (por ejemplo obras de arte que se pueden adquirir o vender mediante capital económico) o institucionalizado (por ejemplo títulos académicos).

Capital social. Es definido como el conjunto de relaciones sociales de las que dispone un individuo o grupo implica un trabajo de establecimiento y mantenimiento de relaciones, es decir, de socializar. Es la suma de recursos reales o virtuales de la que se hace acreedor un individuo o grupo en virtud de poseer una red perdurable de relaciones más o menos institucionalizadas de mutua familiaridad y reconocimiento. (Bourdieu, 2005).

Capital simbólico. Se refiere a la repercusión de jugar las otras especies de capital en el campo (por ejemplo: prestigio, reputación, renombre). Es la forma percibida y reconocida como legítima de las diferentes especies de capital (Álvarez, 1996).

El capital simbólico es cualquier propiedad (cualquier tipo de capital físico, económico, cultural, social) cuando es percibida por agentes sociales cuyas categorías de percepción son de tal naturaleza que les permiten conocerla (distinguir la) y reconocerla [...] es la forma que adquiere cualquier tipo de capital cuando es percibido a través de unas categorías de percepción que son fruto de la incorporación de las divisiones o de las oposiciones inscritas en la estructura de la distribución de esta especie de capital (por ejemplo fuerte/débil, grande/pequeño, rico/pobre, culto/inculto, joven/viejo, etc.) (Bourdieu, 2007: 108).

Las distintas especies de capital pueden transformarse unas en otras (por ejemplo el capital social puede transformarse en capital económico cuando se obtiene una paga como producto de la influencia de una relación social). Si bien el espacio social es uno, existen tantos campos y subcampos como tipos de capital haya en disputa. No es el capital el que define al campo, sino la forma que toma la lucha por apoderarse del capital. En las sociedades modernas, el responsable principal de la construcción de las categorías oficiales es el Estado, que mediante acciones de codificación provistas de ayudas económicas y sociales lo tiende a favorecer como reforzar y estimular por todos los medios (materiales y simbólicos) la preservación de percibir a la vejez como enfermedad, déficit o decadencia (Bourdieu, 2007). Los agentes pueden jugar su capital en los campos gracias a sus disposiciones incorporadas, es decir, a sus estrategias para percibir, pensar, apreciar y actuar, que han desarrollado a lo largo de la vida constituyendo lo que Bourdieu llama *habitus*.

2.3. Habitus

Giménez (2002) plantea que el concepto de *habitus* permite articular lo individual y lo social, las estructuras internas de la subjetividad y las estructuras sociales externas. El agente social no sólo actúa hacia el exterior, sino que está

condicionado subjetivamente “desde dentro” por el *habitus*. Bourdieu define la relación entre este y el campo como una relación de condicionamiento ya que el espacio social condiciona al *habitus* que se define entonces como el producto de la incorporación de la necesidad inmanente de ese campo o de un conjunto de campos más o menos concordantes y de quienes detentan el poder sobre estos (Pla, 2010). Para Giménez (1998) el concepto desde el punto de vista *bourdeano* proporciona los elementos para dar respuesta a preguntas como: ¿cuál es el principio que rige la lógica de las prácticas sociales?, ¿qué es lo que explica la unidad, la regularidad y la homogeneidad de los grupos sociales?, ¿cómo se reproducen las formas de la existencia colectiva en las diversas formaciones sociales?

Bourdieu postula al *habitus* como principio generador de las prácticas, una intencionalidad sin intención, una regularidad sin sumisión consciente a una regla, una racionalidad sin cálculo y una causalidad no mecanicista. Es decir, se trata de descartar no sólo la explicación mecanicista por la determinación de estructuras inconscientes u objetivas, sino también el modelo consensual de la sumisión a reglas, normas y valores que se impondrían desde el exterior o a la inversa, el principio de agregación de decisiones individuales y racionales postulado por el individualismo metodológico (Giménez, 1999).

De acuerdo con Bonnewitz (2003), la vida en sociedad supone la socialización del individuo. El autor entiende a la “vida en sociedad” como el conjunto de mecanismos a través de los cuales la persona aprende el funcionamiento de las relaciones sociales entre los hombres y asimilan las normas, los valores y las creencias de una sociedad o una colectividad. Pierre Bourdieu caracteriza a la socialización por la formación de *habitus*:

Los condicionamientos asociados a una clase particular de condiciones de existencia producen *habitus*, sistemas de disposición duraderos y trasladables, estructuras estructuradas dispuestas a funcionar como estructuras estructurantes, es decir, en cuanto principios generadores y organizadores de prácticas y representaciones que pueden ser objetivamente adaptadas a su meta sin suponer la orientación consciente a fines y el control expreso de las operaciones necesarias para alcanzarlos, objetivamente “regladas” y

“regulares” sin ser en absoluto el producto de la obediencia a reglas estando colectivamente orquestadas sin ser el producto de la acción organizadora de un director de orquesta (Bourdieu, 1997:88-89).

Señala Bonnewitz (2003) que esta definición acentúa que el *habitus* es un sistema de disposiciones duraderas adquirido por el individuo en el transcurso del proceso de socialización. Las disposiciones involucran el conjunto de actitudes, de formas de percibir, sentir, actuar y pensar que han sido interiorizadas por el individuo durante su historia que son los motores inconscientes de acción, percepción y reflexión de los individuos. De acuerdo con Bourdieu (2005), el *habitus* es una subjetividad socializada producto de la posición y de la trayectoria social de los individuos, es decir, la pertenencia social estructura las adquisiciones y produce un *habitus* de clase. Sin embargo, también es una estructura interna que puede ser reestructurada, esto significa que nuestras prácticas y representaciones no son ni totalmente determinadas (los agentes toman decisiones) ni totalmente libres (aquél siempre orienta esas decisiones) (Bonnewitz, 2005).

En este sentido, el Estado contribuye en una parte determinante a la producción y a la reproducción de los instrumentos de construcción de la realidad social a través de todas las coerciones y de las disciplinas corporales y mentales que impone uniformemente al conjunto de los agentes. Además es quien impone y grava en la mente y en el cuerpo todos los principios de clasificación según sexo, competencias o edad (Bourdieu, 2005). Finalmente y de acuerdo con Bourdieu, un factor fundamental en la teorización del concepto es su relación con el cuerpo: lo que se aprende, se aprende mediante el cuerpo, se incorpora mediante un proceso de familiarización práctica:

...no se terminarían de enumerar los valores hechos cuerpo por la transubstanciación que opera la persuasión clandestina de una pedagogía implícita, capaz de inculcar toda una cosmología, una ética, una metafísica, una política (a través de órdenes tan insignificantes como “ponte derecho” o “no cojas tu cuchillo con la mano izquierda”) y de inscribir en los detalles en apariencia más insignificantes del porte, de la postura o de los modales corporales y verbales los principios fundamentales del arbitrario cultural, situados así fuera del alcance de la consciencia y de la explicitación (Bourdieu, 200:122).

La construcción de *habitus*, de estructuras estructurantes, implica procesos repetidos, constantemente, de ejercicio de violencia simbólica perpetrada por un arbitrario cultural, como expongo en el siguiente apartado.

2.4. Violencia simbólica, acción pedagógica, arbitrariedad y arbitrario cultural

De acuerdo con Ávila (2005), toda acción pedagógica favorece los intereses de las clases dominantes, es un mecanismo de dominación y violencia simbólica logrado a través de la imposición de un arbitrario cultural que favorece a los intereses de dichas clases. La educación tiene la tarea de inculcar un arbitrario cultural (un currículum) definido por los grupos dominantes de la sociedad y que opera a través de la también arbitraria autoridad pedagógica que funciona mediante la acción educativa y la violencia simbólica. La escuela sanciona y legitima un sistema de hábitos y prácticas sociales impuesto por una determinada clase y los agentes educativos contribuyen a ello:

...la autoridad pedagógica implica el trabajo pedagógico como trabajo de inculcar que tiene que durar mucho para producir una formación durable, es decir, un *habitus* producido por la interiorización de los principios de una arbitrariedad cultural capaz de perpetuarse después de que haya cesado la autoridad pedagógica y perpetuar, por lo tanto, en la práctica los principios de la arbitrariedad interiorizados (Bourdieu, 2005:25).

Toda acción pedagógica es objetivamente una violencia simbólica en cuanto impone, a través de un poder arbitrario, una arbitrariedad cultural. Es decir, impone significados como legítimos disimulando el poder que ejerce.

2.5. Espacio social y campo del poder

El espacio social está construido de tal manera que los agentes, grupos o las instituciones que en él se encuentran colocados tienen más propiedades en común cuanto más próximos están en este espacio (tantas menos cuanto más

alejados). Las distancias espaciales coinciden con las distancias sociales, dicho de otro modo, los agentes se distribuyen en el espacio según el volumen global de capital que poseen bajo diferentes especies y el peso relativo de las diferentes especies de capital, de tal manera que quienes ocupan en el espacio social posiciones semejantes son situados y sometidos a condiciones similares y por lo tanto pueden producir prácticas semejantes. Asimismo, las representaciones de los agentes varían según su posición y según su *habitus* ya que este es a la vez un sistema de esquemas de producción de prácticas y un sistema de esquemas de percepción y apreciación de ellas. En los distintos campos y en el conjunto de ellos se producen luchas simbólicas en la percepción del mundo social. En el aspecto objetivo se pueden generar acciones individuales o colectivas cuyo objetivo es hacer ver y hacer valer ciertas realidades mientras que en el ámbito de lo subjetivo se pueden llevar a cabo prácticas para cambiar las categorías de percepción y de apreciación del mundo social hasta que se presentan las luchas de poder. Bourdieu (2000) señala que en la lucha simbólica por la producción del sentido común o, más precisamente, por el monopolio de la dominación legítima, los agentes empeñan el capital simbólico que adquieren en las luchas anteriores.

En la lucha por la producción y la imposición de la visión legítima del mundo social, los poseedores de una autoridad burocrática no obtienen nunca un monopolio absoluto (aun cuando unen la autoridad de la ciencia a la autoridad burocrática), por lo que siempre hay conflicto entre los poderes simbólicos. El poder simbólico es un poder de construcción del mundo (*worldmaking*). La construcción del mundo consiste en separar y reunir, en realizar una descomposición, un análisis y una composición, una síntesis con base en etiquetas (masculino/femenino, alto/bajo, fuerte/débil, joven/viejo) (Bourdieu, 2000).

Los aportes de Bourdieu permiten examinar en qué condiciones un poder simbólico puede conservar o transformar las clasificaciones actuales en términos de edad y de su estatuto social a través de las palabras que son utilizadas para

designar o describir a los individuos, los grupos o las instituciones. El poder está en toda la sociedad, es decir, está presente en las cosas y en los cuerpos, en los campos y en los *habitus*, en las instituciones y en los cerebros, por lo tanto el poder existe físicamente, objetivamente y simbólicamente. En este contexto, la realidad social es un conjunto de relaciones de fuerza y de sentido, y toda dominación social (individuo, grupo, clase, nación) debe ser reconocida y aceptada como legítima. Los grupos pretenden imponer su interpretación de lo que las cosas fueron, son y serán (Bourdieu, 2007). Esto supone la puesta en práctica de una violencia simbólica que consiste en imponer significados (Bourdieu, 2005).

En este marco, el Estado tiene como función primordial producir e imponer (en particular mediante la escuela) las categorías de pensamiento que aplicamos a todo lo que existe y si está en condiciones de ejercer una violencia simbólica es porque se encarna a la vez en la objetividad bajo la forma de estructuras y mecanismos específicos y en la subjetividad bajo la forma de estructuras mentales, de percepción y de pensamiento (Bourdieu, 2007). Asimismo, el poder que detenta el Estado se manifiesta en el ámbito de la producción simbólica: las administraciones públicas y sus representantes son grandes productores de problemas sociales que la ciencia social hace suyos y los toma como legítimos (Bourdieu, 2007). Es así que se crean discursos oficiales que cumplen tres funciones: asigna identidades, dice lo que las personas tienen que hacer y lo que las personas han hecho realmente. En cada caso impone el punto de vista de la institución. El poder simbólico es un poder de construcción de la realidad que tiende a establecer el sentido inmediato del mundo a través de las relaciones de comunicación (que necesariamente son relaciones de poder y que dependen del poder material o simbólico que poseen los agentes que se ponen en relación). El poder simbólico se define en y por una relación determinada entre los que ejercen el poder y los que lo sufren (Bourdieu, 2005).

La ciencia para Bourdieu es una práctica social que es definida como un campo con agentes y dinámicas propias, donde se establecen ciertas relaciones de poder. El campo científico comparte las mismas características con el resto de ellos pero presenta una particularidad, pone en riesgo el capital científico. La actividad científica se engendra en la relación entre las disposiciones reguladas de un *habitus* científico (Bourdieu, 2007). El campo científico es el lugar de lucha que tiene como apuesta específica el monopolio de la autoridad científica y de su competencia (la primera definida como la capacidad técnica y como poder social y la segunda como la capacidad de hablar y de actuar legítimamente). Constituye un microcosmos social, un recorte del espacio social global y, al igual que el resto de los campos, es un espacio jerarquizado caracterizado por ciertos agentes (los científicos), que ocupan ciertas posiciones (desiguales), en función de la cantidad y calidad de capital que cada uno posee (Bourdieu, 2005). Se trata de un tipo específico de capital simbólico que se constituye mediante el reconocimiento otorgado por el resto de los agentes que pertenecen al campo. El campo académico es un espacio compuesto por productores (investigadores y académicos), distribuidores (profesores, enfermeras, psicólogos, químicos, médicos y servicios sociales), consumidores (personas viejas) e instancias legitimadoras y distribuidoras del bien (universidades e instancias de investigación). Los campos están definidos por las prácticas significantes que los significan y que son significadas en los campos.

2.6. Las prácticas significantes

Como ya he mencionado, Bourdieu señala que en el espacio social existen universos, campos, construidos en el intercambio que los agentes hacen de capitales materiales y simbólicos y que se constituyen como modos de autonomía desigual que ejercen condicionamientos o limitaciones unos sobre otros en que establecen relaciones muy complejas de intercambio de capital y este volumen acumulado se constituye en relaciones de poder. La sociedad entonces se presenta como un sistema de relaciones asimétricas en campos que se articulan

entre sí, con sus “reglas de juego” particulares y con diferentes formas de capital que estructuran el espacio social y definen la posición de los agentes.

El espacio social es multidimensional y los agentes se distribuyen en él según el volumen global de capital que poseen y según la composición de su capital (económico, cultural, social, simbólico). El campo es una red de relaciones objetivas entre posiciones. Las posiciones se definen por su situación actual y potencial en la estructura de distribución de los diferentes tipos de poder (o de capital), cuya posición gobierna el acceso a los beneficios específicos que están en juego en el campo y, al mismo tiempo, por sus relaciones objetivas con las otras posiciones (dominación, subordinación, homología, etc.). Los campos se articulan entre sí, por lo que tienen una autonomía relativa. Para entender cómo se genera un campo es necesario entender a sus agentes a través de lo que Bourdieu identifica como *habitus*.

Este concepto proporciona la articulación entre lo individual y lo colectivo (Bourdieu, 2007). El *habitus* es un sistema de disposiciones duraderas, adquirido por el individuo en sus procesos de socialización. Las disposiciones son actitudes, inclinaciones a percibir, sentir, pensar y hacer, interiorizadas en los agentes como producto de la acción sistemática y continuada de inculcación de contenidos arbitrarios de significado. Estas disposiciones funcionan como principios inconscientes de percepción, pensamiento, valoración y acción.

El *habitus* tiene dos componentes, el *ethos* (principios o valores que regulan la conducta cotidiana) y la *hexis* corporal (posturas, disposiciones del cuerpo y las relaciones con él interiorizadas por el individuo durante su historia). De manera que a partir del *habitus* percibimos y juzgamos la realidad, damos un significado a nuestra práctica, misma que en su realización significa al mundo y por tanto se constituye en “práctica significativa”. De esta manera, los componentes *ethos* y *hexis* del *habitus* se articulan en la práctica como producto de nuestra experiencia. Esto implica que nuestras prácticas y representaciones no son ni totalmente determinadas (los agentes toman decisiones) ni totalmente libres (el *habitus*

orienta esas decisiones), aunque es importante resaltar que el *habitus* está encriptado en significados no visibles a los agentes y no cuestionables por lo que no es algo que se forma y se deforma al capricho o por intención, requiriendo de trabajo pedagógico similar al trabajo que se hizo para lograr su conformación en primera instancia (Bonnewitz, 2003). Entonces, las prácticas significantes no son simples ejecuciones sino el conjunto de inclinaciones a percibir, pensar, apreciar y actuar por lo que abarcan lo que ha sido llamado 'estilo de vida' (opiniones, representaciones, creencias filosóficas, convicciones morales, preferencias estéticas, prácticas sexuales, alimentarias, vestimentarias, culturales, etc.), son inclinaciones reglamentadas y están determinadas por la posición de los agentes dentro de un campo específico, por el tipo de capital que posee el agente y por las disposiciones de los distintos agentes en el campo (Bourdieu, 1997).

Conclusión

El problema de la reproducción de la sociedad y de sus mecanismos de dominación-dependencia en todos los niveles constituye uno de los grandes desafíos de la ciencia social contemporánea. La vejez es individual y colectivo, es material, subjetivo, relacional e histórico. En este apartado he intentado avanzar hacia ese camino mostrando que las herramientas que proporciona la teoría bourdeana proporciona los elementos y las posibilidades de problematizar ciertos aspectos de estos objetos de estudio, que pueden constituir un sólido punto de partida y una importante guía para el análisis empírico de esta investigación.

SECCIÓN 3. Promoción de la salud para el desarrollo de las capacidades humanas en la vejez

Introducción

En las últimas décadas del siglo XX, la Promoción de la Salud (PS) fue ampliamente reconocida a nivel internacional independientemente de sus

diferentes orientaciones teóricas y sus diversas modalidades prácticas. Esto se ha hecho evidente con la realización de las conferencias internacionales que se han realizado desde 1986 y que constituyen el marco de referencia para la implementación de las acciones de PS. Esta temática se ha utilizado como estrategia para realizar diversos planteamientos relacionados con la formulación de políticas públicas saludables, intervenciones dirigidas a personas y comunidades, así como para la propuesta y realización de investigaciones en salud. El objetivo de esta sección es presentar al lector las diferentes formas de entender la salud (y por lo tanto la PS) y cómo estas determinan las diferentes prácticas de ambas. En primera instancia haré una breve discusión con respecto a la conceptualización de la salud, sus diferentes marcos de entendimiento para delimitar el concepto de salud que adopta este trabajo. Enseguida revisaré algunos antecedentes de la PS y algunos documentos que sientan las bases de las acciones en este ámbito y sus diferentes conceptualizaciones.

3.1. Promoción de la salud. ¿Cuál salud?

Llegar a una definición consensuada del concepto “salud” presenta enormes dificultades pues depende del contexto en que se usa, de los presupuestos básicos que subyacen a él y de los ideales y aspiraciones que los actores sociales desean alcanzar (Jara, 2001). En un contexto médico-asistencial (en donde predominan las acciones curativas individualizadas dirigidas a enfermos con alteraciones corporales objetivas), el concepto principal es el de enfermedad (la salud tiende a ser concebida como ausencia de esta) (Carmona, Roso, Mogollón, 2005). Por otro lado, si el contexto desde el que se mira es el cultural, la salud se referirá a tantas cosas como vínculos con ella se perciban: estar empleado, lograr la armonía familiar, no padecer, tener proyectos, estar bien con dios, responder a las expectativas del espacio social de pertenencia, etc., por lo cual el concepto variará de cultura a cultura (González, 2008). Desde una perspectiva económica se mirará a la salud como un bien y esta estará relacionada con factores consumo (Figueras, 1991; Gracia, 2011), mientras que

desde el punto de vista político estará en función de derechos como la libertad, seguridad, así como en función de las políticas internacionales establecidas por los diferentes agencias (OMS). Por último, desde la filosofía propone Talavera (2008) que la salud es la capacidad de realización de los valores más humanos y en un terreno ideal o utópico puede incluir deseos y aspiraciones humanas incluidas las espirituales.

Con relación a los presupuestos básicos en los que se sustente la definición, se pueden encontrar enunciaciones de salud que parten de entenderla como un estado objetivo que puede definirse universalmente como supuestos que la entienden como una construcción histórico-social que se elabora de acuerdo a los valores culturales y normas sociales. Respecto a los distintos ideales de la salud, hay definiciones más inclusivas o más restrictivas, dependiendo del número y calidad de componentes que consideren como indispensables (biológicas, psicológicas, sociológicas, normativas, complejizantes). Algunas concepciones de salud han influido particularmente la reflexión sobre salud o las políticas públicas durante el siglo XX como por ejemplo las de Canguilhem (1978), Gadamer (1993), Parsons (1950), Terris (1975), Sigerist (1966), Dubós (1975), OMS (1948), Diego Gracia (2011), Menéndez (2005). En este trabajo retomaré el concepto de salud propuesto por Chapela (2008), el que explicaré más adelante.

3.2. Diferentes marcos para entender la salud

Enfoque biologicista. Se basa en la lógica del agente-huésped. Propone una visión unicausal del proceso de enfermar y un abordaje asistencial. Este pensamiento mecánico, lineal y demasiado simple mostró insuficiencia para comprender y explicar la complejidad de los problemas de salud. El surgimiento de este modelo se dio en la segunda mitad del siglo XIX y a principios del XX teniendo como máximos representantes a Pasteur y a Koch.

Enfoque de adaptación. La salud es un proceso de adaptación y una respuesta a ciertas condiciones dadas no por el azar o la culpa, sino por la forma en que cada individuo participa del proceso social, económico y político con lo que la enfermedad no es solamente un error, sino que pasa a ser considerada como parte de la vida y las condiciones biológicas individuales, como una especie de registro histórico de la forma en que se ha vivido. Este proceso es abanderado por los ecólogos humanos para quienes la salud y la enfermedad no constituyen dos simples estados opuestos, sino que obedece a diferentes grados de adaptación del organismo al ambiente en que interactúa y los mismos factores que fomentan esta adaptación pueden actuar en sentido contrario produciendo la inadaptación de cuya consecuencia surge el proceso patológico (Vélez, 2007).

Enfoque normativo. Se refiere al uso de criterios de normalidad estadística. Usar la frecuencia con la que se presentan ciertas características morfológicas, fisiológicas o de comportamiento para determinar si una persona es sana, fue aceptado durante casi un siglo. No obstante, aunque el uso de las cifras normales continúa siendo un valioso auxiliar diagnóstico, actualmente ninguna escuela médica seria se basa en el uso de estas herramientas para definir una condición patológica.

Enfoque económico. En esta propuesta el ingreso económico, los patrones de consumo, los estilos de vida, el nivel educativo y los riesgos ocupacionales son las variables que entran en juego en el análisis de los determinantes de la salud y la enfermedad. Incorpora y justifica el valor económico en el estudio del proceso en cuestión y da una visión más amplia del determinante social. Bajo esta perspectiva existe el riesgo de tomar una posición reduccionista hacia lo económico ya que se plantea un exceso de racionalidad en el análisis de los determinantes. Esta propuesta de análisis es paralela al surgimiento de la economía de la salud y sus principales representantes son Anne, Mills, Gilson y Muskin.

Enfoque social. La salud-enfermedad se genera en las condiciones de trabajo y de vida del hombre y de cada conjunto poblacional. Introduce como variables determinantes el estilo de vida, factores del agente y factores del ambiente. Privilegia a lo social como el factor más importante que explica la aparición y el rol de otros factores participantes. Su problema fundamental es que en su aplicación como herramienta de análisis se corre el riesgo de reducir la complejidad real del proceso salud-enfermedad a la problemática de las relaciones sociales. Los representantes de este modelo son: Peter Frank, Virchow y Ramazzini (Arredondo, 1992).

De acuerdo con Vergara (2007) hay tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad: la tradicional, la moderna y una posmoderna. La primera incluye los conceptos que se han manejado desde el inicio de la humanidad hasta los desarrollados en el marco del enfoque holístico de la salud (que incluye factores determinantes como procesos políticos y factores socioculturales). Para la autora, la concepción moderna de salud inicia con el estudio de las representaciones sociales que tienen los individuos y la sociedad en general. Esta forma de mirarla abre paso a un análisis de la salud y la enfermedad no como entidades cuya definición es evidente, sino como el resultado de procesos sociales, elaboraciones intelectuales y continuos intercambios de la colectividad. Respecto a la concepción posmoderna, plantea que:

Desde los años setenta del siglo pasado [...] la historia, la pragmática y el lenguaje destacan la comprensión de la realidad y específicamente de las realidades humanas socialmente constituidas. No se niega que haya relaciones causales ni que haya cambios de carácter histórico. Sin embargo, tanto las relaciones causales como los desarrollos diacrónicos, se entienden en función de relaciones de significación y de formaciones sincrónicas, oponiéndose así al causalismo y al historicismo. Foucault, a través de sus obras muestra que nuestras experiencias prácticas y discursos sobre el enfermo, el loco, el delincuente o la sexualidad son inventos recientes que han aparecido a partir de ciertas relaciones entre el saber y el poder que las han hecho posibles, de tal manera que si estas disposiciones que han permitido su emergencia desaparecieran se llevarían consigo dichas realidades (Vergara, 2007: 47).

En este sentido, Ayres (2008) afirma que:

...nadie podría negar que cualquier acción de salud tenga un sentido eminentemente instrumental. Con los saberes y herramientas que disponemos construimos descripciones objetivas sobre nuestro cuerpo, mente, medio, modos de vida e intervenimos sobre tales "objetos" con vistas al alcance de determinados estados, condiciones o situaciones previstas y deseadas. Pero está también cada vez más claro que tales construcciones objetivas, las formas de intervenir sobre ellas y los productos de la intervención no son naturales. Ya fue ampliamente discutido en el campo de la salud que sus prácticas derivan de posibilidades y elecciones histórica y socialmente aprobadas, aún de forma conflictiva, provisoria y cuestionable (Ayres, 2008:163).

Por su parte, Contandriopoulos (2006) propone que para el análisis del concepto se deben incluir cuatro dimensiones: ontológica, epistemológica, metodológica y teleológica con el fin de elaborar una topografía del mismo. La primera es una cualidad fundamental del ser humano quien es un ser biológico, viviente, dinámico, único; un ser social en interacción permanente con otros seres humanos situado en el tiempo y en el espacio que depende de su medio ambiente y que actúa sobre él; un ser de emociones, sensaciones, deseos, intenciones; un ser espiritual; un ser de conocimiento, de racionalidad, de reflexión. Por lo tanto, la salud se expresará en cada una de esas cuatro dimensiones.

En cuanto a la dimensión epistemológica, el autor señala que para comprender los determinantes de la salud-enfermedad de los individuos y de las poblaciones hay que explorar los espacios biológicos, sociales y psíquicos del ser humano. Cada una de estas dimensiones constituye un punto de vista sobre esta y sobre los factores que la afectan. Ninguna de ellas es independiente de las otras ni tampoco suficiente para resumir lo que significa la salud y cuáles son sus determinantes. Esta incluye las ciencias biológicas (biología, anatomía, fisiología, patología, etc.), las ciencias sociales y las ciencias del campo psíquico (psicología, lingüística y psicoanálisis).

En la dimensión metodológica, el autor invita a reconocer que los conocimientos pueden ser obtenidos por diversos métodos cuya validez descansa sobre diferentes fundamentos epistemológicos. Finalmente, el punto de vista teleológico

plantea que la protección o la promoción de la salud de la población (en el sentido más amplio) no puede constituir una responsabilidad que la sociedad delega a una institución en particular (sistema de salud, o a un grupo particular: médicos, trabajadores sociales, grupos comunitarios, etc.), sino que debe ser asumida por toda la sociedad y ella depende de la capacidad del Estado de garantizar el acceso a la educación, los servicios de salud, a la seguridad y a un ambiente sano. En este sentido, la salud concierne a cada uno de los ciudadanos (Contandriopoulos, 2006).

El concepto de salud y su definición han experimentado grandes variaciones a lo largo del tiempo. En su configuración intervienen de manera sutil, pero determinante los procesos económicos, políticos e ideológicos que marcan el rumbo de la sociedad en su conjunto. Los cambios en los conceptos de vida humana, de muerte, de cuerpo, de medicina, etcétera, intervienen decisivamente en la concepción de lo que es la salud (López, Chapela, Hernández, Cerda y Outón, 2011). La revisión de las anteriores formas de concebir a la salud nos permite mirar la forma en la que se ha venido complejizando el concepto y la necesidad de incorporar otros indicadores para alcanzar una mejor comprensión de la salud y su influencia en las prácticas de la PS. Sin embargo, en la práctica este tránsito aún no es muy claro, el entendimiento de la salud es todavía estrecho y requiere de un trabajo de análisis mucho más profundo dado que las prácticas de PS son muy diversas.

3.3. Hacia un concepto de salud para la Promoción de la Salud

Los saberes en salud y las prácticas de PS son construidos y deconstruidos por los grupos sociales que intentan representar y significar al ser biológico que construye su propia naturaleza: la naturaleza humana. En este apartado haré una revisión del concepto de salud propuesto por la OMS, organismo que ha tenido una influencia esencial en las acciones de PS y la forma en la que se ha puesto en práctica para incorporar finalmente una definición de salud para trabajar una PS.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Constitución de 1948, define a la salud como:

...el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales (OMS, 1948:1).

Esta definición es frecuentemente objeto de críticas en el sentido de que es un concepto utópico porque ese estado es inalcanzable. Es imposible medir el nivel de salud de una población a partir de esta porque las personas no permanecen constantemente en estado de bienestar. Asimismo, es una definición carente de objetividad porque está fundada en un algo tan subjetivo como el concepto de bienestar (Caponi, 1997; Vergara, 2007; Vélez, 2007). Sin embargo, pese a las críticas que ha sufrido, esta definición ha dominado el discurso oficial de la OMS desde hace seis décadas, pero como señala Chapela (2008b), sus prácticas no se han modificado:

Al revisar la literatura, especialmente hasta la década de 1990, una de las cosas que salta a la vista es la continua vinculación de la salud con la enfermedad vista desde las distintas medicinas ya sea por vía de la prevención, el tratamiento, la rehabilitación o las maneras de vivir o estar en el mundo [...] las formas de mirar la salud desde la enfermedad son “definiciones negativas”. Las “positivas”, en donde no se hace la relación directa de salud con enfermedad –entre las cuales Aggleston incluye la clásica de la OMS-, son menos frecuentes en publicaciones científicas y, cuando se presentan, se asocian con las ciencias sociales o las humanidades (Chapela, 2008b:2).

Por su parte, Martínez (2008) señala que:

...al examinar las definiciones de salud y enfermedad que han prevalecido a lo largo del siglo XX es posible identificar un paulatino desplazamiento desde el énfasis del discurso médico en la enfermedad predominante en la época previa al surgimiento OMS hacia la presencia cada vez más importante, sobre todo en el discurso sanitario de la noción de salud, primero en busca de su lugar frente o al lado de la enfermedad y luego, ya en los ochenta, ocupando casi por entero el escenario. En los ochenta florecieron también, por cierto, diversos intentos de pensar la salud desde visiones críticas que intentaban superar la perspectiva de los sanitaristas de las décadas precedentes que abrieron los horizontes de reflexión hacia las disciplinas científico-sociales en busca de nuevos elementos para ampliar la comprensión (Martínez, 2008:37-38).

De este modo, Chapela (2008b) plantea que la subordinación de la salud a la enfermedad es producto de la hegemonía médica y de su vínculo con el enfoque positivista que explica a la salud desde las ciencias naturales y excluye la posibilidad de explorar las dimensiones subjetivas y sociales que llevan implícitas y explícitas. Durante la década de 1980 se gestaron movimientos que incorporaron al análisis y a la explicación de la salud la dimensión de “poder” así como la “mercantilización de la curación” y el “cuidado del cuerpo”, estos movimientos se han extendido y enriquecieron las experiencias de los agentes sociales específicos.

Para Chapela (2008a) las definiciones de salud:

...al igual que sucede con otras cualidades humanas se generan en momentos históricos específicos y están ligadas a su circunstancia social y económica en donde ganar en la práctica los espacios de aplicación de esa definición significa una manera de obtener poder para dominar en esa circunstancia particular, por lo que esas definiciones no pueden ser más que históricamente perecederas. No obstante su situación pasajera, la manera de mirar la salud por parte de quien detenta el poder sobre grupos más o menos extensos de población define su manera de actuar en relación con la salud y los fines y las formas de utilizar sus recursos (Chapela, 2008a: 94).

En este sentido, existen múltiples significados de la salud:

...la del anatómico-patólogo, la del fisiólogo, la del fisiopatólogo, la del médico-clínico, la del enfermo [...] las gestadas a lo largo de la segunda mitad del siglo XX: la del epidemiólogo y la del sanitarista. La de los patrones, que podrían pensarla como la condición de hombres-máquina en buen estado para trabajar y la de los trabajadores, que podría ser una especie de salud-obligación y una prohibición de enfermar. También la de numerosas disciplinas extra-médicas que se acercaron con interés a esta problemática, algunas de las cuales dieron densidad y riqueza a la perspectiva médica (aunque también, en algún sentido la dispersaron y tal vez incluso contribuyeron a desnaturalizarla): la concepción de la sociología y la de antropología; la del derecho, la de los defensores de los derechos humanos y las de las distintas agrupaciones de ciudadanos [...] la de la economía de la salud y de la administración gerencial, la de los dueños de hospitales privados, y hasta la de los altos funcionarios nacionales e internacionales (Martínez, 2008, p:55).

Dicho de otra manera, no hay una concepción única y verdadera de salud pues dependerá del momento histórico, de las agencias que la propongan y de los

actores que la practiquen. Lo que es importante analizar son los discursos que subyacen a esas definiciones para entender las prácticas que se realizan (Martínez, 2008; Chapela, 2009; Vergara, 2007). En este sentido y con el fin de entender de qué salud se habla en la Carta de Ottawa, Chapela (2008b) hace un análisis del concepto de PS y propone una definición de salud que permite incorporar las dimensiones materiales y subjetivas del ser humano en interrelación en donde el concepto de sujeto es indispensable para el entendimiento de la dimensión de cuerpo humano físico. Para ello retoma los aportes de Husserl y Merleau-Ponti quienes plantean que los fenómenos y los objetos son capturados por los sujetos a través de la percepción y que esta será determinada por las características y situación de quien percibe. Asimismo, incorpora los trabajos de Foucault para quien el cuerpo material puede ser considerado como el sitio objetivo del ejercicio del poder hegemónico en donde se inscriben, se marcan, se graban y se expresan las condiciones de la subordinación del sujeto a lo largo de la vida. En este contexto, la autora señala que en el centro de esta definición de PS está la idea de que la población puede tener en control su salud ya que posee la capacidad de identificar cuáles son sus aspiraciones y necesidades y cómo pueden llevarlas a cabo para adaptarse o cambiar su entorno pues para ella “la salud se percibe no como un objetivo sino como origen de posibilidades de la vida cotidiana” y argumenta que:

Para poder hacer verdadera la “identificación de aspiraciones” propuesta en la Carta de Ottawa es necesario que el individuo o el grupo cuente con información, entendimiento y comprensión de quién es, cuál es su problema, su contexto, sus recursos y a partir de ahí poder “aspirar”, es decir, imaginarse así mismo en futuros posibles. El entendimiento y la comprensión de la vida y circunstancias propias sólo puede lograrse en la mirada al pasado, al continuo de los instantes vividos que se van dejando y que se funden poco a poco en el torrente del pasado común [...] así puedo identificar mi ser y mi querer, sólo entonces estaré en condiciones de aspirar, de pensar en el futuro. Entre la identificación de lo que soy, lo que puedo y lo que tengo y la construcción de lo que imagino como futuro viable, se dibuja el camino por recorrer y lo que necesito para recorrer ese camino. Entonces aparece el presente, capturado entre el pasado y el futuro, pero como única posibilidad de unirlos. Es en el presente fugaz, que en cuanto nace insiste en ser pensado, en donde puedo actuar, en donde puedo hacerme de lo necesario para alcanzar el futuro deseado. En el presente mi actuar es una continua relación con el contexto material y simbólico, un continuo vaivén entre enfrentarme al contexto, acompañarme por el contexto y hacerme contexto (Chapela, 2008b:18).

A partir de las anteriores reflexiones propone que la salud es “la capacidad humana corporeizada de decidir y construir futuros viables y alcanzarlo”. Esta definición de salud por un lado concibe al sujeto como cuerpo-subjetividad, es decir, como una sola cosa y por el otro, plantea una posición transdisciplinaria y multiconceptual de la salud y piensa al sujeto en colectivo. La definición que propone contempla seis dimensiones (tabla 1.1).

TABLA 1.1. SEIS DIMENSIONES DE UNA DEFINICIÓN DE SALUD	
LA SALUD ES LA CAPACIDAD HUMANA CORPOREIZADA DE DECIDIR Y CONSTRUIR FUTUROS VIABLES Y ALCANZARLOS	
Filosófica	La salud es esencial al sujeto humano quien es una extensión de la naturaleza y un sujeto ético, constructor de su futuro, reconstructor del pasado y organizador del presente
Histórica	Para anticipar el futuro es necesario entender la realidad individual y colectiva actual a la luz del pasado
Social	Todo entendimiento y acción se lleva a cabo en la red de relaciones sociales. El cuerpo es el lugar del ejercicio del poder
Psico-biológica	El cuerpo es para el sujeto el vehículo de la expresión, de la satisfacción del deseo, de la comunicación y actuación, de la creatividad, racionalidad, emotividad y habilidad
Política	La construcción de alternativas individuales y colectivas, de elecciones y decisiones es necesaria para la construcción y realización de proyectos.
Económica	Cualquier acción para que sea posible requiere de la utilización de recursos.

Fuente: Chapela (2008:23)

En este trabajo entiendo a la salud como la plantea Chapela (2008) por las siguientes razones: permite desvincular a la salud de la enfermedad, entender que la primera es parte esencial del sujeto y no es sólo un estado o un momento de la vida; nos muestra que el sujeto tiene mucho que hacer en la construcción de la salud tanto a nivel individual y colectivo sin olvidar que la capacidad humana corporeizada de decidir y construir futuros está mediada por su visión del mundo por la historia, es decir, por los acontecimientos pasados, presentes y futuros que han permeado su ser y su estar en él; pero también por los lineamientos sociales que estructuran las formas de proceder de los sujetos, sin olvidar la dimensión psico-biológica en donde tienen lugar las aspiraciones, deseos, sensaciones, emociones y desde luego las acciones teniendo como marco a las dimensiones política y económica. Desde esta perspectiva, en las siguientes líneas revisaré la historia de la PS con el fin de llegar a una definición que incorpore el concepto de salud expuesto.

3.4. Algunos antecedentes de la Promoción de la Salud (PS)

Una vez analizado el concepto de salud revisaré las formas de entender la PS en distintos momentos con el fin de mostrar los enfoques con los que se han llevado a cabo las acciones y visualizar las posibles estrategias que pueden implementarse, al entenderlas como un elemento en el que es necesaria la participación de los distintos agentes.

Las creencias y prácticas para preservar la salud y evitar la enfermedad han existido desde los tiempos más remotos y se siguen desarrollando de acuerdo a las diferentes culturas, sistemas sociales y económicos. Como se había mencionado, el valor que se le otorga a la salud en las diferentes sociedades es fundamental para entender el concepto de PS. Para Chapela (2010), la PS surge con la aparición de la especie humana.

Podemos interpretar como PS las prácticas de avenencia para lograr un mejor status ante las fuerzas de la naturaleza –sacrificios, rituales u otros-, en donde esas fuerzas sólo eran concebibles dentro del entendimiento de las cualidades humanas; estrategias de resistencia o subordinación ante un poder mayor desarrolladas para resolver problemas de hambre, enfermedad, muerte, sequía, hostigamiento, u otras formas de sufrimiento. La historia misma es un continuo de necesidad y práctica de PS (Chapela, 2010:31).

Y que en la primera década del siglo XX en Europa y Latinoamérica surgieron:

...ideas como “la Escuela del Aire” en 1909 en donde se vincula la educación con las posibilidades de recuperación de las enfermedades, de logro de cuerpos más bellos y “mejores” y de sociedades más avanzadas y colectivas. En la Europa de la década de 1940, como producto de las dos grandes guerras, la Liga de las Naciones identifica la necesidad de educar a la población en materia de higiene y auto-cuidado para disminuir la demanda hospitalaria (IUHPE 2001). De estos movimientos surgen la educación para salud y los educadores en salud que encuentran sitio en los programas de la Organización Mundial de la Salud (Chapela, 2008a:23).

El siglo XIX fue un periodo en el que ocurrieron diferentes acontecimientos que marcaron de manera importante los antecedentes de la PS. Uno de ellos fue la industrialización y con ella las condiciones de marginalidad y explotación de la

clase trabajadora así como la preocupación de los patrones por mantener a los trabajadores en buenas condiciones físicas con el fin de obtener el mayor desarrollo de la industria. También cobró importancia el reconocimiento de la dimensión de la vida social del individuo que adquirió un papel importante en el origen de la enfermedad y que fue producto del impacto de la industrialización sobre la sociedad y sus implicaciones en el surgimiento de las enfermedades profesionales. Por último, el posicionamiento de la sociología como disciplina científica y su influencia en la medicina así como los avances en otras disciplinas como en la microbiología, patología, fisiología y en la medicina preventiva. A mediados de este siglo surgieron los conceptos de medicina social y se releva la relación entre el estado de salud de una población y sus condiciones de vida. Resaltaron de manera fundamental los trabajos de Virchow quien evidenció que las causas o determinantes de las enfermedades y epidemias se encontraban en las condiciones de vida inadecuadas de la gente pobre; los de Snow en relación con el cólera; los de Villermé en Francia en donde muestra la relación entre pobreza y enfermedad, entre otros (Chapela, 2010; Restrepo, 2001).

Sin embargo, el desarrollo teórico sistemático acerca de la PS también se puede ubicar alrededor de 1946 con los planteamientos de Milton Terris quien la propuso como una actividad de la salud pública formulada con fines positivos y no sólo reparativos. La propuesta de Terris superó los alcances de la higiene pública que predominaba en su época y abrió las puertas a una visión más integral de la práctica sanitaria (Gómez Arias y González, 2004). Prescribió cuatro tareas básicas para la teoría y práctica de la “nueva salud pública”: prevención de las enfermedades no infecciosas, prevención de las enfermedades infecciosas, promoción de la salud y la mejora de la atención médica y de la rehabilitación. Para Terris, la salud pública consistió en “el arte y la ciencia de prevenir la enfermedad y la incapacidad, prolongar la vida y promover la salud física y mental mediante esfuerzos organizados de la comunidad” (Almeida y Silva, 1999).

Restrepo (2001) señala que hay dos personajes relevantes en los antecedentes recientes de la PS así como dos posturas teóricas: la medicina social y la epidemiología social. El primer personaje es Henry Sigerist, médico e historiador suizo quien marcó los antecedentes más recientes de la PS, propuso que la medicina tenía las siguientes funciones: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, la restauración del enfermo y la rehabilitación. Fue quien por primera vez utilizó el término “promoción de la salud” para referirse a dos acciones: las basadas en la educación sanitaria y las que el Estado realiza para mejorar las condiciones de vida.

El programa que propuso consistió en:

- Educación libre para toda la población, incluyendo educación en salud.
- Mejores condiciones posibles de trabajo y de vida para la gente.
- Mejores medios de recreación y descanso.
- Un sistema de instituciones de salud y de personal médico accesible para todo el mundo, responsable por la salud de la población, listo y capaz de aconsejar y ayudar a mantener la salud y a su restauración, cuando la prevención ha fallado.
- Centros médicos de capacitación y de investigación (Restrepo, 2002:25).

Thomas McKeown abrió la crítica de la medicina científica curativa en términos de su real impacto sobre las mejoras logradas en salud comunitaria (mientras puso los cimientos para estructurar la promoción y autogestión de la salud). Incorporó al análisis de la mortalidad elementos de carácter económico, nutricionales y condiciones de vida, mismos que se consideran como un antecedente al concepto de determinantes sociales de la salud (Martínez, 2003).

América Latina, también fue escenario de acciones que repercutieron de manera importante en la forma de entender y de mirar la PS. Durante la década de 1960 y 1970 la medicina social y la epidemiología tuvieron un desarrollo importante y plantearon importantes cuestionamientos a la salud pública. Esta producción constituye el marco de referencia de la nueva disciplina de la PS.

3.5. Declaraciones y documentos sobre promoción de la salud

La Carta de Ottawa

A pesar de que la Conferencia de Ottawa no fue suscrita sino solamente auspiciada por la OMS, al paso del tiempo los contenidos de su carta declaratoria se han convertido en discurso preferente tanto de este organismo mundial como de los discursos oficiales en distintas naciones. La Carta de Ottawa se considera el marco que sustenta a la PS y constituyó una estrategia de acción así como la herramienta que ha hecho posible concretar la PS. El documento contempla cinco planes: construir políticas públicas saludables, crear entornos favorables (ambientales, físicos, sociales, económicos, políticos, culturales), fortalecer la acción comunitaria, desarrollar aptitudes personales (estilos de vida) y reorientar los servicios de salud.

La Carta de Ottawa define a la PS como:

...el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud y para que la mejoren. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o un grupo debe ser capaz de identificar y llevar a cabo unas aspiraciones, satisfacer unas necesidades y cambiar el entorno o adaptarse a él. La salud se contempla como un recurso para la vida cotidiana, no como el objetivo de la vida. La salud es un concepto positivo que enfatiza recursos sociales y personales, junto con capacidades físicas. Por tanto, la promoción de la salud no es simplemente responsabilidad del sector sanitario, sino que va más allá de los estilos de vida saludables para llegar al bienestar (Carta de Ottawa, 1986:2).

La acepción de salud que este concepto trae consigo:

...se refiere a capacidades de las personas como individuos y como conjunto social, capacidad para mejorar y capacidad para ejercer control sobre la salud, en donde ambas capacidades son de las personas y de los grupos sociales y donde las agencias se identifican como responsables de crear las condiciones para que esas capacidades se desarrollen (Chapela, 2008c:25).

La carta de Ottawa señala que las condiciones y recursos fundamentales para la salud son: paz, cobijo, educación, alimento, ingresos económicos, un ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad. Identifica tres estrategias

básicas para la promoción de la salud: la *abogacía* por la salud con el fin de crear las condiciones sanitarias esenciales antes indicadas; *facilitar* que todas las personas puedan desarrollar su completo potencial de salud; y *mediar* a favor de la salud entre los distintos intereses encontrados en la sociedad (OMS, 1998).

Abogar. Una buena salud es la principal fuente de desarrollo personal, económico y social, y una dimensión importante de la calidad de vida [...] las acciones de promoción de la salud tienen como objetivo hacer que estas condiciones sean favorables respaldando a la salud.

Capacitar. La promoción de la salud se centra en lograr la equidad en la salud [...] incluye una base sólida en un ambiente de apoyo, acceso a la información, habilidades vitales y oportunidades de hacer elecciones sanas.

Mediar. La promoción de la salud exige una acción coordinada por parte de todos los implicados: gobiernos, sectores sanitarios, sociales y económicos, organizaciones no gubernamentales y de voluntariado, autoridades locales, industria y medios de comunicación [...] las estrategias y programas de promoción de la salud deben adaptarse a las necesidades y posibilidades locales de cada país y región con el fin de tener en cuenta los diferentes sistemas sociales, culturales y económicos (Carta de Ottawa, 2001:20).

La propuesta de Ottawa representó un intento por mover el eje conceptual y práctico de la salud, la enfermedad, la curación y la prevención a la posibilidad de decidir sobre las condiciones, circunstancias y futuros en los que las personas y los grupos sociales hacen su vida, así como por identificar una nueva profesión que sea capaz de evaluar, investigar y actuar de acuerdo con esa forma distinta de entender a las personas, a los grupos, a la salud y a la enfermedad (Chapela, 2008c).

3.6. Diferentes conceptos de PS, distintas prácticas de PS

La noción de PS es también compleja, controversial y hasta la fecha no se ha llegado a un consenso sobre su significado. Tal vez lo más importante y lo que muchas veces se soslaya es que para saber de qué PS estamos hablando es necesario saber, en un principio, a qué concepto nos referimos. De tal suerte que a lo largo de la historia podemos encontrar prácticas y concepciones dirigidas a mejorar las condiciones de vida de la gente que a la luz de las concepciones y valores actuales podrían reconocerse como antecedentes de la PS, aunque con

significados diferentes (Restrepo, 2001; Gómez-Arias y González, 2004; Eslava, 2006; Chapela, 2008). Kickbusch la define como el desarrollo de estrategias de afrontamiento no medicalizadas y no aditivas con una comprensión de nosotros mismos y de nuestros cuerpos según la cual, estos no son únicamente entidades biológicas, sino entidades sociales teniendo en cuenta todos los factores que influyen en la salud de las personas (en: Osorio, Toro, Macías, Valencia y Palacio, 2010).

Los documentos antes revisados y muchos otros han influido en las diferentes conceptualizaciones de la PS. Restrepo (2002) señala que existen varias definiciones. A continuación presentamos algunas de ellas:

Carta de Ottawa (1986): la promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los *determinantes de la salud* y en consecuencia mejorarla. La participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud (Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, OMS, Ginebra, 1986:20).

La Carta de Ottawa constituye el marco de referencia para la acción y definió las cinco áreas de actuación que hasta el momento han guiado las acciones de la PS del movimiento internacional de PS encabezado por la IUHPE (UIPES) que domina las políticas de los gobiernos. Eslava (2006) hace una síntesis de las definiciones que se han elaborado en los últimos años y caracteriza a la PS de tres maneras:

1. Como una orientación de política sanitaria a nivel internacional que busca intervenir sobre el entorno y modificar los estilos de vida posibilitando con ello que las opciones más saludables sean las más fáciles de elegir.
2. Como un conjunto de acciones y procesos encaminados a que las comunidades y los individuos estén en condiciones de ejercer un mayor

control sobre los determinantes de la salud manteniendo o mejorando su “estado de salud”.

3. Como una dimensión del trabajo en salud, que toma como eje a esta en sentido positivo -y no la enfermedad- y tiene por objeto mantener las condiciones de salud y garantizar condiciones de bienestar de los individuos y poblaciones.

Por otro lado, Chapela (2008a) señala que después de Ottawa se pueden encontrar múltiples promociones de salud en distintos países y practicadas por distintos organismos internacionales aunque afirmen que han adoptado la Carta de Ottawa como directriz. El concepto original que está planteado en el documento involucra llevar a cabo cambios muchos casos estructurales, sin embargo no todos los organismos lo han entendido o no están dispuestos a cambiar, por lo que las acciones en muchos casos han sido muy restringidas. Las interpretaciones médica tradicional, las sustentadas en verdades falsas y las comerciales, son ejemplos de la situación caótica de interpretación de la PS (tabla 1.2).

TABLA 1.2. INTERPRETACIONES DE LA PS			
Característica	Médica tradicional	Verdades falsas	Comerciales
Quién interpreta	Agencias médicas	Individuos o grupos desde distintos sectores sociales	Agentes y agencias del mercado
Intención principal	Prevención y curación	Ofrecer servicios de salud no cubiertos por las instituciones públicas	Construcción de necesidades y consumidores Producción y venta de productos
Conocimiento utilizado	Científico y tecnológico médico	Falsas verdades Sentido común	Mercadotecnia, informática y comunicación Científico, tecnológico y falsas verdades
Dirigida a qué grupos de población	Población seleccionada de acuerdo con clasificaciones médicas	Población sin acceso a servicios de salud de calidad o sin respuesta a sus problemas de salud	Consumidores públicos o privados
Práctica	Preventiva - informativa de acuerdo con clasificaciones médicas. Tecnológica. Campañas. Paliativa	Oferta de explicaciones falsas Accesible Paliativa Creación de ilusiones	Creación de necesidades y significados Publicidad de enfermedades. Creación de imaginarios Puesta de productos en el mercado para satisfacer necesidades construidas por el mismo mercado

Fuente: Chapela (2008a:28)

De igual forma, Chapela señala que también hay otras aproximaciones a la PS sustentadas en estudios de las ciencias sociales y biológicas afines a la guía de Ottawa con interpretaciones distintas de la misma: estilos de vida, empoderante y emancipadora (de esta última, se hablará más adelante y que es la que guiará el análisis de este estudio) (tabla 1.3).

TABLA 1.3. OTRAS APROXIMACIONES A LA PS			
Característica	Estilo de vida	Empoderante	Emancipadora
Quién interpreta	Agencias de gobiernos nacionales o internacionales	Grupos o personas expertas fuera del sitio de práctica	Grupos o personas dentro del sitio de práctica, expertas en la realidad de ese sitio
Intención principal	Mejorar la calidad y esperanza de vida de individuos y grupos en la población	Que las personas y los grupos sociales se apropien del saber de los expertos y a partir de ahí modifiquen sus prácticas relativas a la salud y la enfermedad	Apropiación del conocimiento local y experto, reflexión, diagnóstico, planificación y práctica del cambio de acuerdo con decisiones locales
Conocimiento principal utilizado	Organizado, seleccionado y clasificado por paneles de expertos Contenido médico de la atención primaria y epidemiológico Actualmente incorpora la perspectiva de determinantes sociales de las enfermedades	Seleccionados por expertos asesores y presentado de manera adecuada a cada contexto local Contenidos de la pedagogía crítica y la atención primaria	Local y experto identificado por agentes locales y/o con ayuda de asesores promotores de salud Contenidos de la educación crítica, las ciencias sociales y los necesarios para entender los problemas identificados localmente
Dirigida a qué grupos de población	En discurso a todos. En la práctica a grupos sociales por encima del límite de pobreza	Principalmente a grupos marginales y por arriba del límite de pobreza	Principalmente a grupos marginales y por arriba del límite de pobreza y a grupos auto-organizados para el trabajo autogestivo
Práctica	Frecuente discursiva de “auto-rescate” individual Preventiva y de cambio de hábitos Abogacía Alianza entre instituciones y consumidores	Utilización de técnicas pedagógicas <i>freirianas</i> para la transmisión de la información Reciente énfasis en “alfabetización” en salud. Abogacía Alianza entre instituciones y grupos de la población con problemas comunes	Dialógica, reflexiva, de investigación – planificación – acción Abogacía Alianza con grupos con problemática común y con intención crítica de cambio

Fuente: Chapela (2008a:28)

Los programas de promoción de la salud que se han centrado en cambios de los estilos de vida individuales y en la responsabilidad de cada persona en la conservación de su salud, pueden terminar echando la culpa a las personas no solamente de su propia enfermedad sino de los costos que la sociedad tiene que soportar como consecuencia de sus hábitos poco saludables. Culpar al individuo hace olvidar las causas sociales de enfermedad y su relación con factores políticos y económicos (Martínez, 2003).

Chapela (2008c) señala:

Las posibilidades de desarrollo teórico y conceptual a partir de la definición de PS en Ottawa han sido frecuentemente dejadas de lado a expensas del desarrollo de programas y propuestas prácticas que frecuentemente no superan la visión tradicional de la educación para la salud, la medicina preventiva o la salud pública. Esto es explicable por el control que se hace de la PS desde distintos intereses y puntos de vista lo que muestra su naturaleza y capacidad política por lo que tiene un papel importante para la confrontación del modelo médico tradicional. Esta naturaleza política implícita en la definición de PS (controlar, facultar) hace indispensable para su entendimiento el análisis de las dimensiones de poder vinculadas a las concepciones de persona que aparecen en sus distintos discursos y prácticas (Chapela, 2008c:97).

Finalmente es preciso mencionar la interpretación de salud y de PS que se hace desde la Salud Colectiva, un movimiento crítico principalmente latinoamericano con gestación desde la década de 1980 que propone que la salud y la enfermedad tienen determinación socio-histórica. Los trabajos de salud colectiva tanto académicos como prácticos y los tomados por algunos gobiernos (como el brasileño), se llevan a cabo en conjunto con grupos críticos de la sociedad, principalmente grupos marginados que han logrado niveles organizativos que les permiten el análisis de su problemática de salud y el impulso de cambio en las políticas de salud. Desde esta perspectiva, la PS es una práctica de salud pública intrínseca al cambio en la estructura, organización y políticas sociales y su práctica está vinculada a la búsqueda de esos cambios. Enseguida, y en consonancia con la definición de salud adoptada en este trabajo, presentaré la definición de promoción de la salud desde la cual se analizará el trabajo empírico de la presente investigación.

3.7. Promoción de la Salud Emancipadora

El objetivo de este apartado es explorar una manera distinta de analizar a la vejez y al envejecimiento y la posibilidad de promover una visión distinta de ellos. Para cumplir dicho objetivo retomaré la propuesta de Chapela (2010) en donde se considera como territorio al cuerpo en el que el ser está encarnado y en el que se inscriben las experiencias mediante el ejercicio cotidiano del poder. En esta

sección presento el concepto de promoción de la salud emancipadora el cual me permite explorar una manera distinta de estudiar las acciones de promoción de la salud en general y de manera particular en la vejez. Divido en tres apartados esta sección, en el primero se presenta el concepto de PS, en el segundo se propone que la consideración del cuerpo humano como cuerpo-territorio abre un camino al estudio de la salud como capacidad humana y al de la producción social del envejecimiento como enfermedad. En el tercero presento cómo el concepto de PS emancipadora se vincula con los de 'exigibilidad' y 'justiciabilidad'

3.7.1. El concepto

En este trabajo retomo el concepto de PS salud emancipadora propuesto por Chapela (2010) quien plantea que esta PS es la que promueve acciones encaminadas a potenciar las capacidades humanas que permitan al ser humano esfuerzos emancipadores para cambiar sus relaciones con el poder de manera que como resultado, logre cambiar también las inscripciones en el cuerpo (Chapela, 2010). Este concepto nos permite entender al envejecimiento y a la vejez de manera distinta a como se concibe en la actualidad. Desde esta PS se reconoce que al individuo que envejece como un sujeto material y subjetivo puede cambiar su realidad externa e interna.

3.7.2. Cuerpo-territorio

Si entendemos a la salud como la capacidad humana corporeizada de diseñar, decidir y actuar en función de futuros viables (Chapela 2008) y partimos también de una concepción de promoción de salud emancipadora nos acercaría a alcanzar un entendimiento del envejecimiento y a la vejez de diferente. Lo anterior implicaría alejarse de las explicaciones exclusivamente médicas y biológicas de estos objetos de estudio y por lo tanto incorporar los aportes de otras disciplinas; implicaría también el considerar la producción social de los significados y

significaciones del envejecimiento y de la vejez así como de la salud y de la enfermedad; considerar también la dimensión material y subjetiva que tienen estos procesos; implica identificar desde dónde y cómo las prácticas del poder dominante afectan a la vejez y al envejecimiento; implica diseñar formas para desarrollar las capacidades humanas para lograr cambios en las condiciones de existencia individual y social; y, como consecuencia, lograr cambios en las inscripciones en los cuerpos físicos de los seres humanos (Chapela, 2010:100).

Por lo anterior, identifico al envejecimiento y a la vejez como una manera en la que la experiencia de los seres humanos ante estos procesos se “inscribe en los cuerpos”, esto es el envejecimiento y la vejez dejan marcas, huellas que suceden en el cuerpo y en la subjetividad del ser humano y en sus espacios materiales y simbólicos como producto de acciones humanas directas o indirectas en donde esas acciones son prácticas en el mundo que reflejan la acción del poder sobre los individuos y los grupos sociales (Chapela, 2010). Desde esta perspectiva, el envejecimiento y la vejez ocurren en un espacio de relaciones de poder. El poder está en toda la sociedad, es decir, está presente en las cosas y en los cuerpos, en los campos y en los *habitus*, en las instituciones y en los cerebros, por lo tanto el poder existe físicamente, objetivamente y simbólicamente. Para Bourdieu estas relaciones de poder se expresan como intercambio de capitales, en campos específicos, por lo que toda práctica humana en la que el ser humano construye su experiencia está permeada por relaciones de poder. El intercambio de capitales está definido por “reglas del juego”, las cuales están controladas por los agentes sociales que poseen mayor volumen de capital, sin embargo, un agente que cuestiona las reglas, los significados y los valores asignados al capital en juego en un campo específico, si cuenta con un volumen de capital suficiente puede cambiar las mismas reglas, valores y significados del campo. Puede iniciar un campo de opinión heterodoxático en relación con el campo de origen o si su volumen de capital no es suficiente para cambiar en el campo ni para formar un campo de opinión, puede ser excluido o marginado en el campo (Chapela, 2010).

Las inscripciones en los cuerpos, resultado del envejecimiento y la vejez vistas desde la perspectiva descrita son las marcas, cortaduras, raspaduras, escrituras y sobre los cuerpos que resultan de la práctica y experiencia en los campos, de la acción del poder y de las prácticas emancipadoras del ser que suceden en el cuerpo, mismo que se constituye como el lugar de convergencia de los procesos externos e internos, objetivos y subjetivos, del ser humano (Chapela, 2010:102). Las condiciones del cuerpo son resultado de las inscripciones tanto del mundo material como del mundo simbólico. Chapela (2010) denomina al mundo material como mundo material autónomo y lo define como “la parte del mundo material que tiene una dinámica propia que, vista en sí misma, es básicamente inmutable por acción de procesos simbólicos aún cuando desde la percepción humana se vean modificados por su acción, como son las razones sociales del envejecimiento prematuro (Chapela, 2010).

La vejez y el envejecimiento desde esta perspectiva son vistos como inscripciones en los cuerpos de los viejos producto de la dimensión material autónoma que a través de los cambios morfológicos, bioquímicos, fisiológicos, entre otros, inscriben en los cuerpos marcas y huellas que definen al envejecimiento y a la vejez (arrugas, pérdida de la masa muscular, cambios en el tono muscular, etc.), pero estas inscripciones también estarán definidas por los hechos históricos, sociales y económicos por los que las personas viejas han atravesado y serán producto de las significaciones que el propio individuo, la sociedad y las instituciones le han dado a estos procesos. Así tenemos que el papel que el viejo desempeñará en la sociedad estará definido por los “los otros”, quienes definirán si serán enfermos, agentes marginales, cosas, estorbos, frágiles, como objetos a los que hay que institucionalizar, objetos asexuados, sujetos de derechos, ciudadanos, sujetos éticos con libertades, con capacidades humanas que pueden desarrollar, etc. Entonces, la construcción de la vida resulta en continuas inscripciones en el cuerpo y en la subjetividad así como en la producción del espacio, revelando la experiencia del ser humano ante el poder (Chapela, 2010).

El espacio está conformado por objetos, prácticas e intenciones organizadas por el sentido el ser en sociedad otorga a esas prácticas e intenciones. Por lo que concebir el espacio de esta manera lleva a considerarlo como producción humana a través de las prácticas significantes, las cuales se concretan en los cuerpos individuales y colectivos. En este contexto, los cuerpos son personas corporeizadas con capacidades semióticas y voluntad ética arrojados en situación, con responsabilidad para cambiar la situación y existen en la práctica comunicativa (Chapela, 2010). Desde esta perspectiva, el cuerpo es relacional y distinto de otros cuerpos, esto es, alrededor de él confluyen un sin número de procesos, es maleable y puede aumentar o disminuir su capacidad productora y transformadora de espacios físicos, sociales, objetivos y subjetivos.

Sin embargo, la medicina ha invadido la vida humana desde los procesos como el nacimiento, desarrollo, reproducción, climaterio, envejecimiento, muerte, hasta todas las áreas de la vida humana: sexualidad, trabajo, descanso, escuela, vejez. De esta manera el cuerpo aparece desdibujado y se considera sólo como un hecho biológico listo para ser invadido.

En el mundo actual, dominado desde el metacampo del poder del mercado, los nuevos productos moldean la manera de vivir y las formas de consumir, de representar el mundo, logrando que el proyecto del mercado libre se filtre e instale en el cuerpo-territorio, remplazando o moldeando el proyecto propio de quien es ocupado, consumando así la invasión y con ella el control en la producción de su espacio. El cuerpo material se convierte en cuerpo-territorio en el sitio objetivo del ejercicio del poder (Chapela 2010:110).

El modelo neoliberal ha reducido al complejo proceso de producción del espacio a 'estilos de vida' sin considerar que estos son relaciones sociales de consumo, inculcando contenidos simbólicos de valor y significado diferenciado entre los distintos campos. Así tenemos que para el campo de la vejez, las instituciones crean una serie de productos a consumir por los viejos que van desde medicamentos que "curan la vejez" hasta la creación de "universidades para la tercera edad", "casas de retiro" o cursos que imponen las nuevas significaciones y las prácticas que las personas que envejecen habrán de realizar (hacer ejercicio,

bailar, hacer manualidades, decidir, pensar, ser). Sin embargo, el cuerpo humano siempre opone una resistencia a la invasión y a la conquista total en virtud de que este construye experiencia en las redes de intercambio de capital.

La concepción de salud como “capacidad humana corporeizada de diseñar, decidir y actuar en función de futuros viables” permite desvincular a la salud de la enfermedad. Desde esta forma, se considera a la promoción de la salud como acciones encaminadas a potenciar las capacidades humanas que permitan el desarrollo de esfuerzos y acciones emancipadoras para cambiar sus relaciones con el poder y modificar las inscripciones en su cuerpo. Esto implica que una promoción de salud con estas características tendrá como objetivos que los cuerpo-territorio invadidos recuperen su autonomía y promoverá la capitalización de los agentes sociales y los campos subordinados o en riesgo de mayor subordinación.

En síntesis, las políticas, los programas y toda acción que se realice en torno al envejecimiento, si de verdad quieren emancipar a los viejos, deberían contemplar una definición como la anterior con el fin de lograr el fortalecimiento de los cuerpos de las personas viejas en donde se busque la producción de espacios que faciliten y permiten el cambio en las inscripciones en el cuerpo y en las condiciones materiales del espacio. Esto es, propiciar que los viejos participen, decidan, construyan, sueñen, planteen proyectos y que se abran los espacios para la construcción de futuros. Para llevar a cabo lo anterior, además se requiere de la formulación de estrategias de exigibilidad, justiciabilidad y el impulso de procesos autonómicos (Cerdeña, 2010), a continuación presento dichos conceptos.

3.7.3. PS emancipadora, exigibilidad y justiciabilidad

De acuerdo con Cerda (2010), las acciones colectivas en salud que tiendan a superar el carácter preventivo y la modificación de estilos de vida saludables deberán sustentarse en estrategias de exigibilidad a partir de las cuales los agentes sociales, en este caso los viejos, desarrollen procesos que involucren el ejercicio de su autonomía. Esto es:

...la promoción de la salud puede vincularse a procesos autonómicos o emancipadores, entendidos como el involucramiento de los sujetos en procesos de independización y de construcción de autonomía; en estrategias colectivas social, histórica y culturalmente situadas mediante las cuales construyan una lectura propia de las problemáticas que los aquejan, ponen en práctica su capacidad de construir horizontes de transformación y se involucran en alternativas que pretenden incidir en el espacio público y propiciar modificaciones en las estructuras sociales a través de iniciativas autogestivas. El pensar la promoción de salud vinculada a procesos autonómicos o emancipadores y de exigibilidad, tiene implicaciones pedagógicas, simbólicas discursivas, en las relaciones de poder y en las personas e instituciones dedicadas al trabajo académico (Cerda, 2010:136-137).

Desde esta perspectiva, las acciones de las instituciones encargadas de los programas dirigidos a los viejos tendrían que enfocarse a que los propios viejos analizaran sus problemáticas, construyeran conocimientos sin necesidad de que las agencias estuvieran presentes en la toma de decisiones y en la construcción de conocimiento; implica también un proceso de reflexión en relación a lo que el Estado o los organismos internacionales proponen para ellos, es decir, implica que los viejos se posicionen como ciudadanos con derechos y con la capacidad para participar en el diseño de políticas públicas. En este contexto, como señala Cerda, las propuestas pedagógicas dirigidas a los viejos tendrán que basarse en concepciones que promuevan la participación, el pensamiento crítico y la recuperación de los saberes de los agentes sociales.

Conclusión

En este capítulo presenté un panorama general de la Salud Colectiva como marco para el estudio del envejecimiento. Revisé las propuestas de la medicina

social y las principales características de la salud pública que han propiciado el debate en salud y que han favorecido el surgimiento de nuevas propuestas como la de la Salud Colectiva, propuesta que nos da un marco amplio para comprender objetos de análisis tan complejos como lo es el envejecimiento y la vejez. Asimismo, analizar los trabajos de Pierre Bourdieu me permitió explicar algunos aspectos de la dinámica y estructura de los significados de la vejez, de su reproducción, así como avanzar en el entendimiento de la repercusión de las prácticas de las instituciones sobre las prácticas e inscripciones en los cuerpos de los viejos. En la última sección del capítulo presenté los aspectos de una idea crítica de promoción de la salud que facilitarán asimismo la comprensión de las intenciones, diseño y práctica del programa orientado a los viejos.

El capítulo en su conjunto es el marco de referencia que me permitirá entender y explicar las prácticas significantes de la Unidad de Investigación y su repercusión sobre las prácticas de los viejos del Valle del Mezquital que fueron intervenidos por un programa enmarcado en la política de envejecimiento activo.

CAPÍTULO 2

CONSTRUCCIÓN DE LA VEJEZ

Introducción

La vejez en la actualidad se configura como un objeto epistemológico que puede entenderse o interpretarse en varios sentidos y que provoca juicios diversos. Aparece como un concepto polisémico y con interpretaciones en ocasiones contradictorias. De este modo, la vejez puede ser aprehendida como un estado o estatus (Craig, 2001), un estadio vital (Lolas, 2001), un proceso (Langarica, 1985; Fildardo, 2006; Mendoza, 2008) o bien como una construcción social (Kehl y Fernández, 2001; Sánchez, 1992; Ramos, 2009; Méndez, 2007). Cada uno de estos contiene un significado de “viejo” y de “vejez” y con base en ello se definen políticas y acciones destinadas a este sector social. Para interpretar la situación actual de la población de viejos es necesario conocer las actitudes e imágenes que las sociedades se han formado sobre ellos con el fin de entender la problemática que enfrentan, así como los mecanismos que las distintas instituciones responsables han generado para enfrentar sus requerimientos y demandas.

El objetivo de este capítulo es introducir al lector a diferentes representaciones de la vejez generadas a lo largo de la historia de la humanidad y que han llevado a los diversos significados, discursos y comportamientos que permean las percepciones y actitudes hacia la vejez en sociedades contemporáneas. El capítulo está conformado por tres apartados. En el primero presento las tendencias imperantes en la conceptualización de la vejez en sociedades contemporáneas y la influencia que estas tienen en las significaciones que los propios viejos y las instituciones tienen de ella. El siguiente se trata de una revisión histórica de las nociones que se han tenido sobre la vejez entre algunas

culturas y etapas históricas, analizándose elementos que intervienen en su construcción y que conducen a que prevalezcan o se transformen a través del tiempo. Por último, reviso las diferentes concepciones que desde algunas disciplinas han definido a la vejez y al propio viejo. Con lo anterior daré cuenta de la forma en la que se ha construido la significación actual de la vejez y del viejo, así como vislumbrar los sistemas y juegos de verdad que los han convertido en objetos de saberes con pretensiones científicas. En este sentido, el principal objetivo del apartado es analizar los procesos que han permeado los discursos actuales sobre la vejez y que han llevado a construir verdades alrededor de su representación, así como analizar la repercusión que estas tienen en las prácticas institucionales.

2.1. Diferentes significados de “viejo”

Para abordar a la vejez, es necesario conocer algunas de las definiciones que a esta se le han impreso a lo largo del desarrollo del concepto para entonces lograr discernir qué significa ser “anciano”, “viejo”, “adulto mayor” y poder así manejar estas categorías con un mayor nivel de conocimiento. Debemos tener en mente que:

Construir un objeto de estudio científico significa, primero y ante todo, romper con el sentido común, es decir, con representaciones compartidas por todos, trátense de simples lugares comunes de existencia ordinaria o de representaciones oficiales, a menudo inscritas en instituciones y, por ende, tanto en la objetividad de las organizaciones sociales como en los cerebros (Bourdieu y Wacquant, 1995:177).

Lo anterior no es una tarea sencilla pues implica indagar y, sobre todo, reflexionar sobre el contexto social desde el cual emergen el objeto de estudio, los conceptos y las nociones que el investigador emplea en su abordaje, como el lenguaje que:

...constituye un inmenso depósito de pre-construcciones naturalizadas que funcionan como instrumentos inconscientes de edificación, que se usan sin pensar y sin reflexionar, dado que se trata de categorías sociales del entendimiento común a toda una sociedad, como es el caso de las construcciones de “joven” y “viejo” (Bourdieu, 2008:81).

En este contexto, García (2008) señala que el sentido común, así como numerosas doctrinas filosóficas y científicas parecen estar de acuerdo en afirmar que las diferencias entre lo masculino y lo femenino pertenecen a la “naturaleza humana”, que el orden binario de géneros es un orden anterior a cualquier normatividad, institución social o significado cultural y que esta naturalización transcurre en los procesos sociales de significación e imposición de arbitrariedades. El argumento anterior es directamente extrapolable a la diferenciación que se hace de las categorías basadas en la edad. Específicamente, Bourdieu y Wacquant (1995) proponen que cada sociedad elabora un cuerpo de problemas considerados como legítimos para lo cual crea instituciones y organismos que construyen su propio significado del problema social que esté a su cargo y que le es impuesto a la comunidad. En este sentido, el significado de vejez no es un elemento universal sino que se define en función de los discursos preponderantes en diferentes épocas (Ruiz, 2008).

...el mundo social se construye a partir de lo ya construido en el pasado y las formas sociales del pasado son reproducidas, apropiadas, desplazadas y transformadas en las prácticas y las interacciones de la vida cotidiana (Corcuff, 1995:17).

Actualmente la vejez es configurada como un problema social en el que el interés fundamental de las instituciones se concentra en la enorme carga económica asociada al incremento de viejos a nivel mundial y en la incapacidad de los Estados para enfrentarla.

Bourdieu (2002) plantea que las divisiones en clases definidas por edad se encuentran entre las más variables de las categorizaciones de tipo social y que son objeto de manipulaciones porque “la juventud y la vejez no están dadas, sino que se construyen socialmente en la lucha entre jóvenes y viejos”. En dicho sentido, se destaca que:

...los sentidos y significados tienen que ver con la forma de racionalidad e interpretación que hacemos de nuestra realidad y que a menudo utilizamos para guiar nuestro comportamiento; las formas de actuar, de hacer y de ser surgen en el

contexto donde tienen lugar nuestras acciones sociales (Corrales, en Narváez, 2007:3).

En consecuencia, un planteamiento central de este trabajo es que cada definición y significado que se le otorga a la vejez y al viejo, es producto de los discursos y prácticas de cada época y se asocia estrechamente con nuestra propia experiencia o que es derivada de la interacción con los otros.

Diferentes teorías señalan que en el significado de la vejez convergen la existencia de conocimientos, ideas y creencias que en su conjunto pertenecen a la experiencia socialmente compartida y que dicho significado se plasma en un mundo simbólico que es asimilado a nivel individual desde muy temprano. En donde no se puede pasar por alto el proceso socio-histórico, el curso de vida que cada persona experimenta y las creencias, conocimientos e ideas que cada quien tiene de la vejez propio y la de otros (Garay, 2009).

2.1.1. Obstáculos en la conceptualización de vejez

Conceptualizar la vejez no es fácil dado que el uso del término adquiere innumerables significados en la vida cotidiana sirviendo tanto para designar un estado de ánimo, como para calificar lo pasado de moda, lo viejo. Por otro lado, y como se señaló anteriormente, la vejez es un concepto difícil de emplear al presentarse de formas distintas en función de diversas categorías (género, posición social, situación laboral, situación geográfica, entre otras), es decir, no envejece igual un hombre que una mujer, un indigente que una persona adinerada, un obrero que campesino, un viejo que vive en la ciudad que otro que vive en una zona rural. Otra dificultad de la definición estriba en la relatividad del término, ya que se puede ser muy viejo para algunas cosas y al mismo tiempo ser joven para otras.

Un factor adicional que contribuye a la diversificación del concepto de vejez y a su comprensión es la edad. La edad cronológica es la que habitualmente se ha tomado como indicador para señalar a qué edad se es viejo, sin embargo, este

criterio siempre resulta arbitrario y sus límites han sido y siguen siendo motivo de debate y discusión dado que la vejez no se identifica ni tiene la misma duración en esta época que la que tuvo durante la Antigüedad, en el campo o en la ciudad, en la pobreza o en la opulencia, entre hombres y mujeres. De hecho, la delimitación del momento de inicio de la vejez resulta elusiva y heterogénea: para algunos autores inicia entre los 60 y 65 años, otros se refieren a la edad asociada a la jubilación, mientras que un sector de la comunidad académica argumenta que se inicia a partir de que el individuo se desvincula del sistema productivo o de la ocupación formal, aunque no necesariamente del mundo del trabajo (Filardo, 2001).

Las clases o categorías de edad son construcciones que poseen dos características esenciales: son relativas, porque sus límites se modifican redefiniéndose en función de los cambios en precepciones sociales e individuales y son situadas, es decir, se entienden desde el presente. El hecho es que a través de diferentes épocas históricas y de diferentes culturas (inclusive en sociedades distintas en el mismo momento histórico), las categorías de edad adquieren no sólo definiciones diferentes sino también, medidas diferentes (Filardo, 2008). De este modo, otro de los planteamientos centrales de este trabajo es que la vejez constituye una condición social con cualidades específicas que se manifiestan de diferentes maneras en función de las características histórico-sociales de cada individuo. A fin de establecer un primer acercamiento al concepto, en el apartado siguiente presento una revisión sucinta de diferentes definiciones y perspectivas a la vejez.

2.1.2. El actor de la vejez: el viejo. Algunos conceptos

De acuerdo con Trejo (2001), el término *viejo* posee veintidós sinónimos, en tanto que la palabra *anciano* treinta y tres y enfatiza que:

“lo importante no es el número sino las connotaciones negativas y peyorativas que posee [...] cuando una palabra tiene tantas acepciones significa que el objeto cambia de formas y, por lo tanto, es difícil de atrapar” (Trejo, 200:20).

Desde el punto de vista lingüístico, se utilizan diversos términos para nombrar a las personas que envejecen, algunos de ellos recurrentes a lo largo de la historia de la humanidad y otros creados recientemente para referirse a este grupo. Para la Real Academia Española (RAE) la palabra viejo se deriva del latín *vēclus* y *vetūlus*, que se refiere a una persona de edad (comúnmente puede entenderse que es vieja la que cumplió 70 años). Como adjetivo significa antiguo o del tiempo pasado, deslucido, estropeado por el uso. Por otro lado, el Diccionario del uso del español (Moliner, 2010), en su definición del término establece que “viejo” es una persona que tiene una edad avanzada y está en el último periodo de la vida que sigue a la madurez, que tiene mucha edad o que existe desde hace mucho. Como puede observarse, para ambos diccionarios la palabra “viejo” no conlleva una connotación negativa (aunque en el caso de la RAE la encontramos). De manera similar, el “anciano” se vincula con un elemento de respeto y su uso tiende a referirse a individuos que desempeñan funciones relevantes, en otras palabras, este contiene una carga de dignidad y reconocimiento.

A pesar de la claridad de las definiciones anteriores de “viejo” y “anciano”, en décadas recientes ha proliferado la tendencia a desechar ambos términos, especialmente el primero, del discurso institucional (político, asistencial, académico) ante las supuestas connotaciones peyorativas del término impuestas a nivel cultural, derivándose una serie de eufemismos para soslayar o evitar su uso. El uso de los términos “tercera edad”, “adulto mayor”, “adultos en plenitud”, etc., tiene en principio como propósito hacer a un lado los prejuicios y la discriminación asociados a este grupo de edad pero, lejos de evitarlas, las perpetúan. Betes del Toro (2009), al ser interrogado sobre la pertinencia de “disfrazar con eufemismos la vejez” plantea que el problema es que el término lo asociamos con lo inactivo, caduco, inútil, en otras palabras, no hay que cambiar los nombres con eufemismos, hay que cambiar los contenidos y a veces eso requiere cambiar también el nombre.

De acuerdo con el DRAE, el eufemismo se entiende como una “manifestación suave o decorosa de ideas cuya recta y franca expresión sería dura o malsonante”, en tanto que para el sitio electrónico de la Lengua Castellana, un eufemismo “sustituye a otro [término] para designar lo mismo porque ese término substituido se evita ya que posee connotaciones desagradables, terribles o indecorosas”.

Un eufemismo ampliamente extendido en el discurso institucional para dirigirse a este grupo es el de “tercera edad”. De acuerdo con (Riaño, 1999), el término surgió en Francia en 1950 y fue propuesto por el Dr. J. A. Huet, uno de los iniciadores de la gerontología, y originalmente se refirió a personas de cualquier edad, jubiladas o pensionadas consideradas de baja productividad, bajo consumo y de poca o nula actividad laboral. Posteriormente el concepto se aplicó sólo a jubilados y pensionados mayores de 60 años, enfatizando la connotación de pasividad, carga económica y social. En particular, el concepto ha sido criticado argumentándose que en la práctica tiene como objetivo suavizar la expresión “dura y peyorativa” de la palabra *viejo*, y que su uso forma parte de la invisibilidad (hacer invisible, no querer ver a un grupo etario, ni escucharlo ni considerarlo como sujeto de derechos) que la sociedad hace con los adultos mayores (Bottini, 2010). En estrecha consonancia con lo anterior, García Prada (2010) enfatiza de manera particularmente incisiva que “se es viejo, no como se es adolescente o joven adulto: éstos pasan por la vida camino el uno de la primera adultez madura y el otro de la adultez madura; pero el viejo ya no pasa a ninguna otra parte que no sea la muerte”. De esta manera ser viejo “ya no es vivir la tercera edad, sino que es ser para morir [...] a mucha gente de nuestros días le resulta inoportuna [la muerte] y la evitamos con ese eufemismo de tercera edad”, por lo que se propone que la psicología moderna ya no “está dispuesta hoy a aceptar los eufemismos con que nuestra sociedad aparta el tema de la muerte” (García Prada, 2010:167).

Un segundo eufemismo, también de extensa difusión a nivel internacional, es el de “adulto mayor”. En abril de 1994, la Organización Panamericana de la Salud

(OPS), acuñó el término para referirse a las personas mayores de 65 años en países desarrollados. Este criterio ha sido tradicionalmente empleado para definir el comienzo de la vejez en estudios demográficos y gerontológicos, principalmente porque en muchos países es el utilizado por los sistemas de pensiones para otorgar beneficios sociales correspondientes (Padilla, 2002). En cuanto a las críticas al uso del término, Michel Romieux (2010), catedrático de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile, en un análisis sobre la educación para el adulto mayor y su relación con la sociedad señala que este eufemismo intenta “disimular la realidad de la vejez que es considerada como un estigma, pasa a ser un conjunto segregado económicamente y socialmente, definido por la jubilación y la supuesta improductividad”. Este es tratado “como un estamento costoso e inútil, de cuyos miembros se espera que hayan tenido la prudencia de ahorrar y no constituyan un gasto al sistema productivo o por lo menos que este sea el mínimo” por lo que “es visto como uno de los peligros mayores de la sociedad contemporánea por el aumento desmedido en la pirámide de edad”.

En síntesis, en contraposición con las posturas que promueven el uso de eufemismos sobre la vejez, encontramos un creciente número de opiniones divergentes que proponen la importancia de revalorizar la palabra “viejo” y utilizarla para evitar la invisibilización inherente al empleo de términos tales como “tercera edad” o “adultos mayores”. En este sentido, es fundamental resaltar que durante el desarrollo de la presente investigación, se utilizaron los términos “viejo” y “anciano” de manera preponderante por considerar que no existen razones para cambiar en el primer caso una denominación directa y llana (el viejo, es viejo) y en el segundo, la naturaleza de dignidad y respeto inherente al término. Sin embargo, cuando en esta comunicación hago referencia a políticas y programas a nivel internacional o nacional usaré el término “adulto mayor”, por ser el que aparece en todos los documentos oficiales.

2.2. La historia en la comprensión de la vejez

En este apartado presento un panorama general sobre la concepción histórica de la vejez desde la prehistoria hasta nuestros días. Esta revisión permitirá tener una perspectiva sobre las expectativas y actitudes hacia los viejos, la percepción de sus aportaciones para el desarrollo de las diferentes culturas, la comprensión de las formas en las que se han atendido o no a sus necesidades y los procesos de marginalización y exclusión de los que han sido objeto en algunas sociedades a lo largo del devenir histórico. Asimismo, me permitirá examinar los valores predominantes y la forma en que fueron percibidos por diferentes sociedades (experiencia, prudencia, sabiduría, respeto a la tradición, estorbo, decadencia, etc.), frente a otras precedidas por valores de juventud (fuerza, rapidez, innovación, eficacia, productividad), discutiendo cómo dichos valores determinaron los discursos y las prácticas en torno a ellos (segregación, rechazo, discriminación, reconocimiento, inclusión, valoración). En suma, el propósito es analizar cómo estos diferentes factores se mezclaron para definir el estatuto social del viejo a lo largo de la historia.

Antes de proseguir, es relevante señalar que una síntesis de la historia de la humanidad no es tarea sencilla dada la cantidad de procesos, eventos e individuos que participaron en la construcción de las sociedades. Por esta razón, divido este apartado en dos secciones. En la tabla 2.1 presento un recorrido que, como he mencionado, busca tocar los puntos fundamentales para la comprensión de nuestro tema de estudio y que tiene principio desde la prehistoria y su conclusión en el llamado “siglo de las luces”, esto es, hasta el siglo XVIII. En la tabla 2.2 analizo los dos últimos siglos de nuestra era en donde, por razones de proximidad histórica, profundizaré un poco más.

TABLA 2.1. LA HISTORIA EN LA COMPRESIÓN DE LA VEJEZ

Prehistoria	Edad antigua	Tradicón hebrea	Tradicón judía	Imperio romano
<p>Definida como el periodo comprendido entre la aparición del primer ser humano hasta la invención de la escritura, la prehistoria es caracterizada por elementos como: la práctica del nomadismo, la presencia de los grupos de cazadores-recolectores, los tipos socioculturales (bandas, tribus, Señoríos y Estados) y el surgimiento de las grandes familias lingüísticas, entre otros. (Childe, 1978). Dentro de las sociedades igualitarias, el jefe tribal era momentáneo y la autoridad de la tribu residía en un Consejo de ancianos. En aquella época la vejez fue excepcional pues el número de individuos que la alcanzaba era escaso (la esperanza de vida al nacer no rebasaba los 20 años y un alto porcentaje de los adultos moría entre los 30 ó 40 años) (Ortiz, 1999). En comunidades pobres era más frecuente que los viejos fueran eliminados o abandonados, mientras que en las sociedades con mayores recursos se practicaba el respeto y una gran consideración hacia ellos. (Camós, 2000).</p>	<p>Durante los tres primeros siglos de nuestra era grandes cambios tuvieron lugar: se desarrollaron las grandes civilizaciones e imperios universales (árabes, israelitas, persas, griegos y romanos), surgieron las grandes religiones monoteístas de la historia (judaísmo, cristianismo e islamismo) y se fue adoptando una ideología política unitaria en torno a un rey o monarca. La economía adquirió un carácter cuantitativo y el aumento de la población obedeció a la necesidad de expandirse territorialmente; se descubrió el papel, surgió la Astronomía, se inventaron los instrumentos de navegación y hubo notorios avances en la medicina. Camós (2000) menciona que en la cultura hebrea, griega y romana se reforzó el papel del viejo como miembro destacado de la comunidad. Son numerosas las referencias que se pueden encontrar en el Antiguo Testamento y en otros textos de la época en donde se hace alusión a la vejez desde la imagen de la sabiduría, veneración y nobleza, así como de individuos dotados con poderes sobrehumanos.</p>	<p>El mundo hebreo antes del exilio colocó al anciano en un lugar privilegiado. Fueron guías del pueblo como el caso de Moisés (fallecido a los 125 años), quien iluminado por la asistencia divina fue pieza fundamental en la conformación del Consejo de ancianos que mantuvo un amplio poder en el campo de lo religioso y de lo jurídico. El patriarca era el modelo a seguir (el alcanzar la longevidad era muestra de bendición divina). Por lo tanto, los ancianos eran respetados, atendidos y obedecidos, incluso la literatura de esa época se ocupó de manera importante de los viejos, aunque también se habló de las limitaciones físicas de la vejez (incluso se habló de retardar su aparición y se planteó que el verdadero anciano no es el que vive mucho tiempo, sino el que demuestra sabiduría).</p>	<p>En el mundo judío prevaleció la imagen dicotómica de la vejez. El Talmud contiene numerosas alusiones a la sabiduría del anciano y al respeto que se le debe manifestar: se vuelven sabios a medida que envejecen, mientras que los otros viejos que provienen del pueblo vulgar e ignorante se vuelven idiotas (Martínez, 2008). Se puede decir que el viejo en el mundo hebreo ocupó un lugar relativamente importante basado en la dignidad que se le otorgaba en la Torá.</p>	<p>Su organización fue de carácter monárquico y socialmente se clasificaban en patricios y plebeyos. En el año 43, el imperio romano llegó a ser el más vasto y poderoso del periodo. Se hicieron los primeros cálculos demográficos, de la esperanza de vida y de pensiones alimentarias. El derecho romano tipificó la figura jurídica del <i>pater familia</i>, quien concentraba todo el poder y las riquezas, el cargo era vitalicio y su autoridad ilimitada. La autoridad y el poder que los ancianos tuvieron en esta sociedad se materializaron en dicha figura y en la posición que los viejos ocuparon en el Senado. Esto sin duda generó conflictos intergeneracionales y un claro odio de los jóvenes hacia los viejos, ya que las prácticas de estos últimos eran despóticas y abusivas (Trejo, 2001). La República fue la época de oro para los ancianos y el cambio al Imperio significó la pérdida de su poder (Alba, 1992). Al perder el poder familiar y político, los viejos que lo detentaron fueron despreciados y criticados.</p>

Fuente: Elaboración propia

TABLA 2.2. LA HISTORIA EN LA COMPRESIÓN DE LA VEJEZ (CONTINÚA)

México prehispánico	Edad Media	Siglo XVI	Siglo XVII	Siglo XVIII
<p>En México se reconoció a la senectud como <i>huehueyotl</i>, y a las personas que alcanzaban esta etapa o condición como <i>huehuetain</i> (reverenciado anciano) o <i>llamatzin</i> (reverenciada anciana). También se apoyó a los sobrevivientes de la guerra o de enfermedades de trabajo (<i>ueutques</i>) mediante una pensión.</p> <p>De acuerdo con López-Austin (1996), se distinguió entre quienes llegaban a la ancianidad en pleno uso de sus facultades mentales y los que se habían convertido en una carga social. Los varones del primer grupo eran conocidos como dueños del fuego o <i>tleyo mahuizyo</i> y se les consideraba los transmisores de los valores y conocimientos familiares y del grupo expresados mediante el papel de instructores. A los viejos malvados se les caracterizó como inútiles y “deteriorados en su intelecto”. Se veneró al dios viejo <i>Huehuetēotl</i> que fue representado como un anciano sosteniendo en su cabeza el peso de los años en forma de un enorme brasero, su espalda encorvada y su boca desdentada y arrugada.</p>	<p>El siglo IV se considera el inicio de la Edad Media y el XV su conclusión. En ella surgieron las grandes religiones monoteístas: judaísmo, cristianismo e islamismo.</p> <p>La contribución que el cristianismo hizo a la vejez partía de una clara contradicción: en ocasiones esta era considerada como una maldición, castigo divino, pecado; en otras, por supuesto las menos, se configuró como la etapa más próxima al final de la vida, y por lo tanto, la vejez era vista como un vínculo cercano a Dios.</p> <p>Las comunidades cristianas fueron las que por primera vez en la historia pensaron en los viejos como merecedores de atenciones especiales (en el siglo IV se fundaron los primeros asilos y hospitales y se inició el proceso de institucionalización de los ancianos, asumiéndose la vejez como una etapa de retiro voluntario). El “retiro” se llevó a cabo sólo a niveles altos, el viejo pobre, continuaba trabajando, supeditado a la familia, a veces vivía en desamparo o incluso, si no tenía la tenía, practicaba la mendicidad.</p>	<p>De acuerdo con Minois (1987), durante el siglo XVI, se dio un combate atroz contra la vejez utilizándose todos los medios posibles para prolongar la juventud y la vida: la medicina, la brujería, el elixir de la eterna juventud, etc. La vejez y la muerte constituyeron un gran escándalo, la primera se convirtió en el rostro de la segunda y durante este período se dio una crítica mucho más fuerte hacia la vejez (sobre todo en la mujer).</p> <p>Desde la cosmovisión <i>inmanentista</i> y antropocéntrica de la época renacentista, la imagen de los valores humanos se relacionó con el vigor, el ingenio y la fuerza, por lo que prevaleció un rechazo a lo viejo y a la evasión de la muerte y se le otorgó una imagen melancólica de la persona mayor atribuyéndole artimañas, brujerías y enredos (Carbajo, 2008).</p>	<p>Desde finales del siglo XVI y durante el XVII, se gestó una concepción del hombre y de su comportamiento tanto personal y social dentro de una cosmovisión en la que el mundo y la vida fueron percibidos como decepción y desengaño.</p> <p>Los temas sobre el control de los vicios y de las pasiones, específicamente de las sexuales, el perfeccionamiento constante en la vida (particularmente en la vejez) y el problema de la muerte, se convirtieron en temas esenciales durante el período.</p> <p>En la obra de Baltasar Gracián, <i>El Criticón</i>, podemos encontrar una caracterización interesante de la vejez que se vincula con la severidad de leyes y penas para la ancianidad junto con honores y gloria. Esta fue representada como edad de la astucia y del saber prudente, pero también como edad de la ociosidad, de farsa y mentira y de la muerte (Rodríguez, 1989).</p>	<p>Durante el “Siglo de las Luces” surgió el movimiento intelectual conocido como <i>Ilustración</i>, que se caracterizó por un notable desarrollo en las artes y las ciencias europeas basado en la reafirmación del poder de la razón humana frente a la fe y la superstición. Durante este, la civilización europea occidental afianzó su predominio en el mundo extendiendo su influencia por todo el orbe. Las innovaciones tecnológicas más importantes fueron la máquina de vapor y la de hilar. Se priorizó la educación de los niños y de los jóvenes, pero también, y de acuerdo con Muchnik (2005), durante este siglo reapareció el interés por el envejecimiento desde una visión sociopolítica.</p>

Fuente: Elaboración propia

Las tablas anteriores muestran los significados, las determinaciones y las prácticas que las diferentes sociedades y las instituciones de cada época han tenido respecto a la vejez. Este recorrido histórico le permitirá al lector entender cómo todo ello ha determinado las visiones y prácticas que se tienen en la historia más reciente.

Siglo XIX. Este periodo representó la transición de la Europa de los reyes a la Europa de los estados (unificación de Italia y Alemania, consolidación de Inglaterra y Francia) y el nacimiento a la vida independiente de la mayor parte de los Estados latinoamericanos. La población europea se duplicó pasando de 200 a 400 millones de habitantes aproximadamente mientras que el continente americano comenzó a experimentar una mayor inmigración europea ansiosa de hacer fortuna pero también de escapar a la belicosidad latente en el viejo continente. El siglo XIX también representó una época de grandes cambios para la humanidad en todos los terrenos: la Revolución industrial en Europa, de la mano del capitalismo, reformó tanto la manera de producir artículos como la de comunicar a los pueblos (la aplicación de nuevas fuentes de energía como el vapor primero, y el gas, la electricidad y el petróleo después, se tradujeron en una serie de invenciones que modificaron el modelo económico europeo); en Francia, Inglaterra y el noroeste de Europa la prensa se desarrolló y aceleró la circulación de ideas; el movimiento obrero comenzó a tomar fuerza simultáneamente junto con el desarrollo del marxismo; contra la proliferación de enfermedades infecciosas surgió la medicina social que más tarde se transformó en medicina preventiva; la *Belle Époque* (1890-1914) y su insistencia en la promoción del progreso científico a nivel mundial dio como resultado el surgimiento de exposiciones universales realizadas en París entre los años 1889 y 1900 (en las que México tuvo participación).

Siendo aún colonia española y aprovechando la invasión francesa a la península, en la entonces Nueva España se generó un movimiento en contra de las autoridades virreinales que años más tarde (1821) culminaría con la firma del acta de independencia y que fue el punto de partida de una serie de experimentos de

formas de gobernar que transitaron desde el imperio (en dos ocasiones), la república y que culminó con una dictadura (que, por otro lado, señaló el inicio de la transformación del país con el establecimiento de una vasta red ferroviaria y una serie de industrias con las que se buscó modernizarlo). En cuanto a las representaciones sobre la vejez, las revoluciones burguesas resultaron paradójicas para los viejos.

...en principio, no se ocuparon de ellos y hasta los perjudicaron, aunque después crearon condiciones que beneficiarían a los viejos de generaciones posteriores [...] si un viejo era propietario de un bien, conservaba toda la autoridad que le daban sus propiedades, poseía una autoridad y poder en la familia que lo colocaba en calidad de patriarca (Alba, 1992:71).

A lo largo del siglo XIX, la longevidad aumentó en las clases adineradas y se dio un momento de exaltación de la vejez que perduró hasta el siglo XX, por supuesto, sólo en aquellos viejos que eran considerados como protagonistas de la sociedad por ser dueños del patrimonio o del poder (Munick, 2005). Al no existir una edad límite para dejar de laborar, el patrón tenía “toda la potestad para despedir a un obrero, cuando por viejo, producía menos” y si continuaba como trabajador “se le disminuía su salario”. En cuanto a los primeros sindicatos, éstos “no representaron mejoras relacionadas con los viejos ni pidieron leyes de retiro” dado que “se daba por descontado que la edad debía acarrear la miseria y el abandono o se suponía que muy pocos llegaban a viejos” (Alba, 1992:77). Otro hecho importante de finales de este siglo fue la fuerte influencia de la medicina y el desarrollo de la geriatría (que dio como resultado una mirada médica de la vejez). Estas visiones médicas culminaron en una asociación vejez-enfermedad, con grandes connotaciones de decadencia y que se tradujeron en una actitud resignada ante la enfermedad y la muerte.

Siglo XX. De acuerdo con Hobsbawm (2000), el “corto siglo XX” tuvo su inicio alrededor de 1914 (con la entonces llamada Gran Guerra) y su conclusión con el derrumbe del socialismo. Durante este periodo los conflictos estuvieron continuamente presentes y dieron como resultado un reacomodo en el espacio

físico del viejo continente (en 1918 el desmembramiento del imperio Austro-húngaro y la aparición y delimitación de estados como Hungría, Checoslovaquia y Rumania y a partir del término de la Segunda Guerra Mundial con una nueva distribución producto de la derrota alemana y de la división entre capitalismo y socialismo). Los avances en las ciencias y en las artes le dieron continuidad al siglo XIX impactando positivamente la calidad de vida de las personas: el uso del motor de combustión interna se generalizó con lo que el automóvil se fabricó a gran escala y comenzaron a tomar popularidad otros medios de transporte con costos cada vez más accesibles; en medicina, el descubrimiento de antibióticos ganó de forma contundente la lucha contra los microscópicos enemigos causantes de las principales enfermedades que hasta entonces eran mortales; el arte conoció nuevas y creativas formas de expresión (expresionismo, cubismo, surrealismo, futurismo).

Desgraciadamente, el continente americano no estuvo exento de conflictos y en 1910 tuvo lugar la primera revolución que, entre otros aspectos, costó la vida a alrededor de un millón de personas: la revolución mexicana. Este conflicto, más que un reacomodo en el espacio geográfico tuvo otra serie de implicaciones cuyo efectos más fuertes se sintieron en la esfera política (que se cristalizó en la fundación del partido oficial que gobernó el país hasta el año 2000), en la económica (la destrucción de la infraestructura durante la guerra implicó un endeudamiento aún mayor para la “reconstrucción” nacional) y en la social (adicionalmente a las muertes, familias enteras se desintegraron y lucharon por sobrevivir con lo indispensable).

Por otro lado, y en el ámbito de la protección social, en la primera década de este siglo se propuso en Inglaterra una ley para otorgar pensiones, no sólo a los pobres sino a todos los viejos. La *Old Age Pensions Act* estableció el derecho de toda persona mayor de 70 años y con un mínimo de 12 de residencia en Inglaterra a recibir por parte del Estado una pensión semanal, sin embargo, en 1919 se luchó por reducir la edad de retiro de los 70 a los 65 años y para extender el sistema de

pensiones a los no pobres. En 1925 se promulgó una nueva ley que estableció la pensión para cualquier persona que alcanzara los 65 años independiente de sus ingresos, sólo bajo la condición de que estuviera asegurada (Alba, 1992).

Años más tarde surgió una preocupación por el excesivo costo de las pensiones destinadas a los trabajadores mayores de 65 años, convirtiéndose la vejez y el viejo en una carga económica para los más jóvenes. De este modo la vejez se constituyó en un problema social, en la idea de dependencia y enfermedad. En este contexto, la vejez en el siglo XX (como en las otras épocas), posee circunstancias específicas que la definieron y que se sintetizan en cinco puntos. El primer elemento que hay que resaltar es que la vejez se convirtió en un “problema” para el viejo y para la sociedad en su conjunto, producto del utilitarismo y del mercantilismo que priva en el sistema neoliberal. No es que antes no haya resultado problemática sino que en este siglo se suscitó una importante contradicción pues, al mismo tiempo que el Estado debió garantizar la existencia de un principio de igualdad de todos ante la ley, pues “la lógica comercial y productivista que caracteriza a las sociedades modernas, cuya protección también la asume el Estado, desprecia aquellos elementos que suponen una obstáculo para su progreso” (Méndez, 2007:153).

Otro criterio que delimitó la imagen de la vejez y del propio viejo fue el relacionado con el trabajo. Quien no trabajaba de alguna manera se convirtió en un ser *asocial* pues contaba con una capacidad limitada para ingresar al mercado y para el intercambio de bienes y servicios, es decir al mundo de consumo. Un tercer elemento que influyó en el significado de la vejez en el siglo XX fue la tecnología al hacer que la sabiduría del viejo fuera prescindible. En consecuencia, el viejo se convirtió en un ser marginal a quien se le tuvieron que crear espacios (clubes, asilos, turismo de temporada baja, casas de día, salas de espera de la seguridad social, universidades y centros educativos para viejos), lo que dio como resultado que las ciencias sociales se convirtieran en el nuevo objeto de estudio y consumo

por parte de diversas disciplinas que aprovechan el aumento de viejos en el mundo convirtiéndose “en mercancía” para diferentes sectores.

El cuarto elemento se vincula con la noción de tiempo y espacio. El viejo está fuera de tiempo, “este no es su tiempo”, su tiempo es “en mi época”, los valores e ideales están relacionados con la idea de fuerza, belleza y juventud, y dado que el viejo no las tiene su tiempo entonces no pertenece a la “actualidad”. Por tal motivo tienen que ser creados espacios específicos para ubicarlos en el tiempo que les corresponde, con sus coetáneos y con actividades diseñadas especialmente para ellos pues el viejo se ha convertido en obsoleto y pasado de moda.

Por último nos encontramos con el enfoque médico que desde el siglo anterior se construyó acerca de la vejez y que tuvo su auge durante el siglo XX. Al ser conceptualizada como enfermedad, fragilidad, pérdida, deterioro, etc., surgieron como nuevas disciplinas la gerontología y geriatría, formas tendientes a diferenciar y particularizar un grupo poblacional desde un binomio altamente discriminante: salud- enfermedad. Para sintetizar, si bien, el aumento en la esperanza de vida durante el siglo XX no logró contrarrestar actitudes negativas, el aumento de la longevidad hizo a los viejos más visibles, siendo el desafío definir el espacio social de los viejos.

2.2.1. Una síntesis

La revisión histórica que hasta aquí he presentado tuvo como objetivo analizar algunos de los discursos y prácticas que han determinado la percepción y el estatus social otorgado a los viejos a través del tiempo. Dos visiones de la vejez han dominado, una positiva y otra negativa que de acuerdo con Minois (1987) tienen sustento en cuatro factores: (1) fragilidad física, (2) conocimiento y experiencia, (3) el cuerpo y sus cambios y (4) acumulación de la riqueza. La tabla

2.3 hace una integración de las visiones preponderantes de la vejez en los diferentes momentos históricos revisados.

TABLA 2.3. EL VIEJO Y SU LUGAR EN LA HISTORIA

Período o ejemplo de grupo social	Valor y preservación de la cultura	Valor del cuerpo	Capital que juegan los viejos	Concepto de viejo
La prehistoria	Conocimiento	Soma	Capital cultural y capital simbólico	Poseedor del conocimiento Sabio
Los hebreos	Conocimiento	Soma	Capital social, cultural y simbólico	Guías, iluminados por Dios Patriarca
Los griegos	Virtud y razón	Soma. Mundo helénico: belleza interior y exterior	Capital cultural y social	Débil Fealdad
Los romanos	Fuerza	Fuerza	Capital material. Capital simbólico	Estadística, número Depositario de poder y riqueza
Prehispánicos (México)	Conocimiento	Soma	Capital simbólico	Sabio, instructor Inútiles Deteriorados
Edad Media	Amor y pecado	Soma	Capital económico, y capital social	Vínculo con Dios / castigo
Siglo XVI	Poder y voluntad el vigor, el ingenio y la fuerza	Soma	Capital simbólico	Muerte
Siglo XVII	Propiedad, dinero.	Soma / espíritu	Capital simbólico	Astucia, saber / Ociosidad, farsa
Siglo XVIII	Propiedad, dinero.	Soma / intelecto	Capital social	Social y político
Siglo XIX	Producción, consumo, científico	Máquina, soma Cuerpo a invadir	Capital económico	Poder
Siglo XX	Producción, consumo	Recurso Instrumento de trabajo y consumo	Sin capital	Enfermo Cuerpo a invadir

Fuente: Elaboración propia

Con base en lo anteriormente expuesto, sostengo que el medio social creó la imagen de los viejos a partir de las normas, valores, prácticas y saberes que prevalecieron en épocas y sociedades determinadas, esto es, cada civilización establece su propio modelo o modelos de viejo y los juzga con referencia a ese patrón. La vejez en consecuencia se constituye en una construcción social, tanto individual como colectiva que determina las formas de percibir, apreciar y actuar en espacios socio-históricos determinados, adoptando los significados y características generales de esos espacios. Por lo tanto, es fundamental entenderla como un proceso dinámico, heterogéneo e histórico en el que tanto los

significados que los viejos tienen de la vejez y del envejecimiento como sus prácticas, se ven mediados por las relaciones de poder que las instituciones (familia, iglesia, gobierno, Estado) establecen con el anciano a través de sus discursos.

2.3. El estudio de la vejez como disciplina: enfoques y modelos explicativos

El campo de investigación sobre la vejez ha sido testigo en las dos últimas décadas de un creciente auge multidisciplinario, de tal suerte que la investigación en medicina tomó como objeto central de estudio los aspectos físicos y biológicos del proceso de envejecimiento, la investigación estadística y demográfica se concentró en la dimensión, estructura, evolución y características generales de la población de viejos, mientras que la psicológica en aspectos cognitivos, afectivos, actitudinales y motivacionales de esta etapa de la vida, aunque en realidad, “en el campo de la vejez todas las disciplinas están aún en proceso de descubrimiento” (García, 2005: 29). El estudio científico del envejecimiento adquirió una importancia especial a mediados del siglo pasado debido, por un lado, a los cambios demográficos y a sus implicaciones en las diferentes esferas de la sociedad y por el otro, a la imperiosa necesidad de dar respuesta a las problemáticas que se derivan de dicho proceso. El objetivo fundamental de este apartado es presentar al lector las principales teorías, discursos y modelos explicativos tanto del envejecimiento como de la vejez que se reportan en la literatura y revisar los marcos a partir de los cuales se construye el conocimiento referido a ambos objetos de estudio para analizar la influencia que han tenido dichas teorías y modelos en la construcción social de la vejez. Asimismo, en el apartado revisaré algunas de las aportaciones realizadas en las últimas décadas por la biomedicina, la psicología y la sociología, así como los aportes de la geriatría y la gerontología. Tengan las y los lectores en mente que en la actualidad el estudio del envejecimiento y de la vejez está filtrado por dos grandes visiones desde las diferentes disciplinas: la primera hace énfasis en el deterioro, la pérdida, la enfermedad, la marginación y el aislamiento, en tanto que la segunda intenta

superar la mirada reduccionista incorporando marcos explicativos complejos a través de las teorías críticas. El primer grupo incluye una gran variedad de teorías claramente dominadas por el enfoque médico y que tienden a uniformar y homogenizar a la vejez y al envejecimiento donde algunas de ellas se complementan mientras que otras se contraponen.

2.3.1. Discursos biologicistas y médicos

Existen múltiples teorías que intentan explicar el envejecimiento desde un punto de vista biológico o médico, no obstante, ninguna de ellas es capaz de explicar por sí sola un fenómeno tan complejo. La mayoría tiene como elemento en común el estudio de la forma en la que se deterioran las funciones vitales tomando como marco de referencia un enfoque reduccionista en el que el ser humano es visto esencialmente como un conjunto de órganos compuestos por células cuyos procesos de desgaste determinan las patologías y deterioros asociados al envejecimiento. En la tabla 2.4 se encuentran algunas teorías de tipo médico y biológico que de acuerdo con De la Fuente (2004), Paniagua (2007), Gázquez, (2005) y Mendoza (2010), ilustran la variedad de abordajes al envejecimiento desde dicha perspectiva. En su conjunto, estas teorías se centran en un enfoque del envejecimiento orientado al déficit, a las pérdidas, al deterioro y a la enfermedad. Recordemos que desde principios del siglo, el principal marco científico que ha sustentado esta visión ha sido el derivado de la orientación biológica (Martín, 2000). Un elemento común de este grupo de teorías es tanto su vigencia como el hecho de que cuentan con un cuerpo amplio de investigación a partir del cual se construyen políticas y prácticas institucionales que parten de un conocimiento médico tendiente al control del cuerpo que envejece dando lugar a programas de tipo asistencial y paternalista abocados a “mitigar la enfermedad”. Por otro lado, las ciencias biológicas y médicas trabajan día a día para evitar la enfermedad y la decadencia a través de medicamentos, tratamientos anti envejecimiento y cirugías para evitar la vejez excluyendo en su explicación los elementos de carácter social que explican el proceso. La tabla 2.4. muestra lo anterior.

Tabla 2.4. Discursos biológicos			
Teoría	Autores	Propuesta	Crítica
Teoría del error catastrófico	L.E. Orgel (1970)	Con el tiempo aparecen errores en la síntesis de proteínas y ADN. Si alguna de dichas proteínas anómalas llega a formar parte de la maquinaria que sintetiza las proteínas, provocará más errores en la sucesiva generación, lo que se traduce en un error catastrófico de la homeostasis que provoca la muerte celular	No es del todo cierta porque el envejecimiento no está acompañado por la síntesis de proteínas defectuosas El error se produce por el paso del tiempo y no por medio de un gen predecible e identificable
Teoría del “útese y tírese”	Yuste (2000)	El envejecimiento celular es consecuencia de la continua exposición de factores nocivos que poco a poco daña al organismo	No es un principio válido dado que el organismo cuenta con un sistema autoinmune que “repara” esos daños
Teoría de los radicales libres	Denham Harman (1956)	El envejecimiento resulta de los efectos perjudiciales fortuitos causados a tejidos por reacciones de radicales libres (asociados con el medio ambiente, enfermedad y con su proceso intrínseco). Estos pueden oxidar biomoléculas y conducir a muerte celular y daño tisular	Si bien el radical libre es uno de los componentes del proceso de envejecimiento, no se ha comprobado que esta teoría lo explique
Teoría del desgaste o acumulación de productos de desecho	Sheldrake (1974)	Las estructuras irremplazables que forman el organismo se dañan en sus partes vitales, lo que conduce a la vejez	No explica cómo o por qué durante el proceso de envejecimiento celular se incrementa el nivel de fallas
Teoría de la disfunción de la pituitaria	Dilman (1971)	La causa del envejecimiento es el deterioro de esta glándula dada su importancia en el sistema endocrino.	Excesiva reducción a efectos glandulares
Teoría de la transformación del sistema endocrino	Finch y Hayflick (1977)	El envejecimiento es debido a la alteración química en el organismo	Excesiva reducción a efectos glandulares

Fuente: Elaboración propia

En las tablas los lectores verán cómo las teorías biologicistas, reducen el envejecimiento a procesos pequeños, orgánicos, focalizados e individuales y dejan fuera los determinantes sociales que están influyendo en las diferentes formas de envejecer.

2.3.2. Discursos psicológicos y sociológicos sobre la vejez, el envejecimiento y el viejo

Autores como Bazo (1996), Belando (2000, 2006), Martín (2000) e Hidalgo (2009) hacen un examen de las teorías que desde la psicología y la sociología se han construido para la explicación de la vejez. A su vez, cada una de ellas ha servido como sustento para el establecimiento de políticas públicas y programas que definen los perfiles de ella que predominan en la sociedad contemporánea. En la tabla 2.5 muestro un conjunto de teorías derivadas del campo de estudio de la psicología y la sociología y que son utilizadas con mayor frecuencia en el ámbito científico para la explicación de la vejez. La tabla incluye los postulados que las sustentan, algunas de sus críticas y limitaciones, así como la forma en que han dado lugar a diversas percepciones de la vejez que coexisten en la actualidad.

TABLA 2.5. DISCURSOS PSICOLÓGICOS Y SOCIOLOGICOS			
Teoría	Autores	Propuesta	Crítica
Teoría de la desvinculación, desacoplamiento o retraimiento	E. Cumming y W.E. Henry (1961)	Por iniciativa propia, el viejo reduce los contactos sociales hasta lograr el aislamiento (se reducen tanto la frecuencia y duración de los contactos sociales como los compromisos emocionales)	Se dejan de lado los elementos culturales, sociales y personales que influyen en el proceso de envejecimiento vinculando a los viejos con el aislamiento, marginación y segregación
Teoría de la actividad	Havighurst, Tartler y Atchley (1971) Neugarten (1968-1970); Neugarten y Hagestad (1990)	Una "buena vejez" tendría que estar acompañada de nuevas actividades o trabajos que sustituyesen a los que se tenían antes de la jubilación	El viejo es visto como un sujeto al que hay que diseñarle programas que lo mantengan en actividad, ya que la teoría no considera su personalidad, experiencia, historia ni la diversidad del envejecimiento
Teoría de los roles sociales	Burges (1960)	La forma de participación social cambia a lo largo de la existencia y, por lo tanto, en la vejez se adoptan nuevas formas de ésta	Se trata esencialmente de una teoría determinista que mira al viejo sólo como un objeto con muy pocas posibilidades para actuar
Teoría de la estratificación por edades	Riley (1986-1988)	A cada grupo de edad se le asignan determinados roles sociales, lo que constituye un sistema de adjudicación de privilegios, derechos y obligaciones	No se toman en cuenta las variaciones individuales, los elementos de carácter cultural, así como las transformaciones que se dan a nivel social
Teoría de la continuidad	Atchley, Covey y Fox	Es posible predecir el comportamiento que el individuo tendrá durante la vejez puesto que las características esenciales de las etapas anteriores de la vida se mantienen	Es una teoría claramente determinista al plantear que no se puedan presentar cambios en el individuo
La perspectiva de los ancianos como subcultura	Rose (1968)	Los viejos están desarrollando una subcultura propia debido a que se sienten excluidos	Teoría que reconoce que la sociedad excluye a los viejos, pero no por ello, se constituyen en subcultura

Fuente: Elaboración propia a partir de Belando (2006)

TABLA 2.5. DISCURSOS PSICOLÓGICOS Y SOCIOLOGICOS(CONTINÚA)			
Teoría	Autores	Propuesta	Crítica
Teoría de la modernización	Achembaum (1978), Crandall (1991) y Fisher (1978)	El prestigio de los viejos depende del grado de modernización de la sociedad en la que viven y su estatus está relacionado inversamente con el grado de industrialización	Al no existir oportunidades para que los viejos accedan a la educación formal, sus posibilidades de alcanzar un estatus de respeto se ven mermadas
Teoría fenomenológica	Gubrium, Holstein, Buckholdt(1994)	Es una de las teorías más completas y más comprensivas aunque está muy poco desarrollada. El fondo de esta teoría es dejar hablar al que envejece	Hay muy poco desarrollo de esta teoría, privilegia el subjetivismo y deja de lado los elementos sociales, políticos
Teoría del interaccionismo simbólico	G.H. Mead, Ch. Cooley y W. Thomas	La noción de ser del individuo depende de la riqueza de sus interacciones sociales. El lenguaje es de gran relevancia ya que a través de él se aprenden valores y significados	Deja fuera otros determinantes de la vejez

Fuente: Elaboración propia a partir de Belando (2006)

La tabla 2.5 muestra el gran número de teorías psicológicas y sociológicas que se han propuesto para la explicación del envejecimiento y de la vejez. Sin embargo, cada una de estas propuestas por sí mismas, no pueden explicar a fenómenos tan complejos como los anteriores. Por ejemplo la teoría de la desvinculación está muy alejada de explicar los determinantes sociales del proceso del envejecimiento; la teoría fenomenológica y la del interaccionismo simbólico se acercan a alcanzar un entendimiento de las significaciones que los viejos tienen acerca de la vejez pero dejan fuera la influencia que las estructuras y las instituciones sociales tienen en la construcción de los significados y en las prácticas.

Por lo anterior puedo afirmar que para alcanzar una comprensión y un entendimiento de la vejez y del envejecimiento es necesario superar las

perspectivas disciplinarias que los parcializan. Considero que hay que recurrir a paradigmas que permitan entender al viejo en su complejidad.

2.4. Otro discurso: La gerontología

En el apartado anterior revisé los discursos que se han elaborado desde el ámbito biológico y psicosocial como formas de entendimiento del envejecimiento y de la vejez. Ahora analizaré el surgimiento de la gerontología como un campo emergente para la explicación y análisis de tres objetos de estudio: envejecimiento, la vejez y los viejos. Revisaré el surgimiento de esta disciplina y los enfoques a partir de los cuales ha elaborado sus trabajos.

De acuerdo a la Real Academia Española (RAE), la palabra *gerontología* se define como la “ciencia que trata la vejez y los fenómenos que la caracterizan”. Esta disciplina nació a principios del siglo XX y fue Meschnikoff quien la propuso como ciencia para el estudio del envejecimiento. La gerontología surgió en medio de un campo estructurado de fuerzas, la medicina de la época y la necesidad de crear y fundar su propio campo replicando las características propias de las realidades materiales que lo fundaron (Iacub, 2003).

Al igual que todas las disciplinas, la gerontología ha transitado por diferentes procesos de cambio y transformación, mismos que han sido vertiginosos debido a los retos que enfrenta al buscar su consolidación como campo de conocimiento y enfrentar de manera simultánea una realidad que exige respuestas inmediatas a problemas políticos, económicos, sociales, médicos y culturales emanados de la falta de previsión de las sociedades y los gobiernos ante el cambio demográfico.

La gerontología es muy joven y su proceso de consolidación aún se encuentra en evolución, lo que genera hacia su interior conflictos que van desde las discusiones epistemológicas sobre su carácter como ciencia o disciplina hasta las repercusiones que su interdisciplinariedad conlleva en torno a la legitimación de un discurso propio y los contrastes relativos a la definición de su objeto de estudio

(Vivaldo, 2008). Fernández (2000) plantea que la historia reciente de la gerontología como campo científico se inició con los trabajos del médico estadounidense Edmund Vincent Cowdry en 1939 con su tratado *Problems of Ageing*, en el que además de los aspectos médicos y físicos de la edad incorporó aspectos psicológicos y sociales, por lo que se considera como el primer tratado formal de gerontología.

De acuerdo con Vivaldo (2008) existen tres posturas ligadas al desarrollo teórico-conceptual de la gerontología: (1) la postura *limitativa*, (2) la *consolidante* y (3) la *complejizante*. La primera plantea que al no haberse dado un debate serio de carácter epistemológico en relación a su objeto de estudio y a la manera de abordarlo, la gerontología se ve circunscrita a su carácter de práctica profesional. Por otro lado, la postura *consolidante* sostiene que la gerontología es hoy por hoy una ciencia fortalecida que incorpora el trabajo inter y multidisciplinario que ha logrado establecer modelos explicativos que consideran aspectos biológicos, psicológicos y sociales, mismos que han contribuido al desarrollo de teorías sobre el envejecimiento y a la definición de políticas y programas dirigidos a los viejos. Por último, el planteamiento *complejizante* intenta conciliar las dos anteriores reconociendo los alcances, avances y aportaciones de modelos teóricos sobre el viejo, la vejez y el envejecimiento, al tiempo que propone una visión ampliada, compleja e integradora de los diferentes campos de conocimiento que convergen en el desarrollo de la gerontología. Esta última postura también promueve la interdisciplinariedad, la validez de las metodologías de investigación cualitativas y cuantitativas e intenta incorporar perspectivas provenientes de nuevas disciplinas, como es el caso de las humanidades y de las posturas emanadas de la corriente del pensamiento crítico.

Es importante señalar que aun cuando cada una de ellas ha intentado superar a las otras, las tres posturas coexisten. Las dos primeras se asocian a la mayor parte de la investigación, programas, intervenciones, políticas que se realizan y que continúan propiciando un entendimiento limitado de la vejez y del

envejecimiento y que han llevado a delimitar un papel pasivo para los viejos que no resuelve ni sus necesidades ni los problemas que se derivan de dichos procesos. En consecuencia, y de acuerdo con Martín hay que pensar en:

...una gerontología que incorpore al análisis de la vejez elementos económicos, sociales, culturales, históricos, personales, etc., que dé lugar a diferentes formas de envejecer en diferentes tipos de viejos; que incorpore formas innovadoras de conocimiento y marcos conceptuales que permitan develar las relaciones de poder prevalecientes y que permita dilucidar los juegos de verdad que se entretajan en el establecimiento de políticas y programas desde las instituciones y desde los propios sujetos que envejecen (Martín, 2000: p. 176).

Dicho de otra manera, lo que propone este autor es construir una gerontología que abandone la búsqueda de teorías generales homogeneizantes del envejecimiento y de la vejez y se oriente a la construcción de explicaciones diferenciales que tomen en cuenta las distintas formas de envejecer.

2.5. Miradas actuales de la vejez

Martín (2000) diseñó un modelo explicativo sobre las percepciones actuales de la vejez a partir de la integración de diez abordajes preponderantes en la literatura que van del enfoque del déficit al enfoque positivo de la vejez y del envejecimiento, mismo que retoma las teorías revisadas en el apartado anterior. La relevancia de incorporar en este apartado el análisis de dicho modelo explicativo estriba en el nivel de organización, integración y síntesis tanto en los enfoques preponderantes hacia el proceso, como en la profundidad de su análisis crítico. El autor resalta las repercusiones que ha tenido cada teoría en la construcción de las miradas hacia la vejez y su influencia en la construcción del significado sobre las prácticas de los viejos. La tabla 2.6 sintetiza las perspectivas que integran el modelo. Yo resalto que estas visiones coexisten actualmente y que predomina el enfoque de la vejez como deterioro.

TABLA 2.6. MIRADAS ACTUALES DE LA VEJEZ				
Vejez como deterioro	Vejez como ruptura social	Vejez como dependencia o carga social	Vejez como cambio y continuidad	La vejez como producto cultural e histórico
<p>La visión médica y biológica permea esta visión y el significado que se le asigna a la vejez es de enfermedad, fealdad y muerte. En consecuencia, se derivan de esta visión toda una serie posturas y prácticas de negación y rechazo a la vejez que giran en torno a una biomedicalización y homogenización de ella. Las investigaciones se centran fundamentalmente en el análisis de las patologías y en la universalización de las pérdidas biológicas y psicológicas durante el envejecimiento.</p>	<p>Se considera al envejecimiento y a la vejez como una forma de distanciamiento social y como un proceso de pérdida progresiva de funciones y papeles sociales que hace que el anciano cierre sus posibilidades de participación. Presume que el retiro de la participación social es inevitable, funcional y universal y entiende a la vejez como la antesala de la muerte. Las políticas y acciones que se realizan desde esta perspectiva se orientan a la segregación y al establecimiento de mecanismos como la jubilación y el retiro.</p>	<p>Los viejos son considerados como una categoría social inferior constituida por individuos improductivos y poco comprometidos con el desarrollo de la comunidad, con dificultades de adaptación a los cambios y a la evolución social y como una carga para la familia, para los servicios de asistencia pública y para la sociedad en general. La respuesta de las instituciones es el desarrollo de políticas de atención comunitaria como la creación de programas de “entretenimiento” para ocupar el “tiempo vacío” que tienen los viejos.</p>	<p>Se plantea que el envejecimiento es un proceso de cambios y continuidades a lo largo de la vida en el que se entremezclan factores internos (como los biológicos y psicológicos) con factores externos (como los sociales y culturales), por lo que los patrones de envejecimiento se ven sujetos a un cambio constante. La vejez constituye una prolongación de las etapas anteriores de la vida, de ahí que se mantengan los elementos principales de la personalidad del anciano y que adapte a las nuevas situaciones sus gustos y hábitos.</p>	<p>Significa entender que los cambios sociales y culturales de una sociedad delimitan las oportunidades que tiene el anciano. Así, la marginación y el aislamiento social de los viejos son producto de problemas sociales como la explosión demográfica y los avances de ciencia y la tecnología, ya que convierten a los viejos en seres obsoletos. Se considera fundamental el que las instituciones se renueven en cuanto a la forma de mirar la vejez, permitan la participación de los viejos en la toma de decisiones y amplíen programas en los que se les ofrezcan opciones educativas y de empleo.</p>

Fuente: Elaboración propia a partir de Martín (2000)

TABLA 2.6. MIRADAS ACTUALES SOBRE LA VEJEZ (CONTINÚA)

La vejez como oportunidad	La vejez como tiempo productivo	La vejez como ajuste vital positivo: “envejecimiento exitoso” o vejez ajustada	Vejez como emancipación
<p>El individuo sigue en desarrollo según su capacidad para evolucionar a lo largo de toda su vida. Las acciones educativas se plantean como relevantes y se habla de la importancia de la educación permanente. Se crean universidades para la tercera edad, círculos de estudio, aulas universitarias y se ofrece un sin número de propuestas educativas para el desarrollo personal a través de actividades recreativas, cursos de todo tipo, viajes, turismo, disfrute creativo del tiempo libre y del ocio. Desde esta perspectiva, la educación formal adquiere un lugar primordial para el desarrollo y promoción de la participación de los diferentes grupos de edad, incluyendo al grupo de viejos.</p>	<p>Parte de la idea de que en la época actual, los ancianos constituyen una fuente de capacidades productivas que deben aprovecharse con fines sociales constructivos. Dentro de esta visión la educación juega un papel clave para desarrollar y promover iniciativas comunitarias que permitan la participación de todas aquellas personas mayores que demandan un sentido y significado a sus vidas.</p>	<p>Esta visión responde al deseo de determinados sectores socioeconómicos de transmitir una imagen entusiasta de los viejos, de modo que se canalicen hacia actividades de consumo. Se analizan los principales factores que inciden para que la persona se ajuste o se adapte a esta fase de la vida y señalan que los ancianos no constituyen un grupo homogéneo. El envejecimiento exitoso plantea que la adaptación a la vejez también depende de la posibilidad de satisfacer determinadas necesidades materiales y de esparcimiento, es decir, de los ingresos económicos. De acuerdo a este enfoque, la actividad física y mental es vista como el mejor predictor del envejecimiento exitoso.</p>	<p>Esta corriente socio-crítica se caracteriza fundamentalmente por cuestionar al enfoque positivista. Su análisis se amplía al de la dominación social ejercida sobre los ancianos a través de determinados instrumentos sociales. Asimismo, critica la visión simplista y optimista sobre “lo bonito de envejecer” así como a los modelos de envejecimiento exitoso o productivo. También plantea la importancia de hacer un análisis de la ideología y de los intereses ocultos de las políticas relacionadas con la vejez y hace una crítica a todas las anteriores visiones. La principal crítica se enfoca a la medicalización de la gerontología.</p>

Fuente: Elaboración propia a partir de Martín (2000)

La tabla 2.6 muestra que si bien se han incorporado otros marcos para explicar y entender los significados de la vejez, la visión de la vejez como deterioro permanece. Esta preponderancia de pensamiento tiene que ver con la medicalización del envejecimiento, que abre un mercado de consumo que favorece a los intereses de ciertos sectores. Sin embargo, es importante mencionar que hay un paulatino avance hacia la consideración de otros enfoques.

2.6. La investigación y su influencia en los significados de “ser viejo”

Entre las concepciones de viejo que prevalecen en las diferentes formas de hacer investigación encontramos posturas que definen al viejo como “objeto” con visiones vinculadas con las pérdidas (salud, funcionalidad, autoestima, etc.), fragmentarias, desvinculadas de contextos específicos, de historias particulares (Fromholt, 1994; Orijuela, 1998; Heathcote, 2000; Pinguart, 2002; Walters, 2003; Avlund, 2004; Brenner, 2004; Bambrick, 2005), posiciones que se interesan mucho más por la homogeneidad para establecer modelos de viejo o de anciano y que incluyen adjetivos como “exitoso”, “saludable”, “activo”, en donde lo fundamental es lo biológico (Fisher, 1995; Holstein, 2003; Tate, 2003; Schroeter, 2004) y por último, concepciones que intentan recuperar al viejo como sujeto, incorporando para su estudio y comprensión a otras disciplinas, otras dimensiones del fenómeno y métodos distintos (Kuckelman, 2002; McMullin, 2002; Bass, 2002; Pillemer, 2003; Wahl, 2003; Kending, 2003; Cohen, 2001; Calasanti, 2004; De la Rue, 2003; Robles, 2006).

Freitas, Tao, Freitas y Almeida (2002) realizaron un estudio exploratorio descriptivo que buscó identificar y analizar las tendencias y perspectivas en relación con la investigación en las áreas de gerontología y geriatría en el periodo 1980-2000, revelando un predominio de los estudios con enfoque geriátrico (54%).

En cuanto a la década de 1990, los enfoques se distribuyeron de la siguiente manera: biológico (32%), recursos humanos (18%), social (17%), psicológico

(9,8%), holísticos y éticos (4,0%), los cuales permanecieron en el mismo porcentaje en los dos periodos (0,8%). En relación con el tipo de investigación predominó la cualitativa (49,2%) aunque otro grupo de estudios se interesaron más en la homogeneidad para establecer modelos de viejo que incluyen algunas nociones que podrían ser contradictorias como “exitoso”, “saludable”, “activo”, en donde lo fundamental es lo biológico, soslayando lo social y lo personal (Lifshitz y Estrada,1998). También hay estudios y planteamientos en donde la vejez se aborda desde planos más amplios y complejos (incorporando la multidimensionalidad que tiene este objeto de estudio). Dentro de estas posturas encontramos a la escritora francesa Simone de Beauvoir, quien desde la historia realizó un análisis exhaustivo sobre la vejez. Dicha autora planteó que todo discurso sobre la vejez está atravesado por la visión del mundo de cada época y por el contexto en el cual fue elaborado y hace un análisis de cómo ha sido visualizada desde la literatura, el teatro, la pintura y la ciencia en donde resalta el papel que la medicina y la biología han tomado para la explicación y análisis de estos fenómenos.

Otra categoría de estudios de investigación se refiere a los estudios históricos que parten de la base de la vejez como una etapa más del ser humano que ha sido interpretada de forma variable dependiendo del contexto social en el que se inscribe. En dicho sentido, Martínez (2002) enfatiza que al momento de considerar la vejez en la sociedad del siglo XXI se hace imperativa una reflexión sobre la misma a través del espacio y del tiempo con el fin de entender la complejidad del fenómeno en la vida del ser humano en su totalidad, es decir, como un hecho ligado a la cultura y no sólo a lo biológico. Debert (1999) analiza cómo en la época actual se está trabajando por una reivindicación de la vejez que la intente conceptualizar y analizar desde marcos amplios como el social, el económico y el cultural, así como desde los significados que el propio viejo da a su vejez, incorporando a la antropología y otras disciplinas a su estudio. Asimismo, Barros (1998) en su texto *¿Vejez o tercera edad?*, problematiza la creación de nuevos términos y conceptos para nombrarla y postula que el problema de fondo es la

carga social que esta población representa para el Estado y la necesidad de plantear estrategias que en cierto sentido, le permitan deshacerse del problema. Por otro lado, Muchinik (2006) sostiene que es importante trabajar en estrategias y perspectivas a largo plazo ante una sociedad que envejece e incorpora la perspectiva ética. Para él, el aumento en la esperanza de vida y en la longevidad generará nuevas inquietudes éticas, pero también otras relacionadas con políticas sociales y económicas asociadas a los problemas de salud y a los sistemas de retiro y jubilación.

Conclusión

Esta investigación parte de una conceptualización de la vejez como objeto social polimorfo cuyas múltiples representaciones dependen de cada sociedad, de cada cultura y que se construye a partir de elementos tanto objetivos como subjetivos. Una premisa central es que la vejez es un constructo tanto colectivo como individual que implica formas de percibir, apreciar y actuar que se generan en espacios socio-históricos determinados, adoptando los significados y características generales de esos espacios. Por lo tanto, la noción de vejez que asumo y que propongo a la Salud Colectiva es de carácter dinámico, sujeta a variaciones en función del espacio y del tiempo.

El punto de partida es que no hay una vejez sino “vejeces”. Esto es, una de los planteamientos centrales de este trabajo es que en la construcción de la vejez inciden diversas experiencias históricas y correlaciones que se expresan dentro de una cultura de diferentes campos de saber y tipos de normatividad, pero también dentro de una variedad de formas de subjetividad mediante las cuales los individuos se reconocen como sujetos. Asimismo, concibo a la vejez como un conjunto de discursos y prácticas en cuyo seno cobran sentido y significado el cuerpo, las voces, los discursos, las prácticas, los deseos, etc. Es necesario reconocer que no se puede estudiar a la vejez y al viejo sino en situaciones concretas, es decir, entendiendo que poseen una conciencia con libertad dentro

de una temporalidad, con un pasado, con un presente y con un futuro, es decir, con cualidades en un espacio relacional con el otro. Por lo tanto considero esencial para la investigación de la vejez desde la Salud Colectiva acceder al mundo de significaciones y de prácticas de los viejos participantes en esta investigación, lo que necesariamente me remite a cuestionar sobre los métodos para acceder a la comprensión de la vejez y del viejo en la época actual y a preguntarnos a través de qué sistemas y sobre qué juegos de verdad me he de situar para comprender estos conceptos y así lograr identificar los espacios y momentos en donde se puedan revelar con mayor claridad los contenidos de los discursos y de las prácticas que tanto instituciones como los propios viejos desarrollan.

Para iniciar habré de romper con racionalidades impuestas, normativas y supuestamente universales. Cuestionar lo anterior me permitirá abrir nuevas posibilidades para experimentar nuevas formas de producción de conocimiento e implica el reconocimiento de que no existe una subjetividad idéntica para todos ni para sí misma. Esto es, sostengo que el individuo no es el mismo sujeto cuando se sitúa en diferentes espacios de su historia, cuando se piensa como sujeto de acción o de deseo, cuando problematiza sus intenciones o cuando reconoce sus pensamientos y sentimientos; también significa que abandono preguntas explicativas para retomar aquellas que hablen del cómo se construyen verdades tan diversas y a partir de lo anterior, mirar a las “vejeces”.

Es importante trabajar desde perspectivas teóricas y metodológicas que permitan poner en tela de juicio la idea de que la vejez y el envejecimiento son un problema y que constituyen meramente hechos biológicos. Dicho de otro modo, es necesario deconstruir los significados de carácter social, histórico, económico, político y cultural y replantear la manera de acercarse al estudio de la vejez y del viejo, esto es, dejarlo de pensar como un “cuerpo deteriorado”, como un “cuerpo enfermo”. Derrumbar y reconstruir implica también incorporar perspectivas fuera del campo de la biomedicina y no perder de vista el contexto socio-económico del

que toman significado los contenidos culturales del momento histórico actual. Implica analizar a la vejez como capital simbólico y desde su capital frecuentemente menor en relación con los agentes y posiciones dentro de sus distintos campos de pertenencia, así como identificar los procesos de inculcación doxática desde las agencias que intervienen en la delimitación del campo de la vejez.

Una visión con estas características se enfrentará con el poder de la hegemonía que se transmite y ejerce sobre los viejos a través de las distintas estructuras sociales diseñadas para este fin: la familia, las iglesias, las escuelas, la institución de salud, la científica, los medios masivos de comunicación, los partidos políticos, etc. En este sentido, para comprender la vejez como fenómeno de la Salud Colectiva será central el considerar las relaciones de poder que subyacen en el intersticio entre el viejo y las instituciones, en otras palabras, “si se quiere salir del discurso oficial de la vejez como hecho biológico y físico es imposible dejar de lado la identificación y actuación sobre la práctica misma del poder” ya que “dicha práctica del poder ha generado un proceso de invasión del cuerpo que les impide el ejercicio de sus capacidades humanas (Chapela, 2009) por lo que es necesario:

...pensar y analizar a la vejez en su posición frente al campo del poder y trazar un mapa de las relaciones entre las posiciones ocupadas por los agentes o instituciones que compiten por la forma legítima de autoridad específica del campo para analizar los *habitus* de los agentes y los diferentes sistemas de disposiciones que han adquirido al internalizar el significado de la vejez y de “ser viejo” (Bourdieu, 2005:159-160).

Lo anterior implica entender al envejecimiento y a la vejez como procesos que están insertos en un mundo material y simbólico, identificar desde dónde y cómo las prácticas del poder dominante afectan a las personas que envejecen, diseñar formas estrategias para que el viejo desarrolle las capacidades humanas y lograr cambios en las condiciones de existencia individual y social.

En el siguiente capítulo presentaré la política de envejecimiento activo propuesta por los organismos internacionales y que se está siendo seguida por los países

que han firmado cartas y otros acuerdos oficiales internacionales. En los capítulos siguientes develaré los significados que trasmite y las prácticas que promueve.

CAPÍTULO 3

EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO

Introducción

Ante la situación demográfica actual, los organismos internacionales se han visto en la necesidad de plantear nuevas estrategias para enfrentar los retos que demanda el cambio en la conformación de la población. En este contexto nace el Envejecimiento Activo (EA) que se presenta como una forma diferente de mirar el envejecimiento, la vejez, las estrategias de trabajo y las intervenciones en torno al grupo de las personas que envejecen. El EA implica una concepción de vejez como una etapa menos pasiva, más dinámica, creativa y saludable. En las últimas décadas el EA se ha difundido ampliamente en los discursos nacionales e internacionales, por lo que es fundamental entender cómo y con qué fines se hace uso de éste en dichos discursos.

El propósito de este capítulo es reflexionar sobre algunas consideraciones que han llevado a la emergencia del término haciendo énfasis en sus contenidos explícitos o implícitos. No pretendo hacer una revisión exhaustiva del tema sino, con base en las experiencias de tres organismos internacionales, formular una delimitación de su contenido y construir un panorama de la determinación histórica de las definiciones y usos que se le han dado. Persiguiendo este fin revisaré en primer lugar dos puntos que me parecen fundamentales. El primero se refiere a los términos que antecedieron al concepto de EA y a las cuatro definiciones del concepto construidas por el mismo número de organismos internacionales: la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), la Unión Europea (UE) y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). En el segundo me concentro en los tres

documentos que han sido las directrices en su construcción: la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el Plan de Acción Internacional y la Carta de Otawa para la Promoción de la Salud.

Con base en lo anterior, también presento una revisión de los avances de diferentes países sobre la operacionalización del EA como política para el establecimiento de programas dirigidos a los viejos, así como una revisión de los programas y políticas que se han puesto en marcha en América Latina y el Caribe en el marco del envejecimiento activo. Dedico un apartado a los avances que nuestro país ha sostenido en este rubro para evaluar las acciones que se están poniendo en práctica. Finalmente, exploro las condiciones en las que el EA representa sólo un discurso retórico (llevarlo así a la práctica puede constituirse en un fracaso y no contribuir a un cambio en la forma de significar el envejecimiento y la vejez) y discuto en qué condiciones y bajo que elementos el EA puede contribuir a la construcción de una mirada distinta de envejecimiento.

3.1. Envejecimiento activo (EA): Conceptos antecedentes

En este apartado presento tres conceptos que han constituido el marco para el surgimiento del término EA, cada uno de ellos se ha construido desde diferentes escenarios, pero en su conjunto marcaron el rumbo para acuñarlo.

Envejecimiento Exitoso (EE)

Los orígenes del EA pueden rastrearse en Estados Unidos a inicios de la década de 1960 vinculado con el concepto de “Envejecimiento Exitoso” (EE). Si bien hace 50 años comenzó a hablarse sobre él (Baker, 1958; Butler, 1974; Pressey & Simcoe, 1950), este pasó desapercibido y no fue sino hasta 1987 que se popularizó en un artículo de la revista *Science* escrito por John Rowe y Robert Kahn (1999). En dicho artículo los autores planteaban la posibilidad de un “envejecimiento exitoso” distinto del “envejecimiento típico”, es decir, proponían

distinguir entre las manifestaciones que presenta la persona que envejece asociadas al envejecimiento *per se* de aquellas debidas a los efectos de la enfermedad. Este planteamiento derivó de un estudio conjunto llevado a cabo por el Centro MacArthur (Estados Unidos), el Instituto Max Planck de Desarrollo Humano (Alemania), la Organización Mundial de la Salud y la Universidad de Odense (Dinamarca), entre otros. De acuerdo con Engler (2002), el enfoque del EE se dio a partir de una iniciativa del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) al reconocer la contribución económica de los adultos mayores (sobre todo en países pobres), por lo que se fomentó la inversión institucional en créditos para proyectos productivos promoviendo el que no fueran segregados de las actividades laborales. Asimismo, se sostuvo que la clave para un “envejecimiento exitoso” era mantenerse activo y gozar de éxito financiero. Los conceptos anteriores fueron replanteados en 1987 a partir de una definición más acuciosa propuesta por Rowe y Kahn (mismos que hicieron una distinción entre “envejecimiento habitual” y “envejecimiento exitoso” como estados o procesos no patológicos). Según dichos autores, el EE incluye tres componentes: (a) la ausencia o baja probabilidad de enfermedad o discapacidad relacionada con la enfermedad, b) una alta capacidad cognitiva y funcional y, (c) un compromiso activo con la vida (Castillo, 2009).

Por otra parte, Neri y Cachioni (1999) señalan que la definición del EE posee tres connotaciones generales que hay que revisar: la primera se refiere al potencial particular de cada individuo para generar satisfacción física, psicológica y social, la segunda toma como parámetros un funcionamiento próximo al de la media de la población más joven (prácticas de salud, educativas y estéticas destinadas a preservar la juventud y a retardar los efectos del envejecimiento), mientras que la última se relaciona con la identificación de comportamientos para los cuales los individuos poseen un buen desempeño con la optimización de su ejecución por medio de mecanismos de entrenamiento y motivación. Es importante señalar que el enfoque del EE ha recibido serias críticas por idealista, por responsabilizar al individuo de no lograr un envejecimiento exitoso y por pretender homogenizar a

todos los viejos sin tomar en cuenta los factores culturales, sociales, económicos, políticos y aquellos relacionados con historia de vida de cada persona vieja.

Envejecimiento Productivo (EP)

Durante la década de 1980 en los Estados Unidos se promovió una nueva conceptualización del envejecimiento: el “Envejecimiento Productivo” (EP). Robert N. Butler y Malvin Schechter lo definieron como: “la capacidad de un individuo o de una población para servir en la fuerza de trabajo remunerada o en actividades de voluntariado para ayudar en la familia y así mantenerse tan independiente como sea posible” (Butler & Schechter, 1995: 763). Por otro lado, el envejecimiento productivo es “cualquier actividad desarrollada por una persona mayor que produzca bienes o servicios, sea remunerada o no, o desarrolle la capacidad para producirlos” (Bass, Caro & Chen, 1993:6).

En este sentido, el objetivo del envejecimiento productivo era crear conciencia en las comunidades, en los centros laborales y en la misma población de viejos sobre lo mucho que podían ganar si permanecían activos más allá del retiro. Se buscaron alternativas incluyendo el continuar laborando en empleos de medio tiempo o incluso de tiempo completo. La preocupación de los políticos estadounidenses se centró fundamentalmente en las implicaciones que la vejez tenía en cuanto a las pensiones y al cuidado de la salud, por lo que había que proponer otras alternativas para dar respuesta a dichas demandas. Esta aproximación constituyó una propuesta en la que subyacía la incapacidad del Estado para hacer frente a las demandas del aumento de una población en proceso de envejecimiento.

Envejecimiento Saludable (ES)

En 1999 y en ocasión del Día Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) utilizó el lema “sigamos activos para envejecer

bien”, es decir, había de adoptarse comportamientos y estilos de vida saludables desde la niñez para que en la edad adulta y sobre todo durante la vejez la productividad no se viese afectada. De tal suerte que la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la OPS recomendaron “promover el mejoramiento de las condiciones de vida y de bienestar de la población impulsando acciones orientadas al desarrollo humano a lo largo del ciclo vital con énfasis en los grupos más marginados socialmente, entre ellos el de las personas viejas”. (Ministerio de Salud, 1999, p: 2). Para una gran mayoría de investigadores, el ES se define con base en el buen funcionamiento físico y mental que a su vez incluye un número reducido de trastornos crónicos, una buena movilidad, la capacidad para llevar una vida independiente, una buena función cognitiva y la ausencia de depresión (Otero, Zunzunegui, Béland, Rodríguez y García (2006). De acuerdo con Montes de Oca (2010), el ES fue una perspectiva previa a la del EA que se usó hasta 2002. A través de ella se planteaba la necesidad de prevenir las enfermedades físicas y mentales en la vejez. De acuerdo con la autora, el término no contempló los elementos de carácter social y los procesos de inclusión social pues la idea central fue la prevención y el control de enfermedades crónicas no transmisibles como cardiopatías, arteriosclerosis, diabetes, obesidad, hipertensión arterial y salud mental, así como el impulso de políticas que favorecieran el envejecimiento activo y saludable.

Si bien, los conceptos de EE, EP y ES figuran como antecedente del EA, los tres coexisten y cada uno ha sido sustento de programas y prácticas que en su mayoría soslayan la multideterminación del envejecimiento y la vejez.

Envejecimiento Activo (EA)

A principios de la década de 1990 surgió un nuevo concepto de envejecimiento influido por la OMS. Se trató de un enfoque más amplio que contempló la salud, la participación activa y la inclusión de los ciudadanos de mayor edad en la familia, en la comunidad y en la vida nacional. Esta nueva

política de la OMS se resumió en que tradicionalmente “se le han sumado años a la vida, ahora debemos sumarle vida a los años” (Hutchison, Morrison y Mikhailovich, 2006:7). Posteriormente, a principios del siglo XXI las políticas de la OMS, OECD y de la Unión UE promovieron de manera conjunta al EA, mismo que ha llevado a reformar las agendas internacionales sobre la materia.

El EA nació ligado a las políticas de protección de los mayores (como también lo fueron el EP o el ES) y comenzó a cobrar fuerza durante el año 2002 en la Segunda Asamblea Mundial sobre envejecimiento celebrada en Madrid en donde se planteó la importancia de alcanzar los siguientes objetivos a nivel internacional: construir sociedades para todas las edades, alcanzar un envejecimiento activo y saludable, dar más vida a los años, afrontar la vejez como una etapa de desarrollo personal e incorporar el envejecimiento como aspecto clave de las políticas de crecimiento y desarrollo (CIDEDEC, 2009). Si lo anterior se ha llevado a cabo, valdría la pena preguntarse ¿cuánto se ha logrado a lo largo de este tiempo?, ¿se ha partido de una sola conceptualización?, ¿cómo ha incidido esto en las prácticas tanto de las instituciones como en las de los propios viejos? Para encontrar las respuestas, a continuación presento una revisión de las acepciones del EA a partir del análisis de cuatro documentos rectores a nivel internacional con el fin de identificar los elementos involucrados en su definición y sus repercusiones en el logro de sus metas.

3.2. Cuatro organismos internacionales: cuatro definiciones de envejecimiento activo

En este apartado revisaré las definiciones construidas y sostenidas por cuatro organismos internacionales líderes de las políticas relativas a los viejos entre el año 1999 y el 2003: la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), la Unión Económica Europea (UEE) y la de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

3.2.1. Definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

En el año 2002 la OMS definió el envejecimiento activo como: “el proceso de optimización de oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de que los viejos tengan calidad de vida” (OMS, 2002:99). Esta definición enfatizó actividades que tienen que ver con la participación continua de los adultos mayores en asuntos sociales, económicos, culturales, espirituales, cívicos y no sólo en su habilidad para permanecer física o económicamente activos. Tomó como fundamento los derechos humanos de la gente mayor, considerando como esenciales los principios de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) de independencia, participación, dignidad, cuidado y auto-realización e incorporó dos conceptos a su visión: el concepto de “Curso de Vida” (CV) y el de “Determinantes Sociales de la Salud” (DDS)” (Christenses, Erviky y Helgoy: 2003).

Settersten (2003) enfatiza que desde la perspectiva del CV, el desarrollo humano es un conjunto de procesos que transcurren a lo largo de toda la existencia desde el nacimiento hasta la muerte, dentro de las cuales se inscribe el envejecimiento. Lombardo y Krzemien (2008) proponen que el curso de vida es una perspectiva que puede ser definida como el estudio interdisciplinario del transcurrir de la vida humana (ontogénesis humana) que integra en su marco teórico un modelo explicativo acerca de las interacciones e interdependencias entre los procesos de desarrollo biológicos y psicológicos, el contexto socio-histórico y las dinámicas que lo afectan y los trayectos de vida individuales que se desarrollan en el marco tanto de sus obligaciones como de sus restricciones originada. En lo que respecta al concepto DSS, éste surgió en la década de 1970 y se definió en los siguientes términos:

Por DSS se entienden los determinantes estructurales y las condiciones de vida que son causa de buena parte de las inequidades sanitarias entre los países y dentro de cada uno [...] en particular de la distribución de poder, los ingresos y los bienes y servicios, las circunstancias que rodean la vida de las personas (acceso a la atención sanitaria, la escolarización y la educación, condiciones de trabajo y ocio, estado de su vivienda y entorno físico). En otras palabras, DDS resume el conjunto de factores sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales que ejercen gran influencia en el estado de salud (OMS, 2008:1).

La OMS considera que para el establecimiento de políticas y programas enmarcados dentro del envejecimiento activo deben considerarse los siguientes determinantes: cultura, género, los relacionados con los sistemas sanitarios y los servicios sociales, los conductuales, los relacionados con los factores personales (biología y genética), los relacionados con el entorno físico y social y los económicos (OMS, 2002).

En íntima relación con este enfoque de EA se agregan determinantes sociales de la salud entre los que destacan la posición social, el estrés, la vida temprana, la exclusión social, el trabajo, el desempleo, el apoyo social, las adicciones, la alimentación y el transporte (The Solid Facts, 2003). También se plantea que esta estrategia multidimensional opera tanto a nivel individual como colectivo y enfatiza la colaboración intersectorial para llevar a cabo las reformas políticas nacionales. Si bien el EA (visto desde la OMS) se sustenta en los elementos anteriores, es importante cuestionarse si los programas actuales consideran y llevan a la práctica aspectos concretos asociados a dichos determinantes. Más adelante haré una revisión al respecto.

3.2.2. Definición de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE)

La OCDE define el EA como “la capacidad de las personas, a medida que envejecen, para llevar una vida productiva en la sociedad y en la economía. Esto significa que la gente pueda escoger de modo flexible la forma en que pasa el tiempo a lo largo de la vida: aprendiendo, trabajando, tomando parte en actividades de ocio, cuidando a otros” (OECD, 2000: 126). De acuerdo con Hutchison, Morrison y Mikhailovich (2006) esta definición es más restringida y se orienta a promover que la gente mayor permanezca productiva. El énfasis de la OECD se enfoca en la transición del trabajo al retiro (particularmente en su financiamiento duración), la flexibilidad de las opciones para la transición trabajo-

retiro, la salud, el bienestar social y económico de los retirados y a la contribución a la economía y a la sociedad por parte de los que deciden continuar laborando.

De esta manera, la organización promueve que los individuos son los responsables de su situación (salud, empleo, retiro, entre otras) y asume que todos los retirados están en la posibilidad de tomar decisiones individuales y autónomas. Por otro lado, esta política no toma en cuenta los ambientes que influyen en la salud y en el bienestar a lo largo de la vida ni tampoco las particularidades de los países que forman parte de esta organización con respecto a las oportunidades de sus ciudadanos para continuar laborando.

3.2.3. Definición de la Unión Europea (UE)

Para este organismo, el EA se refiere a “adoptar estilos de vida saludables, trabajar más tiempo, jubilarse más tarde y mantenerse activo tras la jubilación”, promoverlo significa “aumentar las oportunidades para una vida mejor, sin disminuir los derechos”. La provisión de ingresos y de cuidados adecuados es parte de su agenda (Conference Com, 1999). Dicho de otro modo, el EA tiene que ver con el ajuste de las prácticas de vida a partir del hecho de que en la actualidad se vive más tiempo, con más recursos y con mejor salud que antes y promueve el aprovechar las oportunidades que estas mejoras ofrecen. Esta definición incorpora también la perspectiva del CV por lo que se acerca más a la definición de la OMS que a la de la OCDE y se orienta al análisis de las prácticas de los viejos.

3.2.4. Definición de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)

La CEPAL, en su *Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe* del Plan de Acción Internacional de Madrid, retoma el concepto de la OMS y promueve la optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad; el fomento a la autoestima y dignidad de las personas

así como el ejercicio pleno de todos sus derechos humanos y libertades fundamentales (CEPAL, 2003). Esta definición reconoce la importancia de que las personas mayores se integren al mundo laboral y que tengan acceso a oportunidades de formación y educación continua que les permitan disminuir brechas generacionales y de género. En el documento se reconoce la heterogeneidad de las personas envejecidas determinada por la edad, género, nivel socioeconómico, origen étnico, condición migratoria o de desplazamiento y la residencia urbana o rural, entre otras, adoptando asimismo el concepto de ciclo de vida.

Independientemente de los conceptos vertidos por estos cuatro organismos existen otros que han sido utilizados de manera indistinta a la par del concepto de EA entre los que destacan el de “envejecimiento satisfactorio” y el “envejecimiento competente”. El primero busca promover cambios en la conducta y el aprendizaje de comportamientos saludables y adaptativos a partir de la incorporación de estilos de vida saludables, de la prevención y de la creación de entornos que favorezcan la imagen de los viejos, mientras que el segundo busca disminuir las probabilidades de enfermedades y de discapacidades al favorecer el funcionamiento cognitivo y funcional con un alto compromiso con la vida (Fernández Ballesteros, 1998).

El manejo indistinto de términos en asociación con el EA ha llevado a generar una mayor confusión en el uso del término *activo* porque:

...son muchos los términos –y grande a veces la confusión- derivada de haber utilizado indistintamente al envejecimiento activo, con éxito, productivo o saludable, [...] podemos decir que si bien el envejecimiento satisfactorio se centra en la salud, el envejecimiento activo, exitoso, competente y satisfactorio pone su énfasis en la implicación activa del sujeto en la mejora de su proceso de envejecimiento (Castillo, 2008:11).

Por su parte, Hutchison, Morrison y Mikhailovich (2006) señalan que la inconsistencia del concepto “envejecimiento activo” ha ocasionado que las tareas, relacionadas con la identificación de un terreno común o con la implementación de

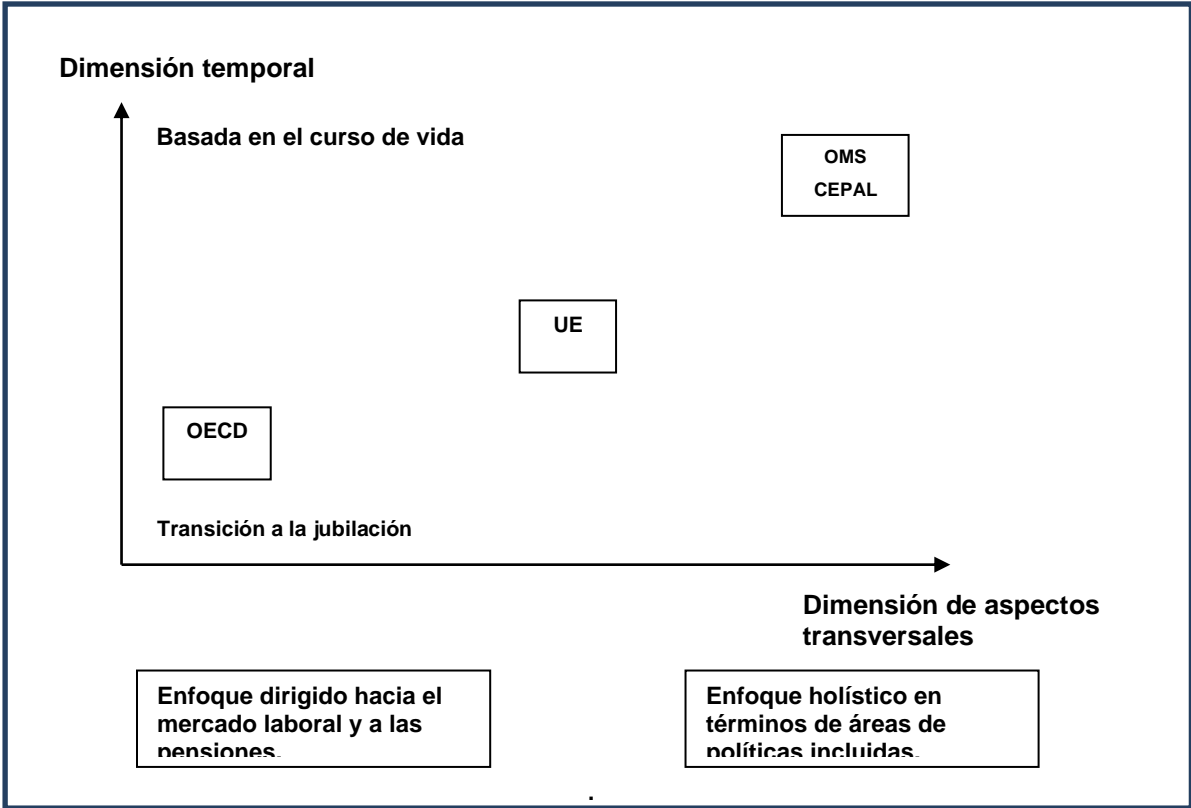
políticas que puedan ser comparables, se vuelvan más complejas tanto a nivel nacional como internacional. Sin embargo, dichos autores destacan que la ausencia de una definición clara no ha detenido los esfuerzos en la búsqueda de soluciones relacionados con los posibles problemas asociados con el incremento de la longevidad de la población mundial. En dicho sentido, cabe señalar que una buena parte del desarrollo de las políticas de envejecimiento activo ha tenido lugar dentro del marco de propuesta de la OMS.

El interés por revisar cada una de las definiciones anteriores se deriva de la importancia de entender la forma en la que han orientado las acciones cada uno de estos organismos y la manera en la que se reflejan o traducen en la formulación e implementación de sus políticas y programas. En ese sentido, Christenses, Erviky y Helgoy (2008) diseñaron un esquema para resumir las diferencias más destacadas entre la OECD, la UE y la OMS con respecto a los elementos que contemplan en sus políticas y programas de EA.

Como puede observarse en el diagrama 3.1, en el extremo inferior se encuentra la OEDC, misma que en la práctica tiene una visión muy restringida del EA al centrarse exclusivamente en el periodo de la jubilación (en cuanto a la dimensión de temporalidad), en el mercado laboral y las pensiones (en cuanto a la dimensión de aspectos transversales), dejando de lado la visión holística que pretende el EA. La UE se ubica en un lugar más central en la figura. Este organismo muestra una mayor apertura al reconocer la importancia de la perspectiva de ciclo vital así como otros elementos que permiten tener una visión más amplia del EA (incluye medidas para combatir la discriminación). La OMS toma en consideración varios aspectos de la calidad de vida evitando caer en una aproximación “productivista” estrecha como en el caso de la OECD. Esta perspectiva enfatiza que los adultos mayores no constituyen un grupo homogéneo y que la diversidad individual tiende a aumentar con la edad. La perspectiva del ciclo de vida también es considerada como esencial en la elaboración de las políticas preventivas. La figura coloca a dichas organizaciones dentro de un espacio constituido por dos dimensiones. La

primera, de carácter temporal, se mueve desde una perspectiva del ciclo vital hasta un periodo de tiempo más breve (la transición a la jubilación). La segunda representa la dimensión de aspectos transversales, es decir, el grado en que la comprensión del EA abarca una aproximación amplia u holística cubriendo varios campos de políticas, o si la atención se concentra en unos cuantos campos específicos tales como el mercado de trabajo o las políticas de pensión.

DIAGRAMA 3.1. DIFERENCIAS ENTRE LAS DEFINICIONES DE LA OECD, LA UE, LA OMS Y LA CEPAL



FUENTE: CHRISTENSEN, ERVIK Y HELGOY I (2003)

En la tabla 3.1 se muestran de manera sintética los elementos que a mi juicio están implícitos y explícitos en las nociones y definiciones de EA de los cuatro organismos internacionales revisados: la OMS, la OECD, la UE y la CEPAL.

TABLA 3.1. NOCIONES IMPLÍCITAS Y EXPLÍCITAS DE EA EN DOCUMENTOS RECTORES				
	OMS	OECD	UE	CEPAL
Concepción de viejo	Ahistórico, homogéneo, descontextualizado Recurso	Ahistórico, homogéneo, productivo, jubilado, recurso	Recurso	Recurso
Concepción de envejecimiento	Parte del curso de vida como hecho biológico y social	Jubilación	Parte del curso de vida	Parte del ciclo de vida
Relación viejo-sociedad	Paternalista	Paternalista	Paternalista	Paternalista
Relación de poder entre el viejo y la institución	Control. Responsabiliza al viejo	Control Responsabiliza al viejo	Control. Responsabiliza al viejo	Control. Responsabiliza al viejo
Beneficiario explícito del programa	El viejo	El viejo, la familia, la sociedad	El viejo, la familia, la sociedad	El viejo
Beneficiario implícito del programa	El Estado	El Estado	El Estado	El Estado
Beneficiario real del programa	El Estado, las instituciones medida, el viejo	El Estado, las instituciones y, en menor medida, el viejo	El Estado, las instituciones y, en menor medida, el viejo	El Estado, las instituciones y, en menor medida, el viejo
¿Quién decide?	El Estado, la institución	El Estado, la institución	El Estado, la institución	El Estado, la institución
¿Quién decide? (explícitamente)	El viejo	El viejo	El viejo	El viejo
Vida propuesta para el viejo	Vidas prescritas por el Estado, por las instituciones Restringe los derechos	Se responsabiliza al individuo de sus elecciones individuales y autónomas	Vidas prescritas por el Estado, por las instituciones: Responsabiliza al viejo	Vidas prescritas por el Estado, por las instituciones: Responsabiliza al viejo
Conceptualización del término "activo"	Participación constante y activa en asuntos sociales económicos, culturales, espirituales y cívicos, y no sólo a la habilidad para estar físicamente activo o para participar en la fuerza laboral	Capacidad de la gente para ser productiva	Adopción de estilos de vida saludables, trabajar durante un mayor tiempo, demorar la jubilación ser activo después del retiro, cuidar la salud	Proceso de optimizar oportunidades de salud, participar a fin de mejorar la calidad de vida fomento de la autoestima, la dignidad y los derechos y libertades
¿Desde qué conocimiento?	Científico	Científico	Científico	Científico

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 3.1 el lector(a) puede observar cómo el Estado, en virtud de la incapacidad para resolver los problemas derivados del envejecimiento y de la vejez, tiende a responsabilizar al viejo de su situación y a delegar en él las acciones para el cambio (los viejos tienen que adoptar estilos de vida saludables, si no lo hacen, por eso enferman, la actividad es la base de la salud, entre otras cosas). Se observa que quien realmente se beneficia de esta política es el Estado, ya que en cierta forma se deslinda de las responsabilidades de crear las condiciones para que los viejos ejerzan su derecho a la salud y a la participación.

3.3. Documentos rectores en la construcción del concepto de Envejecimiento Activo

A principios del año 2000 las políticas de la OMS, de la OECD y de la UE se ocuparon del EA. Un conjunto de documentos clave contribuyeron y han dando forma a las agendas de las reformas internacionales sobre envejecimiento y que reflejan los principales dominios de influencia como los derechos humanos, las necesidades específicas de los adultos mayores, los resultados e inequidades de los programas de salud y los determinantes sociales de la salud.

La tabla 3.2 describe algunos documentos, entre los que destacan la Declaración universal de los derechos humanos, la Primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento y el Plan de Acción Internacional; la Carta de Ottawa para la promoción de la salud (1986); los Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad; los Determinantes sociológicos de la salud: los datos duros (OMS); la Declaración política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, el Envejecimiento activo: un marco político (OMS); la carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado y *El predicamento de la inequidad. Reporte sobre la situación social mundial 2005* (ONU). La revisión se hace desde una perspectiva cronológica.

TABLA 3.2. DOCUMENTOS RECTORES EN LA CONSTRUCCIÓN DEL CONCEPTO DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO (EA)	
Declaración universal de los derechos humanos	La preocupación internacional por garantizar el respeto a los derechos de las personas adultas mayores se remonta hacia 1948 cuando Argentina presentó una iniciativa ante la ONU para elaborar un instrumento internacional dirigido a este grupo poblacional denominado <i>Declaración de los derechos de la ancianidad</i> que establece algunos derechos fundamentales de los ancianos como la igualdad, la no discriminación, el derecho a la seguridad social y a condiciones de vida adecuadas constituyendo un modelo o patrón moral para guiar las acciones de los Estados en la materia. La declaración universal (adoptada por la asamblea general de las Naciones Unidas en 1948) es sin duda el instrumento en esta materia más relevante a nivel internacional
Primera asamblea mundial sobre envejecimiento y plan de acción internacional	El plan de acción internacional formulado durante la primera asamblea mundial sobre envejecimiento celebrada en Viena en 1982, constituyó un documento integrador de las principales estrategias y programas internacionales, regionales y nacionales formulados en respuesta a los problemas y necesidades de carácter mundial. Buscó fortalecer la capacidad de los países para abordar de manera efectiva el envejecimiento de su población, atender las preocupaciones y necesidades de las personas ancianas y fomentar una respuesta internacional a partir de medidas dirigidas al establecimiento de un nuevo orden económico internacional. Una limitación fundamental fue el hecho de haberse centrado en los países desarrollados
Carta de Ottawa para la promoción de la salud (1986)	La <i>Carta de Ottawa</i> define el objetivo central de la Promoción de la Salud (PS) como el de “proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”, sosteniendo que “para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe de ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente” (Primera Conferencia de Ottawa, 1986). Asimismo, enfatiza la importancia de promocionar el concepto de salud y de proporcionar los medios para alcanzar la equidad sanitaria a través de la elaboración de políticas públicas, de la creación de ambientes favorables, del reforzamiento de la acción comunitaria, del desarrollo de aptitudes personales y de la reorientación de los servicios sanitarios
Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad	La ONU emitió en 1991 un documento titulado <i>Principios a favor de las personas adultas mayores</i> aprobado en su asamblea general. Estos principios incluyeron los derechos y oportunidades relativos a la independencia, la participación, los cuidados, la autorrealización y la dignidad. En su conjunto, se constituyeron en la guía fundamental del marco político del envejecimiento activo y se ubican en las premisas generales de los derechos humanos que se consideran como universales, imprescriptibles, innatos, irrenunciables, interdependientes y complementarios (Huenchuan y Morlachetti, 2005)
Determinantes sociológicos de la salud: los datos duros (OMS)	Se plantea la influencia que tiene la pobreza en la forma de vivir y de enfermar (los más pobres viven menos y se enferman más a menudo que los ricos, lo que pone de relieve al ambiente social como determinante de la salud). También examina el gradiente social en salud y explica cómo las influencias psicológicas y sociales afectan la salud física y la longevidad. Asimismo reconoce las repercusiones que tiene sobre la salud el <i>stress</i> , la exclusión, las condiciones de trabajo, el desempleo, el apoyo social, las adicciones, la comida saludable y las políticas de transporte en la salud. Se destaca la importancia de orientar tanto las políticas como las acciones a la atención de los DDS, atacando y previniendo
TABLA 3.2. DOCUMENTOS RECTORES EN LA CONSTRUCCIÓN DEL CONCEPTO DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO (EA) (CONTINÚA)	

<p>Declaración política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el envejecimiento</p>	<p>En el primer documento se establecieron los compromisos de los gobiernos para responder a los desafíos que plantea el envejecimiento a las formas de organización social, económica y cultural, en tanto que el segundo constituyó un instrumento programático en el que se plantearon múltiples recomendaciones en tres áreas prioritarias: protección de los derechos humanos de las personas mayores, brindar accesos de salud integrales y adecuados para sus necesidades, y la creación de un entorno propicio y favorable.</p>
<p>Envejecimiento activo: un marco político (OMS)</p>	<p>El documento se dirige a directivos de organismos gubernamentales, no gubernamentales y del sector privado y parte de la premisa de que la salud debe ser entendida desde una perspectiva amplia y de que la participación de los diferentes sectores es fundamental. Asimismo se sugiere que los profesionales en salud deben tomar la iniciativa para alcanzar el objetivo de que “las personas mayores sanas sigan siendo un recurso para sus familias, comunidades y para las economías.” (OMS, 2002:95). Está estructurado en 5 apartados: el primero describe el rápido crecimiento mundial de la población mayor de 60 años (especialmente en los países en vías de desarrollo); presenta el concepto y los fundamentos del EA en el segundo; el tercero y cuarto exponen los factores que se consideran como determinantes del envejecimiento activo y se presentan “los siete desafíos” que enfrenta la sociedad respecto al proceso. El quinto contempla el desarrollo de estrategias globales, nacionales y locales sobre el envejecimiento de la población resaltando tres pilares para la acción: la salud, la participación y la seguridad.</p>
<p>La carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado</p>	<p>Establece las medidas, los compromisos y las premisas necesarias para abordar los factores determinantes de la salud en un mundo globalizado mediante la PS. Afirma que las políticas y alianzas destinadas a empoderar a las comunidades y a mejorar la salud y la igualdad deben ocupar un lugar central en el desarrollo mundial y nacional. Amplía las cinco áreas de acción establecidas en la carta de Ottawa e insta a los interesados a abogar por la salud sobre la base de los derechos humanos.</p>
<p>El predicamento de la inequidad. Reporte sobre la situación social mundial 2005 (ONU)</p>	<p>Se enfoca en el reconocimiento de la fractura que existe entre las economías formales e informales, en la creciente brecha entre trabajadores calificados y no calificados, así como en las crecientes disparidades en salud, educación y en oportunidades de participación social, económica y política. Hace un diagnóstico de la situación entre las que se encuentran las inequidades entre y dentro de los países, el desempleo, las inequidades salariales, las brechas extensas en el acceso a las salud (vacunas, atención a madres y niños, nutrición), la educación y por último a la exclusión de los pueblos indígenas, las personas con incapacidades, los ancianos y los jóvenes tanto de los procesos de toma de decisiones como de los procesos políticos. Por tanto, el Reporte hace una serie de recomendaciones entre las que destacan: la redirección de las asimetrías mundiales que resultan de la globalización poniendo énfasis en una distribución más equitativa de los beneficios de una economía mundial crecientemente más abierta, enfocar la atención en la reducción de las desigualdades en el acceso a recursos y oportunidades; y la ampliación de oportunidades para un empleo productivo y decente.</p>

Fuente: Elaboración propia

La revisión muestra la incorporación de diferentes elementos en la construcción del EA que van desde la incorporación de los derechos humanos, la promoción de la salud, el análisis de los determinantes de la salud y el compromiso de los gobiernos para la atención hasta la elaboración de las leyes para atender el envejecimiento de la población. A continuación describo cada uno de ellos.

3.4. Una revisión de los avances en la aplicación internacional del EA como política y en el diseño y operación de programas dirigidos a los viejos

En esta sección presento una revisión de los avances en el establecimiento de la política de EA en países miembros de la OECD, de la UE y en países latinoamericanos. El propósito es analizar de manera sucinta los aspectos en los que se han enfocado estos programas, los resultados obtenidos y las dificultades enfrentadas para su puesta en práctica.

En un primer momento presento los programas llevados en algunos países miembros de la OECD para después mostrar la experiencia de 25 países de la UE y terminar con algunas propuestas llevadas a cabo en América Latina. Cabe señalar que la información que presento es tomada de un conjunto de informes elaborados por diferentes instancias como parte de programas de seguimiento convenidos en la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento. Los documentos en su conjunto crean los precedentes del envejecimiento activo, sin embargo, en la práctica no se incluyen y por lo tanto se tiene una visión muy reducida de esta política.

En otro apartado presento las acciones emprendidas en México con respecto al EA y finalmente concluyo con una delimitación del trabajo que viene realizando la Unidad de Investigación.

3.5. La OECD y sus programas

Con base en Hutchison, Morrison y Mikhailovich, (2006), presento aquí los fundamentos que retoma cada país en la construcción de sus estrategias de EA, los objetivos que se plantean, las medidas para alcanzarlos, las metas propuestas y las fortalezas y debilidades encontradas en sus programa.

La Agencia de Salud Pública de Canadá (*The Public Health Agency of Canada-PHAC*) promueve el envejecimiento activo como una estrategia multidisciplinaria, multisectorial y coordinada, que busca fomentar la participación y la igualdad para la gente mayor. El reporte de la OCDE, *Políticas de Envejecimiento y Empleo: Canadá*, sostiene que ese país se encuentra mejor preparado para hacer frente a los retos implicados por el envejecimiento de la población, sin embargo sugiere que debe fomentarse una mayor participación como fuerza de trabajo y que es necesario realizar reformas a las políticas de pensiones propiciando de esta manera la flexibilidad necesaria para que los trabajadores tengan opciones como, por ejemplo, la combinación de pensiones con salarios y así, poder continuar laborando.

Nueva Zelanda promulgó su *Estrategia de Envejecimiento Positivo* antes de la política de EA de la OMS. Es importante destacar que se trata de una estrategia de amplio alcance que refleja la estructura de envejecimiento activo de la OMS. Este país ha integrado exitosamente su política de envejecimiento desde un enfoque multidisciplinario cuyo funcionamiento se evalúa a través de reportes anuales.

Suecia ha realizado importantes acciones orientadas al envejecimiento de la población. Entre ellas destaca la implementación de una reforma en el sistema de pensiones públicas que ofrece opciones de retiro más flexibles para los trabajadores mayores quienes pueden combinar el trabajo y su pensión a partir de los 61 años. También se han establecido estrategias para promover el

aprendizaje de por vida para elevar las tasas de empleo de adultos mayores y para el desarrollo de su sistema de atención pública.

En lo que se refiere a los Estados Unidos, la OCDE recomendó al gobierno considerar un enfoque de seguro social más balanceado de manera que se pudiese mejorar la sustentabilidad financiera a largo plazo. Para mejorar las opciones de retiro y animar a los trabajadores estadounidenses a continuar trabajando por más tiempo, la OCDE recomendó entre otras medidas: aumentar la edad mínima para la seguridad social, fortalecer las medidas para combatir la discriminación por motivo de edad, eliminar medidas que aumenten los costos de emplear a trabajadores mayores, aumentar la tasa de aspirantes a puestos de trabajo de edad avanzada que obtienen empleos y aumentar las oportunidades de entrenamiento para los trabajadores menos experimentados y mejorar las condiciones de trabajo.

Con base en la anterior revisión, destaco las acciones y los avances en el desarrollo de políticas de envejecimiento activo en un conjunto de países desarrollados miembros de la OCDE cuyos resultados dictan un marco de referencia fundamental para comprender fortalezas y desafíos en el campo. En el anexo 1 de esta comunicación el lector o lectora encontrará un resumen de dichos avances. En el siguiente apartado revisaré aspectos centrados en la implementación de la política de EA tomando como elemento de análisis la iniciativa de concertación que a nivel regional constituye la Unión Europea.

3.6. La Unión Europea y sus programas

En su estrategia para fomentar el envejecimiento activo, la Unión Europea (UE) hace hincapié en un acuerdo conjunto entre los países miembros dirigido a establecer un enfoque participativo que proporcione a sus ciudadanos oportunidades adecuadas para desarrollarse. Destaca el hecho de que el énfasis no se centra exclusivamente en el grupo de viejos sino que se dirige a todos los

ciudadanos a partir de que el envejecimiento es un proceso que se presenta en todas las personas. En el caso de la UE, a partir de 2001 el EA se convirtió en una directriz para la elaboración de políticas y de programas planteándose como objetivo el potenciar el desarrollo económico de sus países.

Para dicho organismo, la puesta en práctica de este concepto implica la búsqueda de vías que permitan encontrar la forma de desarrollar las aptitudes y el potencial laboral de las personas manteniendo al mismo tiempo su salud, motivación y capacidades a medida que van envejeciendo (Commission of the European Communities, 1999). La UE toma como directrices las conclusiones formuladas en la *Estrategia de Lisboa*: aumentar la tasa de empleo de los trabajadores de más edad en un 50 % como promedio hasta 2010 e incrementar el promedio de edad para la jubilación en cinco años para el final de la década (en 2001 la edad promedio de jubilación era de 59.9 años). Sin embargo, en su informe anual de 2006 sobre la *Estrategia de Lisboa*, la comisión reconoció que los avances en relación con el crecimiento continuaban siendo desiguales.

En función de lo anterior, en 2007 se publicó el documento *Análisis comparativo de políticas de envejecimiento activo en la Unión Europea*, en el que se señaló que durante la última década los problemas planteados por el envejecimiento de la población en Europa han dado pie a diferentes respuestas políticas por parte de los gobiernos y de los interlocutores sociales. Un planteamiento central del documento es que la participación de trabajadores (hombres y mujeres) de más edad en el mercado laboral debe constituir un factor medular para la consecución de un desarrollo económico y social sostenible en la Unión Europea, estableciéndose el EA como la estrategia central para alcanzar esos objetivos.

El programa de los 25 países miembros para garantizar el EA de sus ciudadanos establece los siguientes indicadores de logro: oferta de incentivos para evitar jubilaciones anticipadas, prevención del desempleo con tratamientos individualizados, estrategias de formación continua y aprendizaje permanente,

flexibilización de condiciones de trabajo (promoción de contratos de tiempo parcial) y reducción de la carga laboral, estrategias de fomento de valoración del factor edad medidas dirigidas a evitar la discriminación laboral por edad, mejora en las condiciones de trabajo (higiene y seguridad) y participación conjunta de interlocutores sociales. En el anexo 2 condenso las acciones que estos países han realizado.

El común denominador de logro es el establecimiento de incentivos para evitar jubilaciones anticipadas, la prevención del desempleo con tratamientos individualizados y las estrategias de formación continua y aprendizaje permanente. Italia y Francia son los países que han desarrollado estrategias y programas para cubrir todos los indicadores (seguidos por Suecia, Dinamarca y Eslovenia) en tanto que Polonia, Portugal, Alemania y Austria cubrían para 2007 un número limitado de indicadores. Si bien el informe también presenta datos relacionados con el cumplimiento de las metas establecidas como parte de la *Estrategia de Lisboa*, lo relevante es que las estrategias de EA se centran en las cuestiones laborales en su conjunto y están fuera del ámbito de decisión de los actores sociales implicados, esto es, la participación de estos actores es muy limitada y por lo tanto el nivel de cumplimiento de la participación tal y como se plantea en los documentos rectores del EA está lejos de alcanzarse.

Destaca en el documento la importancia de campañas de sensibilización dirigidas a modificar estereotipos hacia las personas trabajadoras de más edad que los caracterizan como menos productivos, con dificultades para adaptarse a los cambios y propensos a ausencias del trabajo por enfermedades considerándose que los cambios en la percepción se configuran como elementos centrales para el impulso del empleo de las personas mayores. El estudio comparativo muestra el interés del desarrollo de nuevos enfoques para fomentar la participación de los adultos mayores en actividades formativas, sin embargo, un punto obligado de la agenda será analizar:

...si el enfoque centrado en el EA contribuirá gradualmente a sustituir la exaltación de la juventud que prevalece en la actualidad a nivel mundial por los valores de la solidaridad y por un enfoque del empleo y de la gestión de recursos humanos en donde la edad no constituya el único criterio de decisión (Hessel, 2008:163).

Considero que lo anterior constituye en elemento fundamental a trabajar y difícil de superar, ya que dentro de las grandes estructuras la juventud y la clasificación por edad juegan un papel muy importante.

3.7. La CEPAL y sus programas

La situación que enfrentan América Latina y el Caribe tiene dos características particulares: el envejecimiento ha sido más rápido que el registrado históricamente en los países desarrollados y este se genera en un contexto caracterizado por una alta incidencia de pobreza, una persistente desigualdad, un escaso desarrollo institucional, una baja cobertura y calidad de los sistemas de protección social y una fuerte sobrecarga a la familia (la que además de hacerse cargo de las necesidades de las personas de edad avanzada, es responsable de los vacíos derivados de la exigua presencia de otras instituciones sociales como dispositivos de protección y de cohesión) (CEPAL, 2009).

El objetivo de este apartado es sintetizar e integrar a nivel esquemático las acciones que la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) ha llevado a cabo para alcanzar el EA. Para el análisis tomo como base dos documentos: uno publicado en 2007, el *Informe sobre la aplicación de la estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe* del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento, que presenta los avances alcanzados por los países de la región en la aplicación de la *Estrategia de EA* y fue preparado por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) y por la División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). El segundo documento analizado se titula *Avances en el seguimiento e implementación de la declaración de Brasilia*, elaborado por el CELADE. En primer lugar presento de manera esquemática en qué consiste la

Estrategia así como las acciones llevadas a cabo en los siguientes ámbitos: derechos, seguridad social, salud y entornos favorables, todo esto de acuerdo al Informe 2007 de la CELADE. A continuación reviso las acciones que la CEPAL ha venido realizando en los dos últimos años para el seguimiento del Plan de Acción sobre Envejecimiento. Finalmente, analizo los logros alcanzados y los desafíos por enfrentar.

En 2002, la Segunda Asamblea Mundial sobre envejecimiento realizada en Madrid representó el inicio de la atención a este en el mundo. Dicha iniciativa partió de una comprensión del fenómeno que iba más allá de la estadística pues significó una transformación de las sociedades en su conjunto y demandó la elaboración de políticas y de programas para enfrentar los retos asociados. Como producto de esta, se elaboraron un par de documentos que guiaron las acciones en torno al envejecimiento a nivel mundial: *la Declaración política* y el *Plan de acción*.

Por otro lado, en 2003 se celebró en Chile la Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento con el objetivo de establecer la estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento. En ella se establecieron las siguientes orientaciones generales que fundamentan sus metas, objetivos y sus áreas prioritarias (información más detallada se presenta en la tabla 3.3):

- El envejecimiento activo, entendido como el proceso de optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas mayores, fomenta la autoestima y la dignidad de las personas así como el ejercicio pleno de todos sus derechos humanos y libertades fundamentales.
- El protagonismo de las personas mayores en el logro de su bienestar económico supone una plena integración en el mundo laboral y el acceso a oportunidades de formación y educación continua que les permita disminuir brechas generacionales y de género.

- Una de las principales características del grupo de personas mayores es su heterogeneidad determinada por diferencias de edad, género, nivel socioeconómico, etnia, condición migratoria o de desplazamiento, residencia urbana o rural, entre otras.
- Es necesario adoptar un enfoque de ciclo de vida y de visión prospectiva de largo plazo a fin de entender que el envejecimiento es un proceso que se desarrolla a lo largo de toda la vida y por lo tanto exige considerar el efecto en la vejez de las acciones realizadas en etapas precedentes.
- La solidaridad intergeneracional es un valor fundamental para guiar las acciones dirigidas a las personas mayores. Se trata de avanzar hacia la construcción de una actitud de respeto, apoyo, estimulación e intercambio entre generaciones.
- La incorporación de la cuestión del envejecimiento en el desarrollo integral y en las políticas públicas, con la consecuente reasignación de recursos entre las generaciones, es parte de los ajustes necesarios para dar respuesta a los problemas de las sociedades demográficamente más envejecidas. En estas se requiere un nuevo contrato social en que participe el conjunto de la sociedad, con miras a lograr la erradicación de la pobreza y una mejor calidad de vida para las personas mayores en la región (CEPAL, 2003).

En la conferencia se estableció un acuerdo para la aplicación y seguimiento de la *Estrategia* en donde se responsabiliza a los gobiernos de los países firmantes a que lleven a cabo las acciones establecidas. El objetivo que se planteó fue alentar a los países para llevar a cabo acciones para alcanzar las metas y objetivos de esta. Asimismo, se pretende que cada país establezca los mecanismos para su aplicación, seguimiento, evaluación y revisión de acuerdo con su realidad específica. En el anexo 4 se presentan los avances en la implementación de la *Estrategia* en función de los indicadores propuestos por la misma con base en el planteamiento de los siguientes objetivos:

- Incorporación del envejecimiento en todos los ámbitos de política pública con el propósito de adecuar las intervenciones del Estado al cambio demográfico y a la construcción de una sociedad para todas las edades.
- Consecución de asistencia técnica a través de la cooperación entre países y del apoyo de los organismos internacionales para el diseño de políticas y programas sobre envejecimiento.
- Elaboración e implementación de un sistema de indicadores específicos que sirva de referencia en el seguimiento y evaluación de la situación de las personas mayores a nivel nacional y regional.
- Desarrollo y promoción de investigaciones sobre los principales aspectos del envejecimiento a nivel nacional y regional.
- Solicitud a la CEPAL y demás organizaciones pertinentes de propiciar contactos con todos los países de la región haciéndoles llegar el ofrecimiento formal de apoyo del grupo interinstitucional para desarrollar los mecanismos necesarios que permitan la aplicación adecuada de los compromisos emanados de esta Conferencia (CELADE, 2003).

Es un hecho que en América Latina y el Caribe la población está envejeciendo. Una transformación demográfica de este carácter tiene profundas repercusiones en la sociedad en ámbitos específicos de las políticas públicas como son la cohesión social, los derechos humanos y el papel del Estado (CELADE, 2007). El proceso de envejecimiento en Latinoamérica impone a nuestros países importantes desafíos dado que la tasa de crecimiento de la población de adultos mayores es más elevada que en los países desarrollados y el cambio demográfico ocurrirá de forma acelerada.

De acuerdo con los datos presentados por la CELADE (2007) los principales retos que enfrenta Latinoamérica son los siguientes:

- Escaso acceso a pensiones de vejez que les garanticen protección frente a los riesgos de pérdida de ingresos en la edad avanzada.

- La cobertura de seguridad social en el empleo es absolutamente desigual, situación que se agudizará en las siguientes generaciones.
- Las opciones en el mercado laboral para las personas mayores son pocas, desventajosas y carecen de protección social.
- Los sistemas de salud se adaptan de manera muy lenta a los cambios demográficos y epidemiológicos. La atención es costosa y poco oportuna.
- Desigual cobertura en salud.
- La adaptación de los entornos es lenta y dificulta el ejercicio de los derechos en la vejez.
- Prevalencia de una cultura de discriminación hacia la vejez.
- El acceso a los servicios básicos y vivienda es desigual, lo que afecta la convivencia inter-generacional.
- Los espacios públicos presentan deficiencias de acceso.
- Hay un incremento de hogares con adultos mayores.
- La familia es la institución que absorbe los riesgos económicos durante la vejez y la fuente principal de apoyo a los adultos mayores.
- Las configuraciones familiares están cambiando, lo que repercutirá en los cuidados de la familia hacia los adultos mayores.

Si para los países europeos está siendo difícil alcanzar las metas del EA, para América Latina el desafío es aún mayor. Desde 1997 la CELADE planteó que el rápido envejecimiento de su población conlleva múltiples retos y exige respuestas que garanticen la distribución justa de recursos que respondan a las necesidades de todos los grupos etarios de la sociedad. La pregunta clave planteada es cómo ayudar a que este grupo participe plenamente y partir de un esfuerzo concertado en la alternativa que representa el EA.

En los países que soportan una doble carga epidemiológica las políticas sanitarias tendrán que abordar de manera más explícita esta situación. Algunos habrán de enfrentar todavía el problema de cómo alcanzar los objetivos de desarrollo del

milenio en cuanto a la reducción de la mortalidad materna e infantil al tiempo que deberán reajustar sus sistemas sanitarios para hacer frente a las necesidades de una creciente población de edad avanzada (Naciones Unidas, 2007b). En contraparte, en los países más adelantados será fundamental hacer hincapié en la promoción de la salud en todas las etapas de la vida, con el fin de reducir al mínimo las enfermedades crónicas. (CELADE, 2007).

De acuerdo con un informe reciente de las Naciones Unidas (2007b) los países en desarrollo deben evitar repetir los errores de algunos de los países más ricos que construyeron numerosas instituciones para las personas de edad. La atención de la comunidad resulta una solución más eficaz e incluso, si no existe otra opción que el ingreso a un centro de larga estadía, el proceso debe adaptarse a la cultura local y no limitarse a seguir las pautas previamente establecidas.

La ONU (2009), en su informe *Ulterior aplicación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*, presenta las prioridades de sus miembros para los próximos años y expone tanto sus opiniones sobre los mecanismos para mejorar la aplicación del Plan como las opciones de modalidades de examen y evaluación futuras. Las prioridades comunes a todas las regiones son: establecer sistemas sostenibles de protección social, alentar la participación de las personas de edad en los mercados de trabajo, atender la demanda creciente de servicios de atención de la salud accesibles y de calidad en general (y de cuidados a largo plazo en particular) y garantizar los derechos y la participación de las personas de edad en la sociedad (ONU, 2009). El Informe reporta las siguientes problemáticas y acciones como prioridades para la aplicación del Plan de Acción.

1. Los Estados miembros y los “observadores permanentes” expresan su apoyo para alcanzar la plena realización de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas de edad; su empoderamiento para una participación plena y eficaz; las oportunidades de desarrollo individual, autorrealización y bienestar para toda la vida; el pleno disfrute de los derechos

cívicos, culturales, económicos, políticos y sociales y la eliminación de todas las formas de violencia y discriminación hacia las personas adultas mayores; la importancia de las familias, la dependencia intergeneracional y la solidaridad para el desarrollo social.

2. Se reconoce que la marginación económica y social de los adultos mayores es un hecho común y generalizado en todo el mundo debido tal vez a que persiste el enfoque de “beneficencia”. Los Estados plantean que centrarse en un enfoque de derechos facilitaría la elaboración de iniciativas para apoyar la independencia y empoderamiento. Se plantea la importancia de la inclusión, de la cohesión social, la solidaridad intergeneracional y la construcción de una sociedad para todas las edades. Sin embargo, se subraya la necesidad de buscar las mejores estrategias y de debatir sus ventajas e inconvenientes.

TABLA 3.3. ESTRATEGIA REGIONAL DE IMPLEMENTACIÓN PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE DEL PLAN DE ACCIÓN INTERNACIONAL DE MADRID

	Las personas de edad y el desarrollo	El fomento de la salud y el bienestar en la vejez	Creación de un entorno propicio y favorable
Meta general	Protección de los derechos humanos de las personas mayores y creación de condiciones de seguridad económica, de participación social y de educación que promuevan la satisfacción de las necesidades básicas de las personas mayores y su plena inclusión en la sociedad y el desarrollo	Las personas mayores deberán tener acceso a servicios de salud integrales, adecuados a sus necesidades que garanticen una mejor calidad de vida en la vejez así como la preservación de su funcionalidad y autonomía	Las personas mayores gozarán de entornos físicos, sociales y culturales que potencien su desarrollo y favorezcan el ejercicio de derechos y deberes en la vejez.
Objetivos específicos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promover los derechos humanos de las personas mayores. 2. Promoción del acceso y en condiciones de igualdad al empleo decente, a la formación continua y al crédito para emprendimientos propios o comunitarios 3. Ampliación y mejoramiento de la cobertura de pensiones, tanto contributivas como no contributivas. 4. Promoción de la igualdad de oportunidades y de acceso a la educación a lo largo de toda la vida 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promoción de una cobertura universal de las personas mayores a los servicios de salud, incorporando el envejecimiento como componente esencial de las legislaciones y políticas nacionales de salud 2. Establecimiento de un servicio integral de salud que responda a las necesidades de las personas adultas mayores, fortaleciendo y reorientando para ello los servicios existentes y creando los que sean necesarios 3. Promoción de conductas personales y ambientes saludables a través de leyes, políticas, programas y acciones nacionales y comunitarias. 4. Creación de marcos legales y mecanismos adecuados para la protección de los derechos de las personas mayores que utilizan los servicios de cuidado de largo plazo. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adaptación del entorno físico a las características y necesidades de las personas mayores para lograr una vida independiente en la vejez. 2. Aumento de la disponibilidad, sostenibilidad y adecuación de los sistemas de apoyo social de las personas mayores. 3. Eliminación de todas las formas de discriminación y maltrato en contra de las personas mayores 4. Promoción de una imagen positiva de la vejez

Fuente. CEPAL Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento: hacia una estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. 2003.

Aunque de acuerdo con los informes los avances son importantes, es fundamental llevar a cabo un análisis exhaustivo del éxito que algunos países han tenido en materia de reformas e iniciativas que tienen que ver con el EA con el propósito de adaptarlas a otros contextos con base en la realidad de cada país. Del mismo es necesario revisar métodos para garantizar que las políticas sobre este sean llevadas a la práctica y que los diferentes sectores o sistemas involucrados con ellas trabajen eficazmente, así como identificar los mejores métodos para la evaluación del impacto de los distintos enfoques y políticas. Por último, habrá de ser determinante analizar las estrategias que otros países están empleando ante la heterogeneidad de sus poblaciones y buscar otros métodos para la promoción del EA en los grupos más vulnerables o marginados.

3.8. México y sus avances en el marco del envejecimiento activo

Durante la Segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento de Madrid, los países participantes, incluido México, adoptaron el Plan de Acción Internacional sobre el envejecimiento. En dicho documento se propuso responder a las oportunidades que ofrece y los retos que plantea el envejecimiento de la población en el siglo XXI, así como promover el desarrollo de una sociedad internacional abierta a todas las edades cuyas prioridades sean las personas de edad y el desarrollo, la promoción de la salud, el bienestar en la vejez y el logro de entornos emancipadores. México participó en reuniones para la implementación de la *Estrategia regional para América Latina y el Caribe* en Santiago de Chile en 2003 así como en el “Primer examen y evaluación” del Plan de Acción.

En este apartado presento los avances que México ha tenido en la puesta en marcha de acciones concretas relacionadas a los diferentes rubros contemplados en el Plan de Acción. En primer lugar, integro de manera esquemática los avances en materia jurídica así como en convenios, tratados, políticas, acciones públicas, planes y programas. Enseguida analizo datos sobre un informe presentado por el

Instituto Nacional de Atención para los Adultos Mayores (INAPAM) para concluir con una reflexión integradora sobre la información presentada.

3.9. Recapitulación sobre acciones de envejecimiento activo en México

De acuerdo con estimaciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), actualmente residen en México 8.5 millones de personas mayores de 60 años, para el 2030 se espera que sean 20.7 millones, en tanto que para la mitad del siglo se han previsto 33.8 millones. Esto se reflejará en el aumento de la proporción de adultos mayores en las próximas décadas: en 2030 se incrementará 17.1% y un 27.7% en 2050, es decir, México se transformará paulatinamente en un país con más viejos que niños. Actualmente por cada 28 personas de la tercera edad hay 100 menores de 15 años; en menos de 30 años (2035) habrá la misma cantidad de niños y de viejos mientras que en 2050 el país tendrá 165 adultos mayores por cada 100 niños. Ante este escenario la relevancia de trabajar en torno al fenómeno del envejecimiento es fundamental en nuestro país.

Nuestro país ha impulsado avances y acciones concretas en cumplimiento a lo previsto por el Plan internacional (anexo 4). Dichos avances tienden a circunscribirse a planteamientos y decretos normativos que en la práctica difícilmente se traducen en acciones positivas a favor de este grupo de edad, enfocándose primordialmente en un esquema asistencialista y paternalista que va en detrimento de la participación de los adultos mayores prevista en el documento. En lo que se refiere al ámbito de la legislación de derechos para los adultos mayores el avance es aún limitado y no se han consolidado estrategias para su divulgación y cumplimiento, en consecuencia, el fenómeno de la discriminación y exclusión de este grupo continúa siendo un tema por resolver. Por otro lado, si bien México se ha adherido y firmado diversos convenios internacionales, el carácter no vinculante de éstos hace difícil su puesta en práctica al igual que en otras partes del mundo, esto es, aun cuando en el documento de diagnóstico presentado por la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS:2008)

se establece que México está realizando un trabajo intersectorial sobre el tema, en la práctica cada institución funciona por su cuenta con programas que se duplican y que fomentan la dependencia de los viejos y el protagonismo de las instituciones. En general, las acciones que se llevan a cabo carecen de programas de evaluación sistemáticos y cuando se tienen se realizan en función de estadísticas y no de su impacto en las realidades de los actores sociales.

A lo anterior se añade el hecho de que en México, al igual que en otros países de Latinoamérica e incluso de Europa no existe un consenso con respecto a la conceptualización del EA. En tanto que algunas instituciones se adhieren a la definición propuesta por la OMS, para otras el término se ubica tan sólo en el ámbito de la “actividad física” o ni siquiera se le menciona en muchas de las acciones propuestas. En los casos de algunas instituciones que lo manejan de manera explícita (IMSS, ISSSTE, Secretaría de Salud, Instituto de Atención a los Adultos Mayores del Estado de Hidalgo), el uso entre ellas y su personal es diverso. Es por eso que proponemos trabajar de manera concertada y firme en una agenda enfocada a los siguientes puntos:

- Establecer un consenso sobre el proceso de envejecimiento y la vejez entendiéndolos como fenómenos complejos, multideterminados, heterogéneos y contruidos socialmente, logrando así que las estrategias para abordarlo sean diversas y específicas a las realidades demográficas, sociales, económicas, políticas, etc.
- Impulsar la formación de recursos humanos sobre los aspectos medulares del Plan de Acción desde una perspectiva multidisciplinaria con el fin de alcanzar una visión compleja y plural del envejecimiento.
- Superar los enfoques paternalistas, de beneficencia y asistencialistas con los que hasta el momento se está trabajando en este tema en nuestro país.

Me parece esencial consolidar una perspectiva de derechos que realmente permita avanzar en el desarrollo de programas dirigidos al grupo de personas

envejecidas (y de las que están por envejecer) dando voz y reconocimiento a diferentes formas de participación desde la perspectiva de los propios actores. En el siguiente apartado presento una propuesta general para la puesta en práctica del paradigma de EA en nuestro contexto.

3.10. ¿Es posible poner en práctica el EA?

El concepto de EA se plantea como una forma diferente de mirar el envejecimiento, la vejez, las estrategias de trabajo y las intervenciones en torno al grupo de las personas que envejecen. De acuerdo con Bermejo, este implica una re conceptualización de la vejez como una etapa menos pasiva, más dinámica, creativa y saludable (Bermejo, 2006).

Como señalé en apartados anteriores, en la década de 1990 y auspiciado por la OMS emergió una nueva concepción de envejecimiento que vincula la actividad con la salud y que resalta el valor de la participación y de la integración de las personas mayores en todos los niveles de la vida de la comunidad garantizando su seguridad. El EA posibilita a las personas y a las comunidades el lograr niveles superiores de calidad de vida y de significación a lo largo de su ciclo vital y a participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades (OMS, 2002). Sin embargo, y a pesar de la diversidad de beneficios derivados de los postulados del EA expuestas y reconocidas por los organismos internacionales de los cuales emerge, su eficiencia es actualmente objeto de debate. A continuación exploraré en qué condiciones este se constituye eminentemente en un discurso retórico cuya instrumentación se ve destinada al fracaso sin contribuir a un cambio en la forma de significar el envejecimiento y la vejez y se discutirá en qué condiciones y bajo que elementos el EA puede contribuir a la construcción de una mirada distinta del envejecimiento para hacer una verdadera diferencia en las circunstancias y calidad de vida de los adultos mayores.

3.11. El problema de la definición

Los términos y nociones relacionadas con la vejez son utilizados como categorías conceptuales en diversos campos de las ciencias sociales de manera heterogénea e inconsistente.

...sin haberse llevado a cabo la rigurosa tarea de precisar [...] los límites de su uso y las fronteras en las que se mueve a fin de consensuar los modos y maneras que los conceptos pueden jugar en cada ciencia social o en otros territorios de conocimiento [...] incluso, carentes de un análisis, algunos conceptos suelen manejarse como categorías, que son aplicadas con criterios de universalidad (Carreras, Pinazo y Sánchez, 2008:75).

Este es precisamente el caso del término EA, objeto en la actualidad de una amplia difusión por parte de organismos internacionales vinculados con el tema de envejecimiento así como por investigadores, políticos y profesionales de diferentes áreas. En este sentido, considero imprescindible formular y dar respuesta a una serie de interrogantes antes de hacer uso del término: ¿cómo surge?, ¿por qué su entrada en la escena internacional?, ¿cuáles son los contextos en los que emerge, sus posibles significaciones y las realidades a las que se aplica o habrá de aplicarse?, ¿quiénes son los individuos que viven el concepto y cuáles son los rasgos fundamentales que lo caracterizan cuando se personifica en protagonistas sociales, individuales o colectivos que habitando entornos familiares, institucionales y comunitarios concretos? Responder a los cuestionamientos anteriores ayudará a comprender qué usos se están haciendo del concepto en las políticas sociales dirigidas a los mayores.

3.11.1. ¿Cuál concepto de envejecimiento?

El EA es definido como “el proceso de optimización de oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen” (OMS, 2002:17). Para analizarlo es necesario hacer una desagregación de los términos que lo componen y revisar la conceptualización que cada uno de ellos conlleva. En primer lugar, la mayor

dificultad para alcanzar los objetivos propuestos es la ausencia de una definición clara de envejecimiento. Al revisar los documentos que sostienen la propuesta general de EA no encontramos de manera explícita una conceptualización sobre este, sin embargo, al hacer una búsqueda más exhaustiva, encontramos el siguiente concepto propuesto por la OMS.

El proceso de envejecimiento es **una realidad biológica** que conlleva su propia dinámica en gran medida fuera del control humano [...] sujeto a las construcciones por las que cada sociedad da sentido de la vejez. En el mundo desarrollado el tiempo cronológico juega un papel primordial. La edad de 60 ó 65 años, más o menos equivalente a la edad de jubilación en la mayoría de los países desarrollados, se considera como el comienzo de la vejez. En muchas partes del mundo en desarrollo el tiempo cronológico tiene poca o ninguna importancia en el significado de la vejez. Otros significados socialmente contruidos de la edad son más determinantes incluyendo los roles adscritos a los ancianos; en algunos casos es la pérdida de roles que acompaña al deterioro físico lo que es significativo para definir la vejez [...] en muchos países en desarrollo se considera que el inicio de la vejez ocurre en el momento en el que ya no es posible una contribución activa (Gorman, en OMS 2010:1).

Actualmente prevalece en nuestras sociedades un predominio de lo biológico asociado a una idea de universalidad del envejecimiento y se le coloca como un evento en el que la persona tiene muy poco que hacer. De ser así, necesariamente quedan en entredicho muchos de los postulados del EA, es decir, ¿para qué participar y cómo participar en un proceso que se escapa del control humano? En mi opinión, el elemento base para alcanzar los objetivos del EA sería partir de una visión del envejecimiento que incorporase la diversidad de dimensiones que inciden y determinan el proceso de envejecimiento (social, económico, cultural, político, colectivo, individual) y considerar que el actor que transita por dicho proceso es ante todo un ser humano, una persona que tiene mucho que decir, que piensa y que en definitiva debe poder decidir.

3.11.2. ¿Cuál concepto de activo?

De acuerdo con la Real Academia de la Lengua Española, la palabra *activo* (del latín *actīvus*) puede ser un adjetivo que se refiere a aquella persona “que obra o tiene virtud de obrar; diligente y eficaz; que obra prontamente, o produce

sin dilación su efecto”; un sustantivo que desde el ámbito de lo económico se refiere al “conjunto de todos los bienes y derechos con valor monetario que son propiedad de una empresa, institución o individuo, y que se reflejan en su contabilidad” o como locución adjetiva a un “trabajador o funcionario que ejerce su profesión o que todavía no es jubilado” (RAE). Por otro lado, el documento *Envejecimiento activo: un marco político* plantea que:

El término «activo» hace referencia a una participación continua en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, no sólo a la capacidad para estar físicamente activo o participar en la mano de obra. Las personas ancianas que se retiran del trabajo y las que están enfermas o viven en situación de discapacidad pueden seguir contribuyendo activamente con sus familias, semejantes, comunidades y naciones. El envejecimiento activo trata de ampliar la esperanza de vida saludable y la calidad de vida para todas las personas a medida que envejecen, incluyendo aquellas personas frágiles, discapacitadas o que necesitan asistencia (OMS, 2002:79).

De este modo, el uso que se hace se vincula a la noción de producir, al verbo “hacer,” más que al verbo “ser.” De ahí que los organismos internacionales establezcan y decidan qué es lo que el viejo “debe hacer” para envejecer de acuerdo a los parámetros que ellos mismos plantean, olvidando que debe otorgarse al individuo la capacidad de decidir.

3.11.3. ¿Cuál concepto de salud?

El concepto de salud no es discutido con la profundidad que lo amerita y señala que “la definición de la OMS domina el discurso oficial y existe una escasa preocupación por entender la salud humana *per se* además de una asociación muy marcada de la salud con la enfermedad” (Chapela, 2008:92).

El discurso del EA pasa de definir el concepto de “activo” al de “salud” sin hacer explícito el vínculo entre ambos conceptos:

El término “salud” se refiere al bienestar físico, mental y social expresado por la OMS en su definición de salud. Por tanto, en un marco de envejecimiento activo las políticas y los programas que promueven las relaciones entre la salud mental y social son tan importantes como los que mejoran las condiciones de salud física (OMS, 2002:79).

Partir de esta definición también dificulta seriamente el logro de los objetivos del EA al dejar fuera el reconocimiento de la integridad objetiva y subjetiva de las personas y olvidarla al momento de pensar y actuar para promover la salud y el reconocimiento de los derechos fundamentales (Chapela, 2008), elementos considerados como centrales en la *Carta de Ottawa*, documento rector de las iniciativas actuales en torno al EA.

3.11.4. Otro concepto que merece atención

Otro término que se incorpora en la propuesta de EA es el de “recurso” (que sustituye al de “carga social”). Resulta terreno común a nivel internacional el destacar la importancia de cambiar el discurso de “los ancianos como *carga social*” al de los “ancianos como *recurso social*”. ¿Qué es lo que subyace a ambos términos? Debido al fuerte énfasis que se hace en el mundo globalizado hacia la productividad, a la insistente visión del envejecimiento como discapacidad, dependencia y enfermedad y a la incapacidad de los sistemas económicos para hacer frente a los retos del aumento de la población de viejos, se ha conceptualizado al viejo como una carga considerándolo como una persona que no produce y que por lo tanto resulta una carga para la sociedad.

La propuesta de EA cambia su mirada y conceptualiza al viejo como un *recurso*. No obstante, la interrogante obligada sería si realmente se modificó la percepción del anciano como carga o se trata de una estrategia mediante la cual el Estado quiere resolver la incapacidad que tiene para dar respuesta a los retos que demanda el aumento de la población que envejece. En este sentido, es importante tener en mente que en tanto que la actividad económica decrece hacia el final del ciclo de la vida, la proporción de personas en esta etapa de la vida está en aumento. En consecuencia, los Estados enfrentan cada vez menores posibilidades de cubrir los gastos que resultan de tales cambios debido a consideraciones económicas, políticas y sociales. Por lo tanto, el imperativo para las sociedades

actuales es desarrollar de manera intensiva nuevas formas de encarar una situación históricamente sin precedentes.

De acuerdo al discurso de la “ciudadanía de la tercera edad,” la creación de políticas en Europa se basa en un fundamento erróneo:

...la perspectiva estrecha se concentra solamente en costos y en la creciente carga de la demografía en los sistemas sociales, no obstante el problema real estriba en la extensa discriminación en contra de adultos mayores a través de todos los niveles sociales. A fin de manejar este problema los ancianos mismos deben ser empoderados en forma tal que puedan participar en todas las áreas de la vida —en la sociedad, en la economía y en la política (Walker, 2002:145).

Por otro lado, la filosofía de la ciudadanía de la tercera edad se ha visto traducida a un programa político más práctico denominado “políticas de envejecimiento activo”. Los diversos programas varían dependiendo de la forma en que diferentes agentes a diferentes niveles aproximan dichas políticas. Específicamente, la aproximación de la Comisión Europea representa probablemente la variante más incluyente. En este caso el EA se entiende como:

...una estrategia coherente para hacer cabalmente posible el envejecimiento en sociedades [...] implica una educación y entrenamiento a lo largo de la vida, adoptando estilos de vida saludables, mayor duración de la etapa laboral, jubilación tardía y permanecer activo después del retiro (Comisión Europea, 2002: 36).

No obstante, un abordaje tal al desafío inherente al incremento de viejos en la sociedad tiende comúnmente a pasar por alto y subestimar determinantes micro-sociales del proceso de envejecimiento así como los roles inherentes a los actores individuales en el EA, es decir, no basta con preguntarnos si tenemos suficientes empleos o si estamos restringiendo las oportunidades de jubilación temprana. Lo que resulta central es reflexionar sobre la forma en la que las estrategias, deseos y valores de cada individuo influyen en su grado de actividad, sobre el por qué algunos individuos se mantienen activos (independientemente de la existencia o no de políticas institucionales) y se busca o acepta una jubilación temprana a pesar de los cambios que experimentan los sistemas de pensiones. Repuestas a estas y a otras interrogantes podrían dar luz a decisiones encaminadas a la

consecución de los objetivos que subyacen a un amplio número de políticas de EA. El fuerte énfasis en la dimensión productiva deja fuera otros aspectos valiosos de la vida que los ancianos pueden desear explorar y, lo que es más importante, excluye al sujeto no productivo y a sus derechos. Enfocarse solamente en la dimensión productiva puede llevar a una discriminación de otros planes de vida que segmente y excluya a aquéllos que no se ajusten por diferentes razones al nuevo paradigma de EA.

Una política como la del EA que se ancla en la idea del “deber ser” puede correr el riesgo de convertirse nuevamente en una política paternalista (tanto dentro de un planteamiento productivista estrecho como dentro de una perspectiva holística del ciclo vital). En este sentido, Vidovicov (2005) señala que detrás de una política fuertemente intervencionista se oculta la bandera del EA que asegura que en cada fase de transición crítica el individuo haga la “elección correcta” a fin de optimizar su actividad. Son políticas que implican un control velado del individuo en vez de constituir aquellas que incrementen la capacidad de la gente para hacer sus propios planes de vida de acuerdo a su propia concepción de lo que es bueno (se termina estableciendo políticas prescriptoras de lo que “debe ser lo bueno” para la gente).

Una versión del EA basada en la idea de que es posible para el individuo planear y vivir de una determinada manera evitando, si no el proceso de envejecimiento mismo, sí el envejecimiento entendido como la dependencia de otros, incrementa la probabilidad de responsabilizar al individuo de su propia dependencia. Lo que una vez se consideró un riesgo social colectivo (la dependencia en la vejez) recientemente se concibe como un riesgo individual en el que cada persona debe asumir un cúmulo mayor de los costos asociados al proceso (Christens, Ervinky y Heloy, 2003). Enfocarse en la edad y en el envejecimiento como la categoría central en las políticas puede encubrir y suprimir otros problemas de justicia social tales como la inequidad inter generacional, bienestar, género y expectativas de vida. Consideramos que en la medida en que tales diferencias no sean atendidas,

las posibilidades de asegurar una forma de EA justo se reducen de manera severa.

Sostengo que, para ser eficientes en función de la salud de los viejos, las políticas de EA a nivel internacional, regional y local requieren sensibilidad ante las diferencias individuales, sociales, económicas, de salud, de género y culturales que separan a grupos de personas inmersas bajo la categoría de sujetos viejos o en proceso de envejecimiento.

A pesar de haberse asumido en la mayor parte de los países el discurso de ciudadanía del adulto mayor (sin referirse de manera explícita al EA en reportes, programas de investigación o programas de política piloto), un examen más próximo de las reformas relacionadas al nivel de dominio de políticas específicas muestra que nos encontramos lejos de cubrir los requerimientos de una reforma sustantiva tal y como la prevé el EA. No se trata exclusivamente de que las políticas de envejecimiento actuales sean unidimensionales (políticas de mercado laboral), sino que se construyan y presenten como una solución *unitalla* que no constituye un estado sostenible en el contexto de una heterogeneidad creciente en los estilos de vida y en las estrategias de vida individuales a través de los diferentes países. Por ejemplo, para la OMS la promoción del EA requiere fomentar y equilibrar la responsabilidad personal, el encuentro y la solidaridad intergeneracional y la creación de entornos favorables que hagan que las decisiones saludables sean factibles. Para ello es imprescindible que entren en juego todos los agentes implicados, no sólo el sistema sanitario y los servicios sociales, sino también los referidos a la educación, al trabajo, la vivienda, el transporte, la seguridad social, la justicia y el desarrollo rural y urbano, siendo su actuación determinante para garantizar la calidad de vida de los ancianos.

De acuerdo con Bermejo (2007), es importante precisar que la actividad, independientemente de que pueda materializarse en prácticas, es el mecanismo a través del cual la persona asume las riendas de su vida participando de manera

comprometida en su entrono y en el proceso de toma de decisiones superando el modelo del ser receptivo-pasivo. El "ser activo" implica una responsabilidad de la persona hacia el cuidado de su propia salud (desarrollo de hábitos saludables y de un patrón activo tanto físico como mental) así como la inserción participativa en la realidad social. A pesar de la perspectiva "integral del envejecimiento y de la vejez" que postula el EA, el alcanzar sus metas exigirá un gran esfuerzo por parte de las personas que envejecen, de los profesionales y de los responsables políticos de nuestras instituciones. Un cambio marca resistencias y estas sólo se pueden superarse a partir de la formación y de la información. Su puesta en práctica requiere desaprender antiguas formas de hacer, pensar, sentir, vivir la vida y envejecer porque debemos tener en mente que de esos resultados "podemos esperar una auténtica revolución cultural" (Bermejo, 2007:1).

Hasta aquí he presentado los discursos oficiales que los organismos internacionales y nacionales tienen acerca del EA. En la siguiente sección analizaré lo que Bourdieu (2007) ha llamado "ocultamientos", "naturalizaciones" y "violencia" que la política de EA hace para lograr el dominio del sentido de las prácticas a partir de la concentración que hacen algunos agentes sociales (instituciones) de capital de todo tipo y del dominio de las reglas de distribución de capital, consumando la invasión, a lo que Chapela (2010a) ha llamado los cuerpos-territorio. A partir de lo anterior propondré algunos elementos que podrían explicar por qué no ha sido posible la implementación de esta política. Concluyo sobre la necesidad de propuestas nuevas para la salud colectiva.

3.12. ¿Qué propongo?

Parto del hecho de que el envejecimiento de la población no es un proceso aislado, ya que a la par que el mundo envejece la sociedad en general experimenta cambios sociales, políticos y económicos de manera vertiginosa que van desde el amplio proceso de urbanización a cambios en las estructuras familiares; desde la globalización a la emergencia de nuevos poderes mundiales;

desde desarrollos tecnológicos (tecnologías de la información) hasta la persistencia de la pobreza más extrema en algunos países; desde la inestabilidad política hasta los cambios ambientales. Cada uno de estos cambios impacta en la forma en la que las sociedades se organizan de manera colectiva e individual, así como en las significaciones que cada persona tiene acerca del envejecimiento y de la vejez (Kalache, 2011), por lo que la política de EA no puede desligarse de todos estos procesos que acompañan y que definen las diferentes formas de envejecer. El objetivo de esta sección, es problematizar y reflexionar sobre el tipo de prácticas que propicia el EA, dicho de otro modo, qué relación con el mundo, qué conocimiento del mundo y qué manera de conocer el mundo subyace en las prácticas del EA. Para ello retomo el *Instrumento para la identificación de regiones epistémicas* propuesto por Chapela (2010), con el fin de ubicar la región epistémica en la que se ubican estas prácticas y a partir de este análisis dar una propuesta.

El término EA es un término que ha sido elaborado por algunos grupos (instituciones) que impone ciertos sentidos, significaciones y prácticas a las personas que envejecen. Sin embargo, cabría la pregunta, ¿quiénes definen esos sentidos? ¿Cuáles son los intereses que trae consigo? ¿A qué hace referencia fundamentalmente el EA? ¿A cuestiones financieras, mercantiles y políticas? ¿Por qué no están incluidas las voces de otros agentes y particularmente las de las personas que envejecen? ¿Por qué y para qué se ha dado tanta relevancia al concepto de EA?

De acuerdo con Chapela (2010) las formas de imposición de significados las podemos analizar en todas las prácticas institucionales. En lo que respecta al EA es una política y una estrategia que está validada por diferentes organismos internacionales que naturalizan que el envejecimiento es un problema y que se requiere del establecimiento de políticas en las que los Estados “solidaria y desinteresadamente” se comprometen a dar solución a este problema, en conjunto con diferentes sectores (empresarial, sanitario, educativo, etc.). Sin embargo, en

los diferentes documentos no queda claro el compromiso y la participación de cada uno de ellos. Por ejemplo cuando se habla de incluir la perspectiva de derechos no se dice cómo se va a operar, cuando se habla de la adopción de estilos de vida saludables, no se dice cómo se trabajará para la promoción de ellos o el papel juegan los empresarios, los educadores, etc. De igual forma no se mencionan las estrategias que se utilizarán para disminuir la discriminación, para incluir a los viejos en la vida laboral, se da por hecho que todos participarán pero no hay una legislación sobre las obligaciones que el Estado y los gobiernos adquieren para ello. Ante este ocultamiento, las acciones muchas de las veces se reducen a medidas individuales y de buena voluntad, incluso hay una tendencia a culpar a los viejos de la forma en la que envejecen ya que se mira como un asunto personal, por ello es frecuente escuchar “está enfermo porque quiere, porque no se cuidó, porque nunca hizo ejercicio, porque se le han dado los medios, pero no los ha utilizado”, entre otros argumentos.

Ante este escenario me pregunto ¿todos los viejos pueden beneficiarse de la estrategia de EA? ¿Cuáles son las medidas de enseñanza-aprendizaje para que las personas que envejecen y sus familias tomen decisiones acordes con sus propios sentidos de vida que viven? ¿Cuáles son los programas de EA sustentados en la intención de que los usuarios de los mismos hagan uso de la reflexión y de la toma de decisiones sobre su situación de acuerdo con sus propios sentidos y significados?

Así como otros problemas, los referidos al envejecimiento y a la vejez, son problemas que forman parte de nudos problemáticos más complejos que comprende cuestiones éticas, políticas, históricas, sociales, económicas y de derechos humanos que involucran a todos los agentes sociales, viejos, no viejos, enfermos, sanos; en donde convergen las desigualdades sociales, el rezago histórico, la deuda social, gobiernos ineficientes con instituciones sólo parcialmente informadas sobre los problemas que pretenden atender, que se mantiene, a pesar de los discursos en otro sentido, pasivo ante lo que Engels llamó “asesinato social” (Chapela, 2010).

Por lo anterior es esencial que en las prácticas del EA se actúe de manera informada y reflexiva, en que se tome conciencia y se reconozcan las relaciones

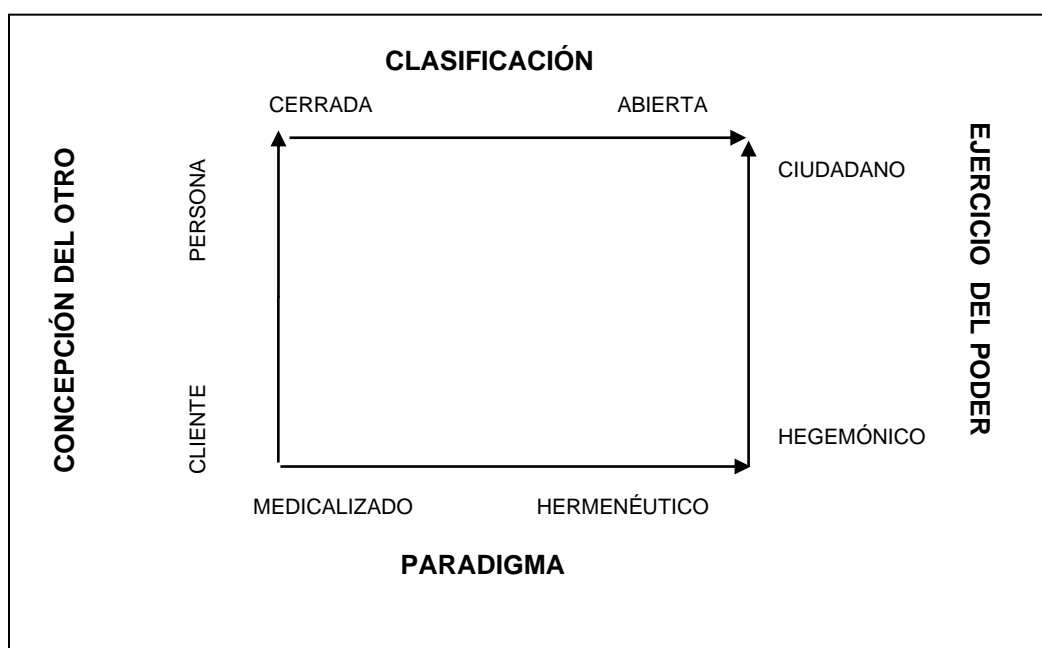
de poder que están presentes en las diferentes formas de acercarse al mundo. Para la reflexión de lo anterior retomo el instrumento elaborado por Chapela (2010) mediante el cual podré identificar qué conocimiento del mundo y manera de conocer el mundo subyace en la práctica del EA (ver diagrama 3.2).

Como puede observarse, el instrumento, que no pretende ser un instrumento de análisis matemático, se compone de cuatro ejes: dos horizontales (al superior se le denomina “clasificación” y al inferior “paradigma”) y dos verticales (al derecho se le denomina “ejercicio del poder” y al izquierdo “concepción del otro”). Como señala la autora, cada uno de estos ejes representa diferentes posibilidades cambiantes en donde cada tramo del espectro está vinculado con el anterior y el siguiente, por lo que no sirve para medir o contar, sino para apreciar una región formada entre los cuatro espectros representados por los cuatro ejes (Chapela, 2010).

La concepción “del otro” se refiere a la manera en la que las instituciones (OMS, la ONU, la Unión Europea o la CEPAL) miran, piensan y conciben al viejo. En un extremo el viejo puede ser mirado, pensado o concebido como objeto o como un ser encarnado, ético y de responsabilidad, agente de su propia vida. Desde mi perspectiva, aunque en los documentos se sostiene que incorporan una visión ampliada del envejecimiento, en la práctica se concibe al viejo como un “objeto” que ahora se tiene que volver activo, participativo, saludable, funcional, etc. En el eje “ejercicio del poder”, si bien se habla de la importancia de la participación de los viejos en los diferentes ámbitos de la sociedad, no hay estrategias que promuevan la participación para la construcción de la ciudadanía, para el ejercicio de libertad, ni el fomento para el ejercicio de las capacidades humanas, por el contrario, hay una ocupación de los “cuerpos-territorio”, las instituciones establecen mecanismos de control con los cuales invaden los cuerpos: “ahora hay que hacer ejercicio”, “hay que comer sanamente”, “hay que trabajar el mayor tiempo posible”; “hay que ir a la escuela”, “hay que ser sano” “hay que ser activos”.

El eje de clasificación permite identificar la forma de conocer el mundo y los recursos que se utilizan para ello. Para el caso de las instituciones antes mencionadas, la visión sigue siendo cerrada: viejo enfermo-sano, funcional-no funcional, activo-pasivo, rico-pobre, etc., en donde el viejo no tiene mucho que opinar. El cuarto eje “paradigma” se refiere al modelo de conocimiento, los cuales pueden partir de verdades únicas “todos deben ser activos para envejecer saludablemente”.

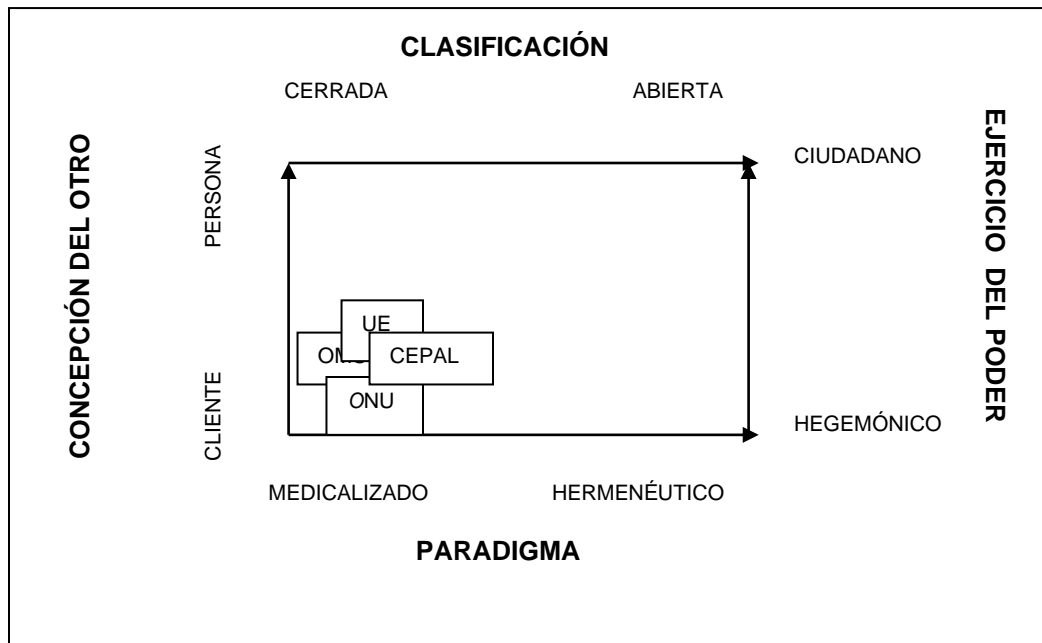
DIAGRAMA 3.2. INSTRUMENTO PARA LA IDENTIFICACIÓN DE REGIONES EPISTÉMICAS DEL EA



Fuente: Chapela, 2010:154

A partir de este instrumento en el siguiente diagrama 3.3 presento las regiones epistémicas del EA según la OMS, ONU, Unión Europea y la CEPAL

DIAGRAMA 3.3. REGIONES EPISTÉMICAS DEL EA SEGÚN DIFERENTES ORGANISMOS INTERNACIONALES



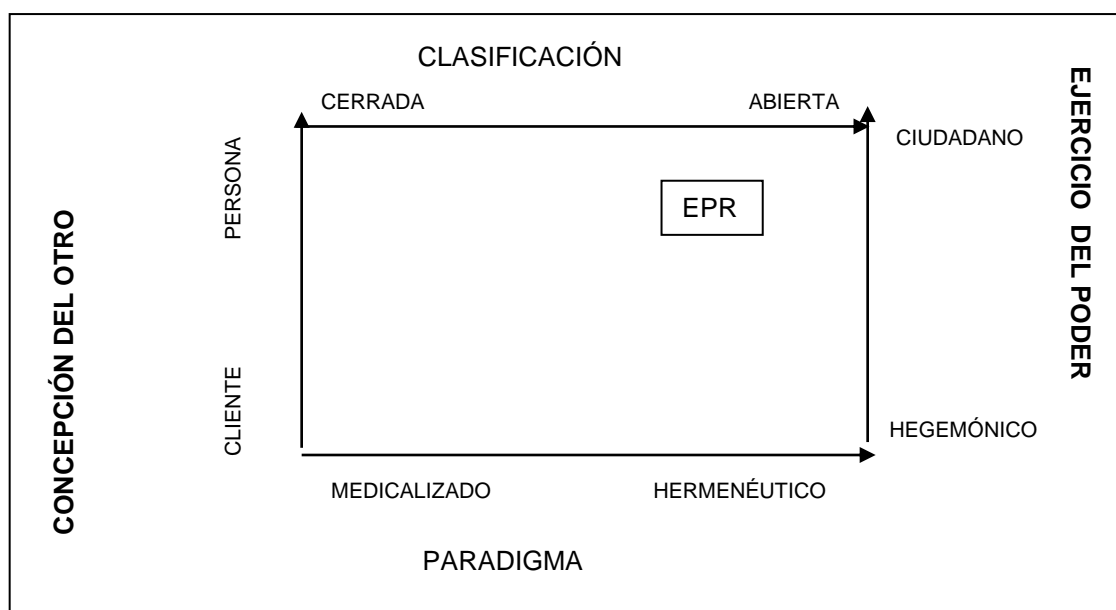
Fuente: Elaboración propia a partir de Chapela, 2010:154

Como puede observarse, la región epistémica de las prácticas de los cuatro organismos internacionales se orientan hacia un paradigma medicalizado del EA, desde clasificaciones cerradas, en donde el otro es visto más como cliente o población y, aunque se habla del desarrollo de la ciudadanía, en la práctica se tiende más al ejercicio de poder para controlar los cuerpos de los viejos y responsabilizarlos de la forma en la que envejecen.

Derivado del análisis anterior, propongo que las prácticas de envejecimiento activo se fundamenten en una visión de la promoción de la salud orientada por una utopía emancipadora, en donde se considere al “otro” como un verdadero agente de cambio de las estructuras, de la conformación social y de su propia vida. Para ello se requiere del desarrollo de diferentes acciones como dejar de ver al envejecimiento y a la vejez como un mero hecho biológico, cambiar la visión medicalizada del envejecimiento, mirarlo en toda su complejidad, pensar transdisciplinariamente, generar metodologías que permitan tener un entendimiento más profundo en donde se tomen en cuenta tanto a los individuos como a los colectivos; realizar investigación que

incorpore, por un lado, la voz de los agentes, y por el otro la reflexión constante del quehacer del investigador; en donde se tomen en cuenta los elementos de carácter ético; asimismo, y sustentado en lo anterior elaborar políticas de Estado que superen el mercantilismo y lleven a políticas claras de atención, de trabajo, de reconocimiento de los derechos de las personas viejas. Una propuesta de EA con estas características debería corresponder con el siguiente diagrama:

DIAGRAMA 3.4. REGIÓN EPISTÉMICA PARA UN ENVEJECIMIENTO PARTICIPATIVO CON RESPONSABILIDAD



Fuente: Elaboración propia a partir de Chapela, 2010:154

En el diagrama muestro la región epistémica de las prácticas orientadas desde un envejecimiento participativo. Como puede observarse, parto de un paradigma que tiende a lo hermenéutico, en donde el otro es visto como persona, desde una clasificación más abierta en donde el ejercicio del poder tiende a la conformación de la ciudadanía.

Conclusión

La inclusión de este capítulo ha sido imprescindible dentro de este trabajo ya que se refiere a la política que actualmente rige todo lo relacionado con el envejecimiento y el trabajo empírico que realicé se enmarcó en él. Si bien es una política mundial, su puesta en práctica no ha sido fácil en ningún continente. El balance de los avances en envejecimiento activo desde la publicación del marco político emanado de la OMS (2002), pone de manifiesto las carencias y las pocas oportunidades de desarrollo de los sistemas de salud, la reducida implicación de los poderes públicos en la puesta en marcha de estrategias de envejecimiento activo, así como la poca cooperación nacional e internacional por lo que es necesario realizar una reflexión crítica en torno a los siguientes puntos:

- ¿El concepto de envejecimiento activo está construido sobre bases sólidas y comprensivas?
- ¿Cuáles son los fundamentos epistemológicos y teóricos del envejecimiento activo?
- ¿Las acciones desarrolladas han sido las más adecuadas y realmente responden a los intereses, necesidades y condiciones de los viejos en general y de cada viejo en particular?
- ¿Las políticas de envejecimiento activo en verdad consideran a las personas viejas como ciudadanas de pleno derecho?
- ¿Las estrategias del envejecimiento activo han sido coordinadas e integradas realmente con envejecimiento demográfico?
- ¿El envejecimiento activo considera la heterogeneidad en las formas de envejecer?
- ¿El envejecimiento activo, realmente propicia la posibilidad de elegir y decidir sobre la forma de envejecer de cada individuo?
- ¿Existe un riesgo de minusvalorar a quienes no viven según los ideales que representa el envejecimiento activo normativizado?

- ¿En las políticas y en las acciones del envejecimiento activo hay realmente una preocupación por captar los intereses y necesidades de las personas viejas o se convierte sólo en retórica?
- ¿Las políticas y acciones del envejecimiento activo trabajan desde y con las personas viejas?

La OMS ha construido un tipo ideal de envejecimiento con pruebas empíricas, con estadísticas y metodologías muy discutibles. De esta manera, el envejecimiento activo propuesto por este organismo tal vez no pueda responder a las necesidades de una población tan heterogénea, con particularidades tan disímbolas, con significados e intereses tan específicos como es la población de viejos.

Por lo anterior, las políticas, las estrategias y las acciones, para corresponder con la visión de la Salud Colectiva deberán partir de paradigmas hermenéuticos, de clasificaciones abiertas, flexibles y dinámicas capaces de adaptarse a las diferencias individuales de las personas, pero también de los grupos a partir de metodologías participativas, en donde las personas viejas puedan participar en la planificación de su realidad.

CAPÍTULO 4

UN PANORAMA MUNDIAL DE LA POBLACIÓN QUE ENVEJECE

Introducción

El envejecimiento de la población mundial es un fenómeno con gran impacto en la sociedad actual en general, pero también para el propio individuo que envejece debido, entre otras cosas, a la influencia que tiene en los diferentes ámbitos de la vida social, económica, cultural, política y personal. Hoy se concibe el envejecimiento como un fenómeno general y un desafío para la sociedad del siglo XXI pues se ha calculado que entre el año 2000 y el 2050 la población mundial de 60 años o más se multiplicará más de tres veces (pasando de 600 a 2000 millones de viejos). La mayor parte de ese aumento se producirá en países en desarrollo en donde se incrementará la cifra de 400 a 1700 millones en ese mismo periodo. Dicho proceso se vincula en forma directa a la transición demográfica, es decir al paso de un régimen demográfico tradicional (caracterizado por altos niveles de mortalidad y natalidad) a un régimen demográfico moderno, en el que dichos niveles son bajos y controlados. Esta combinación entre la disminución de la natalidad por un lado, y el progresivo aumento de la esperanza de vida de las personas por el otro, impacta de forma directa en la composición por edades de la población, es decir, hay un aumento de los sectores con edades más avanzadas. De esta forma, el mundo se encuentra ya enfrentando una realidad que nos debería preocupar y ocupar más allá de la retórica, la población envejecerá de manera aritmética conforme continúen transcurriendo las décadas, sin embargo y aunque parezca una obviedad, no será lo mismo envejecer en Europa que en Estados Unidos ni

hacerlo en América o en África, así como tampoco será lo mismo envejecer en los distintos espacios sociales, regionales y locales. Este capítulo tiene como propósito proporcionar un panorama general de la población que envejece a nivel internacional y será dividido en tres apartados. En el primero presentaré un panorama de las características de este fenómeno a nivel mundial, en el segundo haré referencia a las particularidades de la población de viejos en Latinoamérica y por último presentaré los datos relacionados con la población de viejos en México. En cada uno de los apartados incluiré datos generales de la población, esperanza de vida, índice de envejecimiento, mortalidad, morbilidad y perfil epidemiológico con el fin de obtener una visión global del envejecimiento desde el punto de vista de la demografía.

4.1. La situación mundial de los viejos

En este apartado presento de manera general algunos datos que caracterizan a la población mundial que envejece con el fin de que el lector tenga un contexto que le permita visualizar la situación global que prevalece en esta materia.

4.1.1. Características de la población mundial (natalidad, mortalidad, esperanza de vida, crecimiento de la población)

De acuerdo con el documento técnico *Extensión de la protección social en salud a poblaciones en condiciones especiales de vulnerabilidad*, la natalidad y mortalidad de la población mundial han tenido un considerable descenso particularmente durante la segunda mitad del siglo pasado (disminuyendo la primera entre los años 1950 y 2000 de 37.6 a 22.7 nacimientos por cada mil habitantes, mientras que la mortalidad pasó de 19.6 a 9.2 defunciones por cada mil habitantes en el mismo periodo). En lo que respecta a la esperanza de vida al nacer, claramente la tendencia es en ascenso: en 1950-1955 se reportaba una media de 46.5 años, 66 años en 2000-2005 y se proyecta que para el lustro de

2045-2050 esta alcance los 76 años a nivel mundial (Eurosocial, 2008). Según el informe de la ONU, el país con la esperanza de vida más baja es Swazilandia con 33.22 años mientras el más alto es Japón con 82 años. México registró una esperanza de vida de 75.19 años. En la actualidad el crecimiento de la población se concentra casi exclusivamente en los países más pobres. En el año 2009 el mundo tenía 6,800 millones de habitantes (aproximadamente 83 millones más que en 2008) y de acuerdo con algunas estimaciones es probable que el total mundial alcance los 7,000 millones a finales del 2011, de tal suerte que se proyecta que la población de los países en desarrollo en África, Asia y América Latina aumenten en casi un 50% en los próximos 41 años y que los más pobres de éstos duplicarán el tamaño de su población en ese mismo periodo (ONU, 2009; 2010).

Ante este panorama demográfico coexistirán problemas muy importantes: habrá millones de seres humanos en pobreza extrema, será necesario satisfacer necesidades educativas importantes así como resolver la alta prevalencia de las enfermedades agudas y crónicas lo anterior en medio de una persistente inseguridad alimentaria, la amenaza del cambio climático y otros cambios demográficos como las migraciones (ONU, 2010).

4.1.2. El envejecimiento, características generales

El envejecimiento en el momento actual posee tres características (1) es un proceso que afecta a toda la sociedad y que se refleja tanto en el aumento de la esperanza de vida como en la disminución de la tasa de natalidad, (2) conlleva un importante impacto en todas las esferas de la vida humana (crecimiento económico, modificación de los patrones de consumo, mercado de trabajo, pensiones, atención en la salud, composición de la familia, migración, patrones de voto o representación, entre otras) y (3) es duradero, pues esta tendencia ha venido en aumento durante el siglo pasado y se espera que se mantenga a lo largo del presente (Eurosocial, 2008). Se prevé que entre 2005 y 2050 el aumento de la población mayor de 60 años de edad represente cerca de la mitad del

crecimiento total de la población mundial. Las distintas regiones del mundo se encuentran en diferentes etapas en el proceso de envejecimiento de la población. La proporción de personas viejas en los países desarrollados (21%) es en estos momentos mucho mayor que la de los países en desarrollo (8%).

En las próximas décadas se registrará un envejecimiento más rápido de la población en los países en desarrollo que el que se registró en los países desarrollados. Como consecuencia de ello, la población de personas viejas en el mundo se irá concentrando cada vez más en los países en los primeros (para el año 2050 se prevé que el 79% de las personas mayores de 60 años vivirán en ellos). La excepción será África, pues para el 2050 la población de personas viejas sólo aumentará en 10%). A nivel mundial, el grupo de edad que registra el crecimiento más rápido es el de 80 años y aunque este representa en estos momentos menos de 1.5% de la población mundial se prevé que se cuadruplica en los próximos cuarenta años (ONU, 2007). A continuación haré un desglose de algunos indicadores importantes que explican al envejecimiento.

4.1.2.1. Esperanza de vida

Este concepto hace referencia al promedio de años que un recién nacido puede esperar vivir tomando en cuenta los niveles actuales de mortalidad. La esperanza de vida al nacimiento en los países europeos es de alrededor de 80 años (entre 77 y 78 años para los hombres y entre 81 y 84 años para las mujeres). La evolución prevista de la estructura demográfica europea está caracterizada por un peso cada vez mayor de los mayores de 80. La esperanza de vida es una variable que mantiene una tendencia ascendente, así se observó el incremento de los 62.6 años en el quinquenio 1970-1975 a los 74.8 años en el 2000-2005. Se estima que esta cifra alcanzará los 81 años en el 2050 (OISS, 2008).

4.1.2.2. Índice de envejecimiento

El índice de envejecimiento expresa la relación numérica que existe entre la población de mayores de 60 años y la población infantil (0 a 14 años). Las proyecciones apuntan que este índice alcanzará a nivel mundial la cifra de 100,5 adultos mayores por cada cien niños en 2050 (Eurosocial, 2010). Japón presenta el porcentaje más alto de personas de más de 60 años respecto a su población total con 27.9% en 2007. A este le siguen Italia (26.4%), Alemania (25.3%), Suecia (24.1%) y Grecia (23.4%). El primer país de América Latina que aparece en este *ranking* es Cuba en el número 48 con un 16.1% de adultos mayores respecto a su población total. En el otro extremo, los porcentajes más bajos de población de 60 años y más se dan en los Emiratos Árabes, Qatar, Nigeria, Kuwait, Liberia con porcentajes entre el 2 y el 4%. (Eurosocial, 2010). En la tabla 4.1 observamos el índice de envejecimiento en el mundo por regiones.

TABLA 4.1. ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO EN EL MUNDO POR REGIONES 1975-2050					
Regiones	1975	2000	2007	2025	2050
Mundo	23.4	33.4	38.7	61.5	100.5
África	11.0	11.9	12.9	17.0	36.6
Asia	16.8	29.0	35.8	64.3	115.7
Europa	69.1	116	136.2	211.9	262.7
América Latina y el Caribe	15.8	25.2	31.3	59.2	112.3
Norte América	57.7	75.5	86.1	137.2	148.3
Oceanía	35.4	52.7	59.7	89.6	120.2

Fuente: Organización de las Naciones Unidas. *World Popular Ageing 1950-2050*.

En la tabla se puede observar el aumento que este índice ha tenido a nivel mundial. Sin embargo, es importante que miremos las particularidades por regiones ya que la situación es muy diversa. Esto es, mientras que en regiones

como Asia, América Latina y el Caribe, a partir del 2007 el índice es muy alto, en África la cifra aún es demasiada baja. Lo que nos habla de que hay muchos factores que determinan al envejecimiento entre los que se encuentra la pobreza.

4.2. La situación de salud de los adultos mayores en el mundo

De qué mueren y de que enferman los viejos es un tema que está presente en las agendas de los diferentes organismos de todo el mundo que se vinculan con el envejecimiento. A continuación presento las principales causas de muerte y las enfermedades más frecuentes en los viejos a nivel mundial.

4.2.1. Mortalidad y morbilidad

La OMS registró en el año 2004 cerca de 59 millones de fallecimientos en el mundo, observándose que el 51% de estos decesos correspondieron a personas mayores de 60 años (Eurosocial, 2008). En los países en desarrollo el 42% de las muertes de adultos tiene lugar después de los 60 años, mientras que en los países desarrollados ese porcentaje asciende al 78%. De acuerdo con la organización, las personas de 60 años y más tienen un 55% de posibilidades de morir antes de cumplir 80 años. Las principales causas de muerte en el mundo en el año 2004 fueron las cardiopatías isquémicas, las enfermedades cerebro-vasculares, las infecciones de las vías respiratorias inferiores y los problemas de salud perinatales. Los trastornos cardiovasculares representan el 13% de la carga de morbilidad en adultos de 15 años o más. La cardiopatía isquémica y las enfermedades cerebro-vasculares son las dos causas que más contribuyen a la carga de mortalidad y morbilidad en los adultos de edad avanzada suponen más de la mitad de todas las muertes de personas viejas que ocurren en el mundo. Al considerar el género se observó que entre las mujeres mayores de 60 años las enfermedades coronarias y el derrame cerebral son las principales causas de muerte y discapacidad en las mujeres senescentes ya que provocan cerca del 60% de las defunciones (ONU, 2005).

Entre las enfermedades crónicas con mayor prevalencia entre las personas mayores se encuentran: cardiopatías isquémicas, enfermedad cerebrovascular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, Alzheimer y otras demencias y diabetes mellitus. En general la morbilidad aumenta con la edad (de forma más manifiesta en las mujeres que en hombres), por lo que las personas mayores tienden a tener un mayor número de enfermedades, sobre todo crónicas, en comparación con personas más jóvenes. En los países desarrollados un 25% de las personas de 65 a 69 años y un 50% de las de 80 a 84 años padecen dos o más enfermedades crónicas al mismo tiempo (Eurosocial,2008).

De acuerdo con la *Encuesta de salud, Envejecimiento y jubilación en Europa (The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, SHARE)*, alrededor del 10% de las personas encuestadas mayores de 50 años informan que tienen una o más limitaciones en las actividades básicas de la vida diaria (bañarse, vestirse, alimentarse, etc.) y alrededor del 17% presentan una o más limitaciones en actividades instrumentales de la vida diaria (hacer compras, preparar alimentos, realizar quehaceres de hogar). La prevalencia de problemas de salud física entre las personas mayores de la edad de los encuestados en Europa es alta (alrededor del 40% tienen algún grado de limitación en la actividad debido a estos y casi el 50% informan que tienen algún problema crónico). En las tablas 4.2 se puede observar cuáles son las principales enfermedades crónicas que afectan a nivel mundial a las personas durante la vejez y en la tabla 4.3 de qué mueren.

TABLA 4.2. CAUSAS PRINCIPALES DE MORBILIDAD ENTRE LOS ADULTOS MAYORES EN EL MUNDO (2004)	
Causa	Porcentaje
Cardiopatía isquémica	14.4
Enfermedades cerebrovasculares	11.7
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	7.1
Alzheimer y otras demencias.	4.2
Infecciones de las vías respiratorias inferiores	3.6
Errores refractivos (hipermetropía, astigmatismo)	3.5
Diabetes mellitus	3.1
Trastornos de visión relacionados con la edad u otro tipo	3.0
Cánceres de tráquea, bronquio y pulmón	2.8
Catarata	2.5

Fuente: Organización Mundial de la Salud. *The Global Burden of Disease, 200*.

TABLA 4.3. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN LOS ADULTOS MAYORES EN EL MUNDO (2004)		
Causa	Defunciones	Porcentaje
Cardiopatías isquémicas	5,772,037	19.1
Enfermedades cerebrovasculares	4,823,983	16.0
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	2,652,056	8.8
Infecciones de las vías respiratorias inferiores	1,623,993	5.4
Cánceres de tráquea, bronquios y pulmón	989,882	3.3
Diabetes mellitus	863,329	2.9
Cardiopatía hipertensiva	805,377	2.7
Cáncer de estómago	572,194	1.9
Cáncer colon y recto	491,294	1.6
Tuberculosis	406,448	1.3

Fuente: Organización Mundial de la Salud. *The Global Burden of Disease, 2004*

Los datos presentados nos ofrecen un panorama de qué enferman y de qué mueren los viejos a nivel mundial (las enfermedades del corazón ocupan el primer lugar). Sin embargo los datos varían y se modifican de continente a continente y de país a país, de esta manera puedo afirmar que el envejecimiento es heterogéneo ya que las formas de morir y de enfermar están vinculadas a una

serie de factores, entre los que destaca el geográfico. A continuación haré una revisión de lo que sucede en América Latina.

4.3. Envejecimiento en América Latina

La dinámica demográfica de los países latinoamericanos se caracteriza por profundos cambios ocurridos durante el siglo pasado y que continúan en el presente. Aunque existe una diversidad de comportamientos entre los países y al interior de éstos (según las áreas geográficas y los grupos socioeconómicos), se corrobora que prácticamente toda la población se ha incorporado al proceso de transición demográfica. En términos generales, la transición se inició a partir de los descensos en la mortalidad observados en la primera mitad del siglo XX y se acentuó en la década de 1960 a través de una pronunciada caída de la fecundidad (Chackiel, 2004).

4.3.1. Población total en América Latina. Características generales

Así como ocurre en Europa y algunos países asiáticos, la población latinoamericana y caribeña ha experimentado un aumento considerable en la cantidad de personas mayores de 60 años. De acuerdo con la CEPAL, en el año 2000 la población en este grupo de edad era de 43 millones de personas (proyectándose en el año 2025 a los 100.5 millones), mientras que para el 2050 podría llegar a los 183.7 millones superando ampliamente las cifras observadas hacia fines del siglo anterior (CEPAL, 2009). En los países donde el proceso de envejecimiento se encuentra más avanzado (Uruguay, Cuba, Chile y algunos países caribeños), la proporción de personas mayores de 60 años será superior al 20% en 2025, en tanto que en aquellos con un envejecimiento más tardío (Guatemala, Bolivia, el Paraguay, Honduras, Haití, entre otros) el porcentaje de personas de edad se ubicará en alrededor del 10% (CEPAL, 2009).

A la luz de estos datos se observa claramente un acelerado envejecimiento de este sector de la población con un ritmo de incremento que contrasta con el de la población total. Los países que actualmente se ubican en las fases más incipientes del proceso de envejecimiento continuarán acrecentando la proporción de personas de edad a un ritmo mucho más rápido que en el pasado, con tasas de crecimiento superiores al 3% (tabla 4.4).

TABLA 4.4. AMÉRICA LATINA: ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO SEGÚN ETAPAS DE LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA					
Etapas de transición demográfica	Países	1980	2005	2025	2050
Muy avanzada	Cuba	33.8	80.9	184.6	298.6
Avanzada	Uruguay	54.5	74.2	106.3	155.7
	Chile	24.7	46.1	103.1	170.0
	Argentina	39.0	52.2	77.0	138.6
	Brasil	17.1	31.3	68.6	138.7
	Colombia	14.2	24.6	65.4	134.7
	Costa Rica	18.8	28.8	75.5	158.4
	México	12.1	27.1	69.4	160.4
Plena	Perú	13.3	25.2	51.0	117.5
	Panamá	16.5	28.5	58.7	120.5
	Ecuador	13.8	25.1	53.8	118.2
	Venezuela	12.4	23.7	53.6	116.4
	Rep. Dominicana	11.2	23.7	45.6	96.1
	El Salvador	11.4	22.1	39.9	103.1
	Paraguay	13.6	19.2	39.4	87.7
	Nicaragua	9.1	14.8	34.9	99.2
	Honduras	10.1	14.5	29.1	86.3
Moderada	Guatemala	10.2	14.0	57.5	57.5
	Bolivia	12.9	17.2	82.1	82.1

Fuente: CELADE. División de la CEPAL: Revisión 2006: Base de datos de población

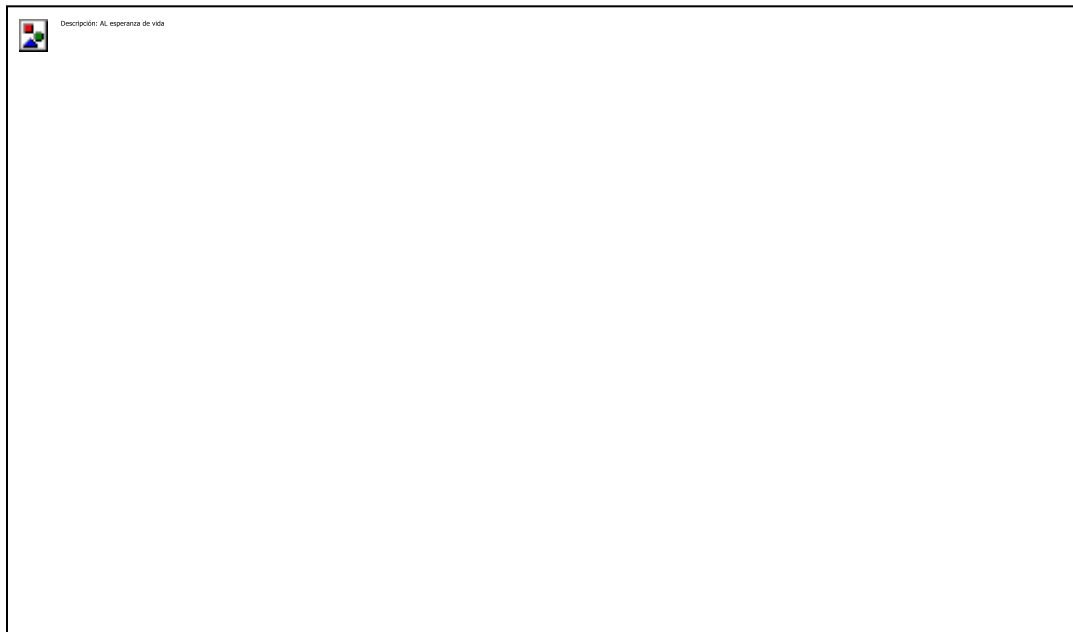
La tabla anterior muestra la magnitud de envejecimiento en América Latina y la necesidad de que los organismos internacionales establezcan políticas y programas acordes a las necesidades y posibilidades de los diferentes países de la región pues los problemas que les aquejan son diferentes, aunque hay uno en

común, la pobreza que, entre otras cosas redunda en imposibilidad de contar con seguridad social.

4.3.2. Esperanza de vida en América Latina

La esperanza de vida al nacer en América latina ha aumentado (se observó un incremento de 61.2 años en el quinquenio 1970-1975 a 72.2 años en el período 2000-2005). Se proyecta que seguirá creciendo durante este siglo y de acuerdo con las previsiones de la CEPAL se situará en 76.3 años en el periodo 2020-2025 (pudiendo alcanzar los 79.6 años en 2045-2050). En cuanto a la esperanza de vida a los 60 años también se incrementará debido al descenso de la mortalidad en las edades adultas pasando de 18.8 años en 2000-2005 a 21.6 años en 2020-2025 y a 23.5 años en 2045-2050 (Eurosocial, 2008). En el diagrama 4.1 puede observarse este incremento lo que plantea la necesidad de preguntar ¿qué haremos durante este periodo de aproximadamente 20 años? ¿El Estado generará condiciones para vivir, convivir y sobrevivir? Estas y otras interrogantes más tendrán que ser consideradas por los hacedores de políticas públicas.

DIAGRAMA 4.1. ESPERANZA DE VIDA AL NACER A LOS 60 AÑOS EN AMÉRICA LATINA



4.3.3. Porcentaje de población por sexo

En América Latina y el Caribe hay actualmente 121.7 mujeres mayores de 60 años por cada 100 hombres de la misma edad. Este predominio femenino es más acentuado en los países con una esperanza de vida superior a los 60 años (en las personas mayores de 75 años de la región el índice de feminidad es de 142 mujeres cada 100 hombres). Lo anterior puede observarse en el diagrama 4.1; comportamiento que es generalizable a todo el mundo. Según los censos del año 2000, Uruguay, Argentina y Chile tienen los índices más altos de feminidad en este grupo etario (se ubican entre 130 y 140 mujeres cada 100 hombres) mientras que Panamá y Guatemala presentan los valores más bajos (aunque superiores a 100). Existen diferencias de género según el área de residencia de las personas de edad, dicho con otras palabras, en las zonas urbanas hay predominio femenino y en las rurales masculino (prácticamente en todos los países analizados el índice de feminidad en las áreas rurales es inferior a 100) (CEPAL, 2009).

4.3.4. Lugar de residencia

En América Latina y el Caribe el 77% de las personas mayores de 60 años residen en áreas urbanas. Sin embargo en las zonas rurales residen las personas más envejecidas debido principalmente al efecto de la migración interna, en particular la corriente migratoria del campo a la ciudad (CEPAL, 2009).

4.3.5. Nivel educativo

La tasa de analfabetismo en la vejez es elevada. En la mayoría de los países supera el 15% llegando a niveles altos en Bolivia, Guatemala, Honduras y Nicaragua donde el porcentaje supera el 30% e incluso llega a valores cercanos al 50%. Por otro lado, los datos muestran que las mujeres son quienes presentan las cifras más altas (CEPAL, 2009).

4.3.6. Pobreza y vejez

La CEPAL indica que 30 de cada 100 personas viejas son pobres en 9 de los 15 países analizados. La incidencia de la pobreza es más elevada en Honduras, República Dominicana, Guatemala, Paraguay y El Salvador (en donde más del 40% de la población de edad avanzada se encuentra por debajo de la línea de pobreza). El porcentaje de hombres viejos bajo la línea de pobreza es superior al de las mujeres aunque las diferencias no son pronunciadas. La brecha más importante se registra en Honduras en donde el 71.2% de los hombres mayores es pobre en comparación con el 63.9% de las coetáneas en esa condición. En Colombia, Ecuador, Paraguay y República Dominicana la incidencia de la pobreza en las mujeres es ligeramente superior que en los hombres, en tanto que en El Salvador y México los porcentajes de personas pobres de ambos sexos son prácticamente idénticos. (CEPAL, 2009).

4.3.7. Contribución económica de los viejos

La falta de ingresos en la vejez es un problema generalizado en los países de América Latina en los que más del 30% de la población adulta mayor declara no tenerlos por jubilación, pensión o trabajo. En República Dominicana, Colombia y El Salvador esta situación afecta a más de la mitad de la población mayor de 60 años. Se trata de países con baja cobertura de seguridad social y en los que las personas viejas tienen serias dificultades para continuar insertas en el mercado laboral, lo que incide directamente en el hecho que continúen trabajando. En Honduras, Guatemala, Ecuador y Paraguay la escasa cobertura de los sistemas de seguridad social es compensada por la permanencia en el mercado del trabajo (en estos países más del 30% de la población de 60 años y más tiene ingresos solo por trabajo) (CEPAL, 2009).

4.3.8. Pensiones y jubilaciones

En la mayoría de los países mencionados el sistema de pensiones y jubilaciones beneficia a menos del 50% de la población de edad avanzada. Esto se acentúa en las zonas rurales en donde la cobertura de es inferior al 20% (excepto en Brasil y Chile). La calidad de la cobertura del sistema de seguridad social también es un problema que afecta a esta población, es decir, estamos hablando de que la CEPAL reporta que el promedio de ingresos mensuales por trabajo es superior al ofrecido por la seguridad social y en algunos casos como en Argentina, Guatemala, México y la República Dominicana las diferencias son más pronunciadas (CEPAL, 2009).

4.3.9. Características de los hogares

En América Latina y el Caribe en uno de cada cuatro hogares hay una persona mayor (siendo más frecuente encontrar hogares con al menos una persona de edad en las áreas rurales que en las urbanas). En países como Chile, Ecuador y Panamá el porcentaje de hogares rurales con personas de edad es superior al 30%, mientras que en Argentina, Costa Rica, Guatemala y Nicaragua es más elevado de hogares con personas mayores se encuentra en las áreas urbanas (alrededor del 25%) (CEPAL, 2009).

4.3.10. Conformación de hogares en la vejez

En la región analizada, la proporción de personas mayores que viven solas no es tan elevada como en otras regiones del mundo (en la mayoría de los países no supera el 17%). Los países con cifras más elevadas de residencia independiente en 2000 fueron Argentina (16,7%) y Bolivia (15,6%) (CEPAL, 2009).

Existe una alta proporción de personas mayores que sigue siendo jefe del hogar (en la mayoría de los países más del 50% de las personas de edad se encuentra a cargo del hogar en el que vive). Respecto a la composición de la jefatura de los hogares los resultados de los censos han mostrado que más del 40% de las mujeres mayores de 60 años de República Dominicana, Nicaragua, Chile, Venezuela, Brasil, Honduras, Argentina y Bolivia se encuentran a la cabeza de los hogares, mientras que la cifra de hombres mayores es superior al 80% en Brasil, México, Argentina, Guatemala, Honduras, Costa Rica, Panamá, Bolivia y Paraguay (CEPAL, 2009).

Los datos presentados muestran los enormes desafíos que el envejecimiento de la población trae consigo y que afectan a la sociedad en su conjunto, sin embargo, las condiciones de cada país son diferentes y los países latinoamericanos enfrentarán retos similares pero con magnitudes diferentes. Por ejemplo, las dificultades de financiamiento de los sistemas de salud y seguridad social podrían agravarse para algunos países más a mediano plazo, en tanto que para otros el efecto se vislumbra a largo plazo. Por otro lado, las condiciones económicas y sociales de las personas viejas en Latinoamérica no dependen solamente de los mecanismos que ofrecen los sistemas de seguridad social, estatales o privados, también dependen del rol que cumple la familia y las relaciones entre sus miembros. Las familias con muchos hijos tradicionalmente eran vistas como una garantía de seguridad para los mayores tanto en el sustento económico y arreglos residenciales como para su integración en la sociedad. Sin embargo, el cambio demográfico producirá una enorme transformación en la estructura familiar que se torna más pequeña, con menos hijos e integrada por varias generaciones simultáneamente, lo que plantea una revisión del papel de la familia y de las redes de apoyo social. Se prevé que estos cambios afectarán más a la mujer ya que a parte de sus actividades laborales, deberá cuidar de sus hijos y también de las personas de edad avanzada, muchas veces padres y abuelos. Las mujeres mayores, además de preocuparse por sus padres aún vivos, deben brindar apoyo a sus hijos, atender su hogar y colaborar en el cuidado de sus nietos (Chackiel,

2000). México no es la excepción, a continuación presento un panorama de lo que sucede en este país con el fin de analizar las características de la población de viejos en México y las repercusiones que esto tiene en la sociedad en su conjunto.

4.4. Envejecimiento en México

En esta sección presento las características generales de la población de viejos en México con el fin de tener una mirada de los diferentes procesos y elementos que intervienen en la conformación de este grupo etario. Durante el siglo XX la población de México experimentó importantes transformaciones sociales, económicas, demográficas, políticas y culturales. Uno de los cambios más importantes ha sido la plena y acelerada transición demográfica por la que atraviesa el país que dio inicio en la década de los treinta con el descenso paulatino de la mortalidad y que se acentuó a mediados de los setenta con la declinación también de la fecundidad derivada de una exitosa política de población para lograr el control de la natalidad. Estas variaciones han implicado profundos cambios en la estructura por edad de la población, es decir, la cantidad relativa de personas de mayor edad ha aumentado gradualmente y la de niños tiende a disminuir.

4.4.1. Características generales de la población mexicana

Por su población, México ocupa el lugar número 11 en el mundo y el tercero de América (superado únicamente por Estados Unidos y Brasil). Entre 1900 y 2009 su población del país se multiplicó 7.9 veces (en la década de 1960 la tasa de crecimiento anual fue de 3.4 por ciento, y para 2005-2009, es de 0.86%) (INEGI, 2009). Para el año 2010 la población aumentó 60.9 % lo que representó llegar a los 108.4 millones de personas a pesar de que su ritmo de crecimiento ha disminuido considerablemente a menos de la mitad (0.77% anual), sin embargo, aunque la tasa de crecimiento ha descendido gradualmente la población sigue creciendo en números absolutos. Con base en las últimas previsiones de la

evolución de la población del Consejo Nacional de Población (CONAPO) se espera que a partir del año 2042 se registre un descenso de la población mexicana (CONAPO; 2010). El censo de población y vivienda 2010 contabilizó, al 12 de junio de ese año, 112,336,538 personas residentes en el territorio mexicano (INEGI; 2010). Del total de la población en México 57,464,459 son mujeres y 54,858,298 son hombres, lo que significa que hay 95.5 hombres por cada 100 mujeres. Por grupos de edad menos de la tercera parte de la población fueron niños y adolescentes menores de 15 años (28.6%), los jóvenes (15 a 29 años) representaron 26.1%, los adultos (30 a 59 años) 35.4% y los mayores de 60 años 9.9 %. La edad mediana de la población mexicana era de 26 años, 28 las mujeres y 25 los hombres.

Por otro lado, las mejoras en los servicios de salud han hecho que esta haya aumentado de forma notable: en 2009 el promedio de vida en los varones era de 72.9 años, es decir, 28 años más que en 1950 y en las mujeres el incremento fue de casi 29 años (77.6 años). El índice de masculinidad fue de 95 y el de feminidad de 105.3. La población mexicana era predominantemente urbana, dicho de otro modo, el 74.6% residía en áreas urbanas frente al 25.4% que habitó en zonas rurales (la densidad de población es de 50 habitantes por km²) y al hacer una diferenciación por género, entre las mujeres se advirtió una mayor presencia relativa en las regiones urbanas con un 51.5% frente al 48.5% de los varones. (OISS, 2008). La esperanza de vida de los hombres se incrementó de 64.0 a 73.1 años entre 1980 y 2010, mientras que las mujeres lo hicieron de 70.0 a 77.8 el mismo periodo. La ganancia en la vida media de la población entre 1980 y 2007 fue de 7.9 años, al pasar de 67.0 a 74.9 años, respectivamente. Los datos muestran el incremento de la población, de la esperanza de vida y el fuerte fenómeno de urbanización, elementos que deberán tomarse en cuenta para el establecimiento de programas y políticas para este grupo de edad.

4.4.2. Características de la población de personas mayores de 60 años

En el periodo comprendido entre 1990 y 2005 la población en su conjunto se incrementó a una tasa de 1.43% promedio anual. El grupo de las personas de la tercera edad registró el mayor crecimiento (en dos décadas y media su población casi se duplicó en 6.4 millones de personas y su presencia relativa pasó de 4.3 a 5.9 por ciento) (CONAPO, 2010). En 1990 este grupo estaba conformado por cinco millones de individuos; hacia el año 2005 aumentó a 7.9 millones, con lo que la proporción de adultos mayores pasó de 6% a 7.6% en ese lapso (INEGI, 2007). De acuerdo con datos del censo de población 2010, la población mexicana de 60 años y más ascendió a 10,055,379 personas (el 9.06% de la población total del país), la tasa de crecimiento anual de este grupo entre 2000 y 2010 fue del 3.8% y se espera que con esta tasa de crecimiento la población se duplique en 18.4 años (Cárdenas y González, 2012). En el 2010 las entidades federativas que tuvieron el peso más importante de adultos mayores fueron: el Distrito Federal (11.3%), Oaxaca (10.7%) y Veracruz (10.4%); en tanto que las entidades con menor proporción se trataron de Baja California (6.8%) seguida de Baja California Sur (6.6) y Quintana Roo (4.8%) (INEGI, 2010).

El crecimiento en el número de personas adultas mayores en México presentó una tasa anual acelerada: pasó de 8.8 millones en 2007 a 12.1 millones en el 2015. En el año 2000 la proporción de adultos mayores fue de alrededor de 7% (se estima que este porcentaje se incremente a 12.5 % en 2020 y a 28% en 2050). El grupo de adultos mayores en las edades más avanzadas (mayores de 80 años) fue el que registró un crecimiento superior, lo que representará que la proporción de personas mayores de 70 años respecto a este conjunto poblacional aumentará de 43% en el año 2000, a 45.9% en 2030 y a 55.5% en 2050 (OISS, 2008). La esperanza de vida al nacer es otra variable que mantiene una tendencia ascendente (se ha incrementado de los 62.6 años en el quinquenio 1970-1975 a los 74.8 en el 2000-2005 y se estima que esta cifra alcanzará los 81 años en el 2050). Actualmente, a partir de los 60 años los adultos mayores tienen una

esperanza de vida de para los hombres de 20.9 años y de 22.9 años para las mujeres (INEGI, 2010).

Al igual que en otros países, la vejez en México tiene un rostro predominantemente femenino. En 2005 había 4.4 millones de mujeres de sesenta años o más frente a menos de 3.8 millones de hombres; para el 2010 se espera que sean 5.3 y 4.5 millones respectivamente; para 2030 habrá 12 millones de mujeres por 10.2 millones de hombres de la tercera edad y para el 2050 se espera que las mujeres superen en cerca de tres millones a los varones (19.6 frente a 16.7 millones). Actualmente, entre la población mexicana de 60 años y más existe una relación de 87 hombres por cada 100 mujeres lo que indica una sobre mortalidad en hombres. Por otro lado, 9.7 de cada 100 viejos son dependientes por vejez. De acuerdo con el lugar de residencia del total de las personas mayores el 26% habita en áreas rurales y el 74% en zonas urbanas (OISS, 2008, INEGI, 2010; Cárdenas y González, 2012). Por grupos de edad se observa que entre quienes tenían 60 y 69 años representaron más de la mitad de los adultos mayores (56%); los de 70 a 79 años menos de la tercera parte (29.9%) y el resto lo conformaron aquellos con 80 años y más (14.1%) (INEGI, 2007, CONAPO; 2004). En lo que respecta a la escolaridad de los adultos mayores de 60 años en México, 74.4% saben leer y escribir un recado y 958,259 adultos mayores son hablantes de lengua indígena, de los cuales 573,475 (casi 6 de cada 10) son analfabetos (Cárdenas y González, 2012).

Los datos anteriores muestran el rápido crecimiento del grupo de personas de más de sesenta años, el predominio de las mujeres y el lugar de residencia, así como la escolaridad. Estos datos deben ser considerados para establecer políticas y programas para atender las problemáticas que se derivarán de estos cambios tan vertiginosos.

4.5. Mortalidad en México

La tasa de mortalidad ha pasado de 9.1 fallecimientos por cada mil habitantes en el quinquenio 1970-1975 a 4.81 defunciones por mil habitantes en el período 2000-2005. Las proyecciones prevén un ligero aumento que situará el número de decesos en 5.73 por cada mil habitantes en el lustro 2020-2025 y en valores cercanos a 10 fallecimientos por cada mil habitantes para el quinquenio 2045-2050 (OISS, 2008). En el 2005 se registraron 300,045 defunciones de personas mayores 60 años (60.6% del total de fallecimientos registrados). Por sexo, la distribución en proporción de muertes fue cerca de la mitad (INEGI, 2007). La tabla 4.5 muestra que en el año 2008 se registraron 539,530 defunciones de las cuales 55.8% fueron de hombres. Entre las principales causas de la mortalidad estuvieron la diabetes mellitus (14%), los tumores malignos (12.4%), las enfermedades isquémicas del corazón (11.1%), las enfermedades del hígado (5.8%), las enfermedades cerebrovasculares (5.6%), las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (4.1%) y los accidentes de transporte (3.3%), que en conjunto ocasionan 56.3 por ciento de los decesos (INEGI, 2009).

Los anteriores datos muestran de qué mueren las personas viejas en el momento actual. Como puede observarse en México, a diferencia de otros países, la diabetes mellitus es la principal causa de muerte, por lo que es necesario considerar esta influencia para el establecimiento de programas preventivos.

TABLA 4.5. DEFUNCIONES POR SEXO Y CAUSA DE MUERTE (2008)

Sexo y causa de fallecimiento	Fallecimientos
Total	539,530
Diabetes mellitus	75,637
Tumores [neoplasias] malignos	67,048
Enfermedades isquémicas del corazón	59,801
Enfermedades del hígado	31,528
Enfermedades cerebro vasculares	30,246
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	22,292
Accidentes de transporte	17,585
Otras	235,393
Hombres	300,837
Diabetes mellitus	35,697
Enfermedades isquémicas del corazón	33,804
Tumores [neoplasias] malignos	32,804
Enfermedades del hígado	23,258
Enfermedades cerebro vasculares	14,388
Accidentes de transporte	13,936
Agresiones	12,574
Otras	134,338
Mujeres	238,523
Diabetes mellitus	39,939
Enfermedades isquémicas del corazón	34,204
Tumores [neoplasias] malignos	25,994
Enfermedades del hígado	15,857
Enfermedades cerebro vasculares	9,877
Accidentes de transporte	8,902
Agresiones	8,263
Otras	95,487

Fuente: INEGI. Estadísticas vitales. Base de datos, 2008

4.6. Morbilidad en México

De acuerdo con el INEGI (2007), la población mayor de 60 años registró el 17.1% del total de los egresos hospitalarios en el Sistema Nacional de Salud del país durante 2005 (correspondiendo el 52.6% a las mujeres). Entre las diez principales causas de egresos destacaron las enfermedades del sistema circulatorio, la diabetes mellitus, las enfermedades del sistema urinario,

traumatismos y envenenamientos, fracturas y las enfermedades cerebrovasculares (que en conjunto representan poco más de 50% del total de egresos en este grupo). La colelitiasis y colecistitis, la hernia de la cavidad abdominal, las enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo y las enfermedades hipertensivas, ocuparon del séptimo al décimo lugar en causas de egresos y representaron un poco más del 13%.

Según resultados de la Encuesta Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE), las mujeres muestran una estructura más envejecida que los hombres, posiblemente como resultado de una mayor esperanza de vida. En el grupo de 75 a 80 años hay un deterioro en la salud muy importante en donde se agregan padecimientos pulmonares, cardíacos, de incontinencia urinaria y depresión. En el caso de las mujeres los padecimientos más comunes son hipertensión, artritis y diabetes y su frecuencia, excepto en embolias y problemas de audición, es siempre más alta que en los hombres. Desde la perspectiva de género es mayor la esperanza de vida de las mujeres, pero su salud está más deteriorada que la del hombre por una nutrición deficiente, poca atención en su salud reproductiva, violencia doméstica y condiciones de vida difíciles, todo lo cual se exagera después de la menopausia, donde hay mayores riesgos de tener cáncer de mama y cervical, así como osteoporosis. A la condición de mujer anciana se agrega la pobreza, la soledad y el abandono.

Las principales causas de muerte entre los adultos mayores en el país son la cardiopatía isquémica, la diabetes mellitus, las enfermedades cerebro vasculares, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, y el cáncer. Por lo que respecta al número de muertes de adultos mayores en el ámbito rural, es mayor que en el urbano (151.00 vs 99.94), destacando el caso de enfermedades infecciosas gastrointestinales y parasitarias, así como las diarreicas, respiratorias (transmisibles), las neoplasias malignas y enfermedades cardiovasculares.

Los datos anteriores muestran la necesidad de considerar en los programas de envejecimiento la perspectiva de género con el fin de que las mujeres puedan alcanzar un envejecimiento con menos discapacidades.

4.7. Migración

En México la migración constituye uno de los fenómenos más dinámicos y ha sufrido las mayores transformaciones en el periodo más reciente, entre ellas la aparición de nuevos flujos migratorios (deja de ser la trayectoria hacia las grandes ciudades para dirigirse a ciudades intermedias) así como la diversificación del perfil socio-demográfico de la población que migra. Este fenómeno es muy importante en el sentido de que ha trastocado la estructura de la población propiciando patrones desiguales de envejecimiento a nivel regional y estatal por lo que no todas las entidades han modificado su estructura poblacional al mismo tiempo. Las entidades más envejecidas se ubican en la región tradicional de migración que abarca algunos estados del occidente del país (los que presentan porcentajes de adultos mayores por arriba de los promedios nacionales) (Ramírez, 2010). Estimaciones sugieren que durante 2010 cerca de 400,000 personas cambiaron de residencia entre las distintas entidades federativas y hubo una pérdida de 555,000 (CONAPO, 2010). De acuerdo con Cárdenas y González (2012) el 97.7% de la población de 60 años y más declaró vivir en la misma entidad hace 5 años, 1.5 en una entidad distinta y sólo 0.4% declaró residir en los Estados Unidos. No obstante lo anterior, la migración es un elemento muy importante a considerar en los programas vinculados con el envejecimiento.

4.8. Acceso a servicios de salud

Las personas que están afiliadas a instituciones de seguridad social o a los programas de protección social en salud tienen garantizado el acceso a estos servicios. De acuerdo con el censo de población 2005, 46.9% de ella era derechohabiente a los servicios de salud, mientras que las personas mayores de

60 años tuvieron una cobertura ligeramente mayor que el resto de la población (55.6%).

En 2005, 44.1% de los ancianos no eran derechohabientes de ningún servicio de salud. La proporción por sexo era mayor en hombres (45.1%) que en mujeres (43.2%) y el análisis se destacó que 46.9% de las personas de 75 años y más no eran derechohabientes (INEGI, 2005). Estos datos reflejan que más de la mitad de la población mayor de sesenta años en México era considerada como población abierta, por lo que tuvieron como opciones de atención a las unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud o su incorporación al Seguro Popular. Del total de ancianos derechohabientes, el 37.3% pertenecieron al IMSS, 8.7% al ISSSTE, 1.5% a Pemex, 1.5% a privados y 6.6% se encontraban afiliados al Seguro Popular. Datos recientes indican que el 72.6% de la población de adultos mayores tienen derecho a recibir atención a la salud (38.8% IMSS, 9.3% ISSSTE, 20.4% Seguro Popular, 4.1% otra institución y el 27.4% no cuenta con derechohabiencia (Cárdenas y González, 2012). Sin embargo, la proporción de viejos va en aumento y hoy en día las condiciones de trabajo para la mayoría de los jóvenes no consideran la seguridad social. Por lo anterior habrá una mayor población de adultos mayores en un futuro muy cercano sin seguridad social.

4.9. Relación de dependencia

La dependencia demográfica parte del supuesto de que los más jóvenes y los ancianos no son "autónomos económicamente" y por ello son dependientes de las personas que se supone deben sostenerlas. A principio de 1970, la entidad federativa con el mayor peso relativo de adultos mayores era Tlaxcala (15.4%) seguida por Zacatecas (14.3%) y Yucatán (13.9%); en contraste, Quintana Roo (8.2%), Baja California (8.4%), Chiapas y el Distrito Federal (9.9%) fueron las que registraron el menor índice de dependencia. Para el año 2000, Zacatecas (16%), Oaxaca (15.9%) y Michoacán (15.1%) fueron los Estados con la relación de dependencia demográfica más alta mientras que Quintana Roo (6.1%), Baja

California y el Estado de México (9.4% cada uno) presentaron las más bajas. Las primeras entidades son las que mostraron las mayores pérdidas de población potencialmente activa (causadas principalmente por la migración), mientras que las segundas atrajeron importantes corrientes de jóvenes y adultos en los últimos años (INEGI, 2005). La entidad que presentó la reducción relativa de adultos mayores más notable fue Quintana Roo, la cual es una de las que ha atraído más inversión y con ello un mayor requerimiento de mano de obra (INEGI 2005).

4.10. Educación

En el año 2005, 2.4 millones de personas mayores de 60 años no sabían leer ni escribir. En las áreas rurales (menos de 2 500 habitantes), 41 de cada 100 hombres y 58 de cada 100 mujeres eran analfabetas; en las grandes ciudades (de un millón y más habitantes) 9 de cada 100 hombres y 17 de cada 100 mujeres se encontraron en dicha situación. Por entidad federativa la proporción de la población analfabeta de este grupo de edad presentó grandes diferencias: en el Distrito Federal la proporción fue de 10.1% mientras que en Guerrero, Oaxaca y Chiapas poco más del 50% lo era . En lo que respecta a la escolaridad el 31% no tuvo instrucción formal (33% con la primaria incompleta, 18% cuenta con la primaria terminada, 7% tiene algún grado aprobado de secundaria y 10% estudios post básicos). El promedio de escolaridad de este grupo de población se mantuvo en 4.4 años para los hombres y 3.7 años las mujeres (INEGI, 2007). En el 2012 se reportó que de los adultos mayores de 60 años en México 74.4% saben leer y escribir un recado y que 958,259 de ellos son hablantes de lengua indígena, de los que 573,475 (casi 6 de cada 10) son analfabetos (Cárdenas y González, 2012). Los datos anteriores plantean la necesidad de establecer políticas y programas que coadyuven a mejorar esta situación.

4.11. Empleo

El 34.3% de la población de 60 años y más participan en la actividad económica. Su distribución por sexo indica que 51.2% de los hombres y 19.7% de las mujeres participan en la actividad y económica. De los que trabajan el 37.4% lo hacen en el sector informal.

4.12. Pensiones

De acuerdo con el INEGI, en el año 2004 del total de personas mayores de 60 años sólo una de cada cinco gozaba de algún tipo de pensión, de estas, 61.7% eran hombres y 38.3% mujeres.

4.13. Lengua indígena

En el año 2005, 791,280 personas mayores 60 años reportaron que hablaban alguna lengua indígena (49.3% son hombres y 50.7% son mujeres), esto es, los hablantes de lengua indígena representaron el 9.5% del total de la población (27.3% de las mujeres son monolingües).

4.14. Conformación de hogares

En 2005 existían en el país alrededor de 24.8 millones de hogares. En 6.1 millones de ellos vivía al menos una persona de 60 años, estos hogares representaron 24.6% del total. En 5.1 millones de los hogares una de las personas de 60 años y más era el jefe del hogar, por otra parte, poco menos de 1.6 millones de ellos se conformaron exclusivamente por adultos mayores que representaron 6.4% del total de hogares en el país. De acuerdo con el censo de población 2010, en el 44.7% de los hogares el jefe es una persona mayor de 60 años y son de tipo nuclear. En los hogares no familiares, 17.1% son unipersonales y solo 0.7% son de co-residentes. Estos datos muestran el incremento en el número de hogares

que cuentan con personas viejas, comportamiento que aumentará de manera exponencial en algunos años.

4.15. Discapacidad

Los resultados del censo del año 2000 revelaron que en México había 1,8 millones de personas con discapacidad (1.8% de la población total). Entre los adultos mayores de 60 años, 1 de cada 10 contó con alguna condición física o mental que no le permitió desarrollar sus actividades normales. El informe destacó que en todas las edades la proporción de personas con discapacidad fue ligeramente mayor entre la población masculina. La quinta parte de la población de 80 a 84 años y poco menos de la tercera parte de la población de 85 años o más presentó alguna limitación o deficiencia física o mental (OISS, 2008).

Los datos presentados muestran las diferencias en los cambios demográficos entre países desarrollados y los denominados en desarrollo. Mientras que a los primeros les tomó más de un siglo alcanzar el porcentaje de viejos que tienen hoy, a otros países les tomará tan sólo 50 años, entre ellos está México. Por tal motivo resulta esencial desarrollar políticas y poner en marcha programas en los que se tome en cuenta la participación de los adultos mayores, ya que, como sostengo, los viejos vivirán más años (en promedio casi 80). ¿Qué opciones habrá para ellos?

Conclusión

La intención de este capítulo, como lo mencioné al principio, fue proporcionar un panorama general de la población que envejece a nivel internacional, sus características a nivel mundial, las particularidades de la población de viejos en Latinoamérica y de manera específica de la población de viejos en México. No es suficiente saber que hoy en día (en comparación con el pasado) existen bajos niveles de mortalidad, o bien, que en el mosaico

epidemiológico las enfermedades infecciosas ya no son la principal causa de muerte; ése es sólo el principio para trabajar en situar los alcances y significados sociales que rodean a la vejez y que reclaman sensibilidad y conocimiento de parte de quienes tienen la responsabilidad de tomar decisiones al respecto. Todo lo presentado en este capítulo proporciona un marco para reflexionar en el impacto que tienen todos los números presentados en la forma de convivencia en lo familiar, en lo comunitario, en lo social; en las formas de disfrutar o sufrir la vejez; en la forma de enfermar y de morir en las diferencias de envejecer entre hombres y mujeres, entre viejos de zonas urbanas y viejos de zonas rurales, entre viejos con pensión o sin pensión o entre viejos con familia o viejos en soledad. En conclusión, el mundo envejece de forma muy distinta y con significados muy diversos, aunque los números nos quieran hacer pensar que sólo hay una forma y un solo significado de viejo y vejez. La consideración de esta diversidad solamente es posible si se entiende a la vejez como un fenómeno de producción colectiva al que responde de manera diferente la sociedad organizada.

CAPÍTULO 5

PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO

Introducción

Para avanzar hacia el objetivo de esta investigación fue necesario comprender el sentido que le dan los agentes a sus acciones y las relaciones que se generan a partir de aquellas. El sentido de acciones y relaciones no se puede mostrar ni tocar con la mano, sin embargo se expresa a través de sus materialidades. Observé estas materialidades desde la mirada de una filosofía de la acción denominada “disposicional” que toma en consideración las potencialidades inscritas en el cuerpo de los agentes y en la estructura de las situaciones en las que éstos actúan (Bourdieu, 1997:7). Para ello me apoyé en relatos, entrevistas, videos, observaciones y diarios de campo que nos llevaron al análisis de las experiencias de agentes concretos (así como situaciones y posiciones determinadas) y de “razones prácticas”. El propósito de este capítulo es mostrar cómo fui construyendo mis reflexiones metodológicas en el transcurso de esta investigación; está dividido en cuatro apartados. En el primero presento el planteamiento del problema, en el segundo las preguntas que guiaron mi investigación, su problematización y las decisiones metodológicas que derivaron de esa problematización; en el tercero explico algunos de los elementos metódicos mencionados en el segundo apartado. Por último abro un espacio para la reflexividad y presento algunas consideraciones éticas concernientes a lo que se pregunta, a quién se pregunta, y quién pregunta.

5.1. Planteamiento del problema

Como explico en la introducción de esta comunicación y en el capítulo 6, en el periodo comprendido entre 2003 y 2007 la Unidad de Investigación llevó a

cabo el Programa para la Formación de Promotores para el Desarrollo Integral Gerontológico (PFPDIG) en una zona de México catalogada como de alta marginalidad. Yo participé en el diseño y puesta en práctica de la UI. El objetivo de la UI fue formar a Promotores para el Desarrollo Integral Gerontológico (PDIG). Inicié el trabajo en la UI con el propósito de lograr sus objetivos, sin embargo, conforme sus procesos avanzaban, mis reflexiones giraron en torno a lo que hacíamos, sobre qué tanto los procesos de la UI lograban mejorar la salud de los viejos con quienes trabajábamos y la salud colectiva en sus respectivos espacios sociales, dando lugar a mi intención de entender de una manera más profunda y ordenada lo que ahí sucedía a través de hacer de este análisis y reflexión mi tema de doctorado. Particularmente me interesaban dos aspectos: ¿qué tanto la dominación de la visión gerontológica sobre la manera de entender tanto la promoción de la salud como a los viejos y al envejecimiento activo nos impedía ver lo que realmente eran los viejos y la acción de los procesos de la UI sobre sus propios procesos de vivir? Desde un entendimiento unifocal, ¿cómo podría saber qué cambiar, qué seguir haciendo, qué proponer como modelo de promoción de la salud de los viejos? Para comprender mejor necesitaba de un marco de análisis que me permitiera a la vez mirar los significados de las prácticas y las relaciones de poder que se establecían entre los conocimientos y prácticas de los distintos participantes en la UI. Este marco lo construí a partir del entendimiento de la UI como campo y de los participantes como agentes.

Acorde con el enfoque teórico propuesto por Bourdieu y presentado en capítulos anteriores, para el análisis de los procesos de la UI partí de los siguientes supuestos: 1) el espacio material y simbólico que se construye entre la UI y los viejos que se adhieren a los procesos de la unidad constituye un campo cuyos agentes juegan en campos más grandes, por lo que trabajar en la lógica del concepto de campo me permitió definirlo como distintos agentes y agencias (disciplinas, instituciones y organizaciones) involucrados en la UI; 2) la observación de las prácticas significantes en el campo permite analizar los campos, su conformación, estructura, capital, objetivos, reglas, las disposiciones

de los agentes, sus posiciones y tomas de posición, así como sus significados relativos a los viejos, a la vejez y al envejecimiento; 3) la dimensión histórica es fundamental para entender las realidades individual y colectiva actuales en función de lo acontecido en el pasado. Desde esta lógica, analizo procesos de cambio y la repercusión que tienen las Prácticas Significantes (PS) de la UI en las PS de los viejos. Estos supuestos me plantearon la necesidad de realizar mis análisis desde una mirada que me permitiera comprender distintos niveles explicativos y comprensivos de los hechos que pretendía estudiar y que me facilitara lograr una síntesis e integración entre perspectivas subjetivistas y objetivistas pues:

Los objetos del mundo social, pueden ser percibidos y expresados de diversas maneras, porque siempre comportan una parte de indeterminación y de imprecisión, y al mismo tiempo, un cierto grado de elasticidad semántica [...] provee una base a la pluralidad de visiones del mundo, ella misma ligada a la pluralidad de puntos de vista y al mismo tiempo una base para las luchas simbólicas por el poder de producir y de imponer la visión del mundo legítima (Bourdieu, 1988:136).

En otras palabras, tanto los puntos de vista como las prácticas de los individuos están determinados por la posición que éstos tienen dentro del espacio social que es donde cada agente construye las significaciones acerca de las visiones del mundo y que entran en competencia a través de la lucha por legitimar una visión, por lo que podemos establecer que la producción de sentidos alrededor de una práctica se genera a partir de las acciones que realizan los distintos agentes. Si vinculamos lo anterior con las prácticas sociales que se generan en la UI en el Valle del Mezquital por parte de los profesionales que están a cargo del programa (médicos, psicólogos, enfermeras, químicos y odontólogos) y que están orientadas a revestir de significado y establecer un sistema de clasificaciones de las acciones que realizan los promotores, se observa que esas diferentes visiones del mundo entran en juego y disputa por obtener el poder de decisión respecto a lo que los viejos promotores deben pensar, sentir y hacer, lo que nos lleva a analizar una dimensión que da cuenta del proceso mediante el cual el agente da sentido, significado y realiza prácticas como viejo y como promotor. De este modo podemos reconocer la relación con las estructuras objetivas dado que:

...existen en el mundo social y no sólo en los sistemas simbólicos, lenguaje, mito, etcétera, estructuras objetivas independientes de la conciencia y de la voluntad de los agentes, que son capaces de orientar y coaccionar sus prácticas o sus representaciones (Bourdieu, 1987:127).

Respecto a la utilización del concepto de “agente”, este nos proporciona una idea acerca del modo por el cual se va resolviendo la tensión entre el individuo y la estructura:

Los sujetos son en realidad agentes actuantes y cognoscentes dotados de un sentido práctico [...] sistema adquirido de preferencias, de principios de visión y división (lo que se denomina un gusto), de estructuras cognoscitivas durables y de esquemas de acción que orientan la percepción de la situación y la respuesta adaptada (Bourdieu, 1994:45).

La noción de agentes expresa la incorporación de las estructuras sociales en los individuos, pero también alude a la libertad de acción que éstos poseen. Dicho concepto me permitió tener en cuenta el modo en el que las estructuras objetivas inscriben su peso en las trayectorias de los agentes con los que vamos a trabajar. Decidí observar los procesos y relaciones entre los agentes promotores viejos y los agentes profesionistas que participan en los procesos de la UI. Particularmente observé los intercambios de conocimiento y sentido entre los agentes.

El concepto de “campo” es correlativo y complementario al concepto de agente. En la conformación del campo es posible distinguir el espacio de posiciones objetivas que lo constituyen y a su vez el espacio de las tomas de posición. En la construcción de un campo intervienen distintos poderes o capitales diferenciados que constituyen su principio ordenador. Bourdieu reconoce tres especies de capital: el económico, el cultural y el simbólico, los que entran en “juego” en distintos campos, dicho de otro modo, son poderes que definen las probabilidades de obtener un beneficio en un campo determinado (Bourdieu, 1985:35). De esta manera, me propuse observar los sentidos, significados y relaciones jugando en el campo de la UI, en donde identifiqué dos subcampos: el que conformaron los agentes promotores viejos y el que conformaron los agentes profesionistas.

Mi experiencia inicial en la UI me condujo a observar desde el inicio una disparidad en la manera de circular el capital cultural entre los agentes, manifestándose una dominación del conocimiento de los promotores desde el conocimiento y práctica de los profesionistas. Esto me condujo a formular una primera suposición: una vez ocurrido el primer encuentro con los profesionales de la Unidad, sus dispositivos (PFPDIG) y discursos plasmarán una determinación en torno a la vida de los agentes promotores.

Bourdieu también habla sobre la importancia de los consumos culturales de las distintas clases sociales y fracciones de clase, donde describe y explica los diferentes “estilos de vida” que producen determinadas condiciones sociales en el espacio social que se ejemplifica claramente en el proceso por el cual unos grupos con condiciones similares se relacionan entre sí y eligen por medio del “gusto” una serie de prácticas, consumos, objetos y personas determinadas (*habitus*). En síntesis, los conceptos bourdieanos me permitieron delimitar los campos en donde observé y analicé las diferentes prácticas sociales y significaciones que tiene cada agente con respecto a ser promotor, a estar sano y a ser viejo.

5.2. Pregunta principal y sistema de preguntas

Las reflexiones y argumentos anteriores me llevaron a formular la pregunta principal para esta investigación en los siguientes términos:

¿Cómo repercuten las prácticas de la Unidad de Investigación (UI) en las prácticas y en las inscripciones en el cuerpo de los viejos que están en contacto con ella?

En esta pregunta estoy condensando mis reflexiones sobre la vejez y el envejecimiento activo, sobre una promoción de la salud en que se incorpore un proyecto emancipador y mis preocupaciones con respecto a la visión única desde

la gerontología y a las prácticas desiguales entre poderes desiguales. Acorde con la mirada interpretativa de los hechos sociales, el interés principal de contestar esta pregunta es desentrañar qué saberes, sentidos y significados operan en las prácticas significantes tanto de los promotores como de las instituciones encargadas de los programas para viejos, cuál es el proceso de construcción social y cultural que recae sobre las prácticas de ambos, cuáles son los discursos que imprimen su significado en la construcción de la identidad de ambos y cuál es el resultado de todo esto en términos de la salud de los viejos y de sus inscripciones corporales.

¿Cómo identificar y analizar en las prácticas significantes de los viejos el efecto de las prácticas pedagógicas de la UI? ¿Cómo identificar los beneficios y problemas de la repercusión de las prácticas significantes de la UI sobre las prácticas significantes de los viejos que participan en el PFPDIG? También es fundamental hacer otro tipo de preguntas: ¿Qué dice el viejo que está en contacto con la UI sobre sí mismo y sobre otros viejos? ¿Quién es el “viejo” en la época actual y en el contexto de la UI? ¿Qué dicen las instituciones sobre qué es el viejo? ¿Qué dice la UI sobre qué es el viejo a través de sus prácticas? ¿Cuáles han sido los beneficios y los problemas de esta repercusión en las prácticas de los viejos en contacto con la UI?

5.2.1. Preguntas metodológicas y su problematización

Las preguntas anteriores, de corte epistemológico (qué se puede saber, qué es lo que se pregunta), me llevaron a identificar las preguntas que me ayudarían a organizar la manera de responderlas:

1. ¿Cómo identificar la repercusión de las prácticas significantes de la UI en las prácticas significantes y en las inscripciones en el cuerpo de los viejos que están en contacto con la UI?

2. ¿Cómo identificar las prácticas significantes que tiene el viejo que está en contacto con la UI sobre sí mismo y sobre otros viejos?
3. ¿Cómo identificar las concepciones de “viejo” en la época actual?
4. ¿Cómo identificar las prácticas significantes de las instituciones vinculadas con los viejos, la vejez y el envejecimiento?
5. ¿Cómo identificar la concepción de viejo de la UI a través de sus prácticas significantes?
6. ¿Cómo identificar los beneficios y problemas de la repercusión de las prácticas significantes de la UI sobre las prácticas significantes y las inscripciones en el cuerpo de los viejos que participan en el PFPDIG?

A continuación presento la problematización de estas preguntas.

Pregunta 1. ¿Cómo podría identificar la repercusión de las acciones de la UI y su enfoque de envejecimiento activo en las prácticas significantes y en las inscripciones en los cuerpos de los viejos que están en contacto con la UI?

Preguntarme por cómo identificar la repercusión del proceso pedagógico desarrollado durante el periodo 2004-2008 implica en un primer momento indagar sobre las prácticas, significados y percepciones de los viejos del Valle del Mezquital, el lugar que ocupan, los papeles que han desempeñado y el modo de vivir la vejez, las imágenes que se tienen y las transformaciones que se han venido manifestando. ¿En dónde y cómo podemos observar las prácticas significantes? ¿Qué tipo de información necesito para construir mis datos? ¿Qué estrategias de observación necesito? Para llevar a cabo esta indagación sería necesario identificar informantes que por su trayectoria, conocimiento del lugar, relaciones sociales, etc., pudieran ayudarme a construir esta información, además de mostrarme otros objetos como fotografías, y observaciones en relación con otros viejos que no han participado en el programa.

Pregunta 2. ¿Cuáles fueron los capitales que pusieron en juego los agentes (promotores y miembros de la UI), con qué clase de capital contaban, cuánto capital poseían, cómo se dio el intercambio y cuáles fueron las transformaciones durante este periodo?

La respuesta a lo anterior implica indagar sobre el proceso capitalización-descapitalización. No podemos olvidar que en el espacio social existen universos, campos, modos de autonomía desiguales que ejercen condicionamientos o limitaciones unos sobre otros estableciendo relaciones muy complejas. El espacio material y simbólico de la UI constituye un campo cuyos agentes juegan en campos más grandes. Trabajar en la lógica del concepto de campo, nos permite definirlo como un espacio construido entre los viejos promotores del Valle del Mezquital y los profesionistas de la UI “con su PFPDIG”, lo que implica conocer qué conocimientos, significaciones y prácticas proporcionó la UI y cómo estos, impactaron en los conocimientos, significaciones y prácticas de los promotores. Para indagar sobre estos procesos necesitaría observar anteriores y nuevas significaciones, roles que se abandonan y se adoptan, estrategias que aplican sobre su cuerpo, prácticas corporales que incorporan, qué hacen ahora; qué dicen ahora, qué estrategias reales y simbólicas utilizan. Para la recuperación de la anterior información podría acudir a la observación de registros, fotografías, entrevistas, relatos, testimonios, documentos, encuestas, cuestionarios, entre otros; asimismo, identificar y observar espacios y momentos en donde se pudieran revelar con mayor claridad los contenidos de las PS como en celebraciones, fiestas, reuniones grupales o reuniones de promotores.

Pregunta 3. ¿Cómo podría identificar la repercusión de los procesos de la UI y su PFPDIG y su enfoque de envejecimiento activo en las prácticas significantes de los miembros de la UI?

Es necesario indagar sobre las prácticas, significados y percepciones de los miembros de la UI sobre viejos, vejez y envejecimiento, así como de otras

instituciones vinculadas con la atención a viejos, pero también sobre cómo y qué ocurrió en el proceso de capitalización y descapitalización de la UI a partir del PFPDIG y su enfoque de envejecimiento activo. De esta manera, en primer lugar tendría que identificar la concepción o las concepciones de viejo, de vejez y de envejecimiento que la UI tiene y que expresa a través de sus prácticas significantes. Para identificar lo anterior tendría que analizar las estrategias reales y simbólicas de la UI, los modelos simbólicos en torno a la vejez que la UI tiene, transmite y modela, las ideologías que subyacen a estas significaciones y prácticas, así como los intereses y conflictos de poder. Para recuperar la información sería necesario revisar y analizar documentos tales como publicaciones, lineamientos del funcionamiento de la UI, proyectos para después realizar entrevistas, observar sus significados y prácticas.

Pregunta 4. ¿Cómo identificar los beneficios y problemas de la repercusión de las prácticas significantes de la UI sobre las prácticas significantes y las inscripciones en el cuerpo de los viejos que participan en el PFPDIG?

Se tiene que reflexionar sobre las corporeizaciones que después de la acción pedagógica los viejos presentan, es decir, preguntarse cómo y qué corporeizaciones ocurrieron en los viejos a partir de los procesos de la UI y su enfoque de envejecimiento activo. Para recuperar la información será necesario preguntar y observar qué ha pasado en los cuerpos de los viejos promotores.

Pregunta 5. ¿Cómo identificar la concepción de viejo de la UI a través de sus prácticas significantes?

Responder la pregunta implica en un primer momento indagar sobre las prácticas, significados y percepciones que la UI tiene acerca de “viejo”, cómo lo concibe, ¿cómo objeto, como actor o como agente?, observar el lugar que ocupan en sus proyectos, las intervenciones que realizan, las metodologías que emplean, los análisis que hacen. Asimismo, implica, analizar el modo de vivir la vejez, las

imágenes que se tienen, las transformaciones que se han venido manifestando. Para recuperar la información será necesario preguntar, observar, revisar documentos (publicaciones, proyectos) de la UI.

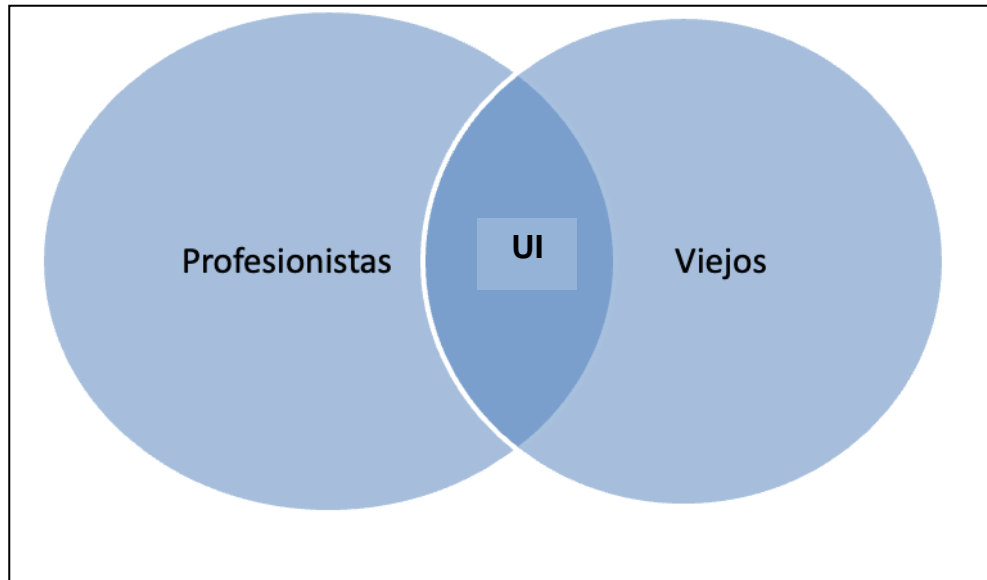
Tras problematizar las cinco preguntas, concluyo que la información que requeriría para dar cuenta de los procesos, prácticas, conocimientos, significados y sentidos con respecto a ser promotor, ser profesional, las prácticas, estar sano y ser viejo era de carácter subjetivo y tendría que capturar los contenidos de la subjetividad a través de la materialidad de la palabra oral, escrita y la palabra ampliada como hexis corporal y la significación de los objetos. Los informantes serían entonces tanto los mismos agentes como los elementos simbólicos de sus contextos. Como construcción subjetiva, la eyección (forzar a salir algo que ya existe) no me serviría. Las construcciones subjetivas no son dadas a la conciencia hasta que no se formulan por lo que la información que requería tendría que ser poiética, de generación en el acto del habla. Opté entonces por identificar y observar situaciones poiéticas que se pudieran dar en los procesos de la UI y crear condiciones en donde pudieran conformarse historias, relatos y testimonios que me permitieran profundizar y enriquecer la información para su posterior elaboración, análisis e interpretación.

No podía programar estas situaciones, sino que fui diseñándolas conforme profundicé en el entendimiento para contestar las preguntas que me hice. Como situaciones poiéticas creadas ex profeso para profundizar en el entendimiento del subcampo de los agentes promotores, realicé entrevistas a profundidad, conversaciones, visitas a las comunidades de los promotores, acompañamiento a los promotores en sus trayectos entre comunidad y comunidad, asistencia a eventos comunitarios y oficiales. Como parte de los agentes profesionistas, la poiesis la llevé a cabo fundamentalmente en mis reflexiones, no creando condiciones poiéticas específicas para el resto de los agentes profesionistas.

Recolecté la información que se iba generando a partir de mis notas de observación de campo, videgrabaciones, audiograbaciones y demás situaciones que cree para producir información. Asimismo hice colección de objetos como trípticos u otro material impreso. Todos los dispositivos en su conjunto me permitieron identificar intercambios, palabras y otros elementos cargados de valor que, a su vez, condicionan comportamientos y configuran actitudes y estados de opinión más o menos permanentes. Lo anterior me ayudó a captar percepciones, pensamientos, apreciaciones, emociones, sentidos y significados de los agentes.

Identifico entonces esta investigación como un estudio del caso de la UI, en donde el caso está conformado por dos unidades embebidas: el campo de los agentes profesionales que participan en los procesos de la UI y el campo de los agentes promotores viejos que participan en los procesos de la UI de corte hermenéutico e interpretativo. Cada uno de los subcampos se extiende más allá de la UI como se muestra en el diagrama 5.1.

DIAGRAMA 5.1. ESTUDIO DE CASO CON DOS UNIDADES EMBEBIDAS



Fuente: Elaboración propia

En el diagrama muestro como las unidades se incrustan, es decir, una encierra dentro de sí a la otra. Son unidades porosas que se incluyen, que se contienen una a la otra. Pero también ilustro que estas unidades pertenecen a campos más amplios, la UI al campo de los profesionistas y el campo promotores, al campo de los viejos. Cada uno de los campos más grandes está determinado la posición y disposición de cada uno de ellos en el campo UI.

5.2.2. Analizadores

En este apartado presento los analizadores contruidos a la luz del marco teórico presentado en el primer capítulo. Estos me permitieron organizar la información, generarla y producirla a partir de los diferentes dispositivos creados para recabar la información. En la tabla 5.1. presento un resumen de esos analizadores.

TABLA 5.1. ANALIZADORES

CAMPOS	PROCESOS	SALUD		CUERPO-TERRITORIO		PROMOCIÓN DE LA SALUD Procesos encaminados o no
		Capacidades humanas	Corporeizaciones	De los agentes del programa.	De los agentes de la comunidad	
Formas de intercambio	Violencia simbólica	Faber	Diseño de proyecto	Significados invadidos		Contenidos del proyecto propio y colectivo
Valor de intercambio	Arbitrariedad cultural	Ludens	Existencia de proyecto	Resistencia a la invasión		Cambios en la disposición
¿Quién marca las reglas del juego?	Arbitrario	Erótica	Autonomía del proyecto	Producción autónoma del espacio		Cambio en la posición en los campos
¿Cómo se define la tasa de intercambio de capital?	Proceso pedagógico	Económica	Alcance del proyecto	Significación de los objetos del espacio		Capitalización
Capitalización y descapitalización de los agentes		Política	Recursos para la realización del proyecto	Intención de las prácticas		Autonomía en la construcción del proyecto propio y colectivo
Procesos de capitalización y descapitalización de los agentes				Inscripciones		Autonomía en la consecución del proyecto propio y colectivo

Fuente: Elaboración propia

En la tabla anterior se concentran los analizadores que fueron construidos a partir del marco teórico presentado. Todos ellos en su conjunto me permitieron analizar la información producida a partir de los diferentes dispositivos generados para producir la información que me permitirá responder a las preguntas de investigación. El concepto de campo me posibilitará analizar la posición, disposición y toma de posición, las formas de intercambio, las reglas de juego y los procesos de capitalización descapitalización que ocurrieron o no en los agentes de ambas unidades embebidas como producto del proceso pedagógico desarrollado. Asimismo, analizaré la influencia que este proceso tuvo, la violencia ejercida y la influencia de los arbitrarios culturales impuestos. También incluyo el analizador salud con el fin de indagar la repercusión que este proceso tuvo en la

salud de los agentes, en el ejercicio de sus capacidades humanas y en el cuerpo. A partir del concepto cuerpo-territorio revisaré e indagaré sobre la invasión a los significados, la resistencia a la invasión y las inscripciones en los cuerpos producidas por la intervención.

5.3. MÉTODO

A continuación presento el método seguido para recabar la información, analizarla e interpretarla, explicando al lector cada uno de los aspectos metódicos derivados de los apartados 5.1 y 5.2.

5.3.1. Estudio de caso

El estudio de caso ha sido considerado como un método idóneo de investigación utilizado para comprender a profundidad un fenómeno u objeto, desde su dinámica interna y desde el entorno al que pertenece (González, 2009:304). Yin define el estudio de casos como “una estrategia de investigación, que se caracteriza por estudiar los fenómenos en su propio contexto, utilizando múltiples fuentes de evidencia, con el fin de poder explicar el fenómeno observado de forma global y en toda su complejidad” (Yin,1994:11-13), los estudios de caso responden a las preguntas “cómo y por qué” se producen los fenómenos bajo estudio. Constituye un método que permite estudiar la mayoría de las variables relevantes de una realidad concreta al tiempo que considera el contexto como parte esencial del fenómeno bajo análisis y permite tener una visión comprehensiva del objeto de estudio. Se trata de “una estrategia flexible, por las técnicas de recogida y análisis de datos que emplea” (Yin, 1994:64). El estudio de caso, implica un entendimiento comprehensivo, una descripción extensiva de la situación y el análisis de la situación en su conjunto dentro de su contexto. González (2009) señala, que de acuerdo con Yin hay cuatro situaciones que el investigador debe tener presente al momento de seleccionarlo para la investigación:

1. Explicar las relaciones causales complejas presentes en el caso.
2. Describir el contexto que envuelve el caso.
3. Describir una intervención en sí misma.
4. Explorar aquellas situaciones que necesitan profundidad porque no han arrojado resultados claros.

El estudio de casos para Yin (1994) es un método de investigación que permite por un lado, entender fenómenos sociales complejos y por el otro, la verificación de las teorías, así como la producción de nuevos conocimientos a través del registro y descripción de los acontecimientos que más adelante permiten la transformación de la realidad. El autor distingue cuatro tipos de diseño para los estudios de caso, considerando cuántos casos se decide estudiar y si se distinguen o no en el interior de estas unidades de análisis: tipo 1: caso único, diseño holístico (una unidad de análisis); tipo 2: caso único, diseño "incrustado" (*embedded*); tipo 3: múltiples casos, diseño holístico; tipo 4: múltiples casos, diseño "incrustado" (*embedded*) (Kazez, 2009). Para esta investigación consideré el estudio del caso de la UI y sus procesos con dos unidades embebidas: los agentes promotores viejos y los agentes profesionales.

5.3.2. Procesos poiéticos

El sujeto no sólo es receptor de estímulos procedentes del ambiente, también es agente hacedor de nuevas realidades y conductas. Es factor poiético y autopoiético. La subjetividad es el espacio de las evocaciones, la meditación la nostalgia, el sosiego, así como de recuerdos íntimos que pueden ser dolorosos (Rojas y Villaseñor, 2008).

Entrevista a profundidad. La entrevista en la investigación social es una narración conversacional construida conjuntamente por el entrevistado y el entrevistador que se constituye en un discurso público, de construcción del sentido social (Madriz, 2008). De acuerdo con Varguillas y Robot (2008) la entrevista a profundidad es

una técnica para recopilar información sobre conocimientos, creencias, rituales, de una persona o sobre la vida de una sociedad y su cultura. Se solicita información sobre un tema y se caracteriza por entablar una conversación personal larga, no estructurada, en la que se persigue que el entrevistado exprese de forma libre sus opiniones, actitudes, significados, emociones acerca de objeto de estudio. De esta manera se concibe como una interacción social entre dos personas en la que se genera una comunicación de significados.

Previamente elaboré el protocolo de la entrevista con el que informé al entrevistado del objetivo; incluyó la solicitud de consentimiento para ser grabada. En total fueron nueve entrevistas, cada una de las cuales duró entre una y tres horas. Las hice personalmente. Llevé a cabo las entrevistas en diferentes escenarios (domicilios particulares, Casa de Jubilados y Pensionados de Actopan, Fundación Hidalguense). Todas fueron grabadas y cuatro de ellas, video grabadas.

Observación. De acuerdo con Yin (1994) la observación es un medio muy útil para obtener información adicional acerca del tema estudiado. Por lo anterior, durante el desarrollo del programa llevé a cabo observaciones y videos y registré todos los eventos y actividades que sucedieron durante el desarrollo del programa.

Visitas al campo. Llevé a cabo alrededor de 30 vistas a los escenarios de trabajo de los promotores, durante un periodo de dos años, en ellas realicé observaciones, registros y notas de campo. En estas visitas también asistí a algunas ceremonias como la de día de muertos, una celebración de 50 años de matrimonio, ceremonias de clausura de los cursos, fiesta de 10 de mayo, de día del maestro, de día del abuelo, entre otras.

Videos. Video grabé algunas actividades seleccionadas del programa y de las visitas a campo. Seleccioné las actividades a video-grabar cuando la actividad

ofrecía información visual que no podría recuperar mediante mis notas o la grabación de voz únicamente.

Análisis de documentos. Entre los principales documentos que analicé se encuentran fotografías, reportes de los promotores, testimonios y trabajos que los promotores preparaban para ser entregados.

A continuación presento una narrativa sobre la forma en la que me acerqué al campo para la producción de la información que contestase mis preguntas de investigación. En este relato se ejemplifica cómo se fueron construyendo algunos de los diferentes espacios poiéticos, además que permite al lector acercarse al sitio y las circunstancias de esta investigación.

5.3.2.1. Construcción de espacios poiéticos

Me enfrentaba a la tarea de comunicarme con los viejos, con sus mundos, pensamientos, ideas, objetos, a sus casas, a sus discursos. Todo ello me provocó angustia y ansiedad. Las preguntas inmediatas fueron: ¿cómo acercarme a ellos?, ¿a quién acercarme?, ¿quiénes serían las personas a quienes debería acercarme para intentar responder a mis preguntas?, ¿cómo mirar?, ¿desde dónde mirar?, ¿cómo escuchar y qué escuchar?, ¿qué observar y cómo hacerlo?. Todas estas preguntas afloraron en mí y poco a poco empecé a resolver cada una de ellas.

¿Cómo acercarme? Primero había que reconocer el peso que tiene ser la “doctora de la IES”. Había que reconocer y reflexionar sobre mis ideas y significados acerca del programa, acerca de la vejez, del envejecimiento, a cerca de los propios viejos, acerca de la salud, es decir, mirarme a mí misma para poder entender mi posición y disposición en el escenario al que me iba a enfrentar. Una vez resuelto este cuestionamiento me pregunté: ¿con quiénes?, pensé, reflexioné e indagué quiénes podrían ser. Finalmente decidí que en primer lugar me acercaría a aquellas promotoras que durante tres años continuos habían trabajado

sin parar, aun en condiciones difíciles. Pero también era importante saber por qué otros habían dejado de trabajar y por qué otros en condiciones muy precarias seguían trabajando. Para el primer caso seleccioné a una promotora cuya historia personal y dotes de líder la habían hecho sobresalir en el trabajo como promotora. Me acerqué a ella y le planté la idea que tenía de tener una entrevista. Me ofreció su casa, incluso me invitó a hospedarme en ella y acepté hacerlo (como he mencionado, era importante conocer su entorno más próximo, su contexto familiar y personal). Creo que es significativo mencionar que inicié este trabajo el diez de mayo, día festivo importante para la sociedad mexicana. Esa vez viajé en autobús. Era una oportunidad para vivir como agente mi estancia con ella. Llegué a la terminal de autobuses y ya me esperaba la promotora junto con su esposo. De inmediato me llevaron a su casa (desde luego, en ningún momento me dejaron de ver como la “maestra” o en algunos casos como la “doctora de la IES”). Me ofrecieron su casa y me instalaron en una recámara. Yo iba preparada con mi material para realizar la entrevista (grabadora, cintas, pilas, mi libreta para mis registros, algunas preguntas). Me sentía nerviosa, pensaba. ¿Plantearé las preguntas adecuadas para intentar dar respuesta a mi pregunta de investigación? Era una pregunta que me hacía reiteradamente.

Me percaté de que la maestra estaba preocupada por la entrevista, incluso sentí que la evadía. Comenzó a platicarme cosas personales, cosas del pasado más o menos cercano que reorientaron la relación con su pareja. Estaba triste, quería hablar y hablar de todo ello. Yo di tiempo para que me platicara. El tiempo pasó, se hizo demasiado tarde y no pude llevar a cabo la entrevista, sentí que no debía forzar las cosas a mis tiempos. Hice algunas anotaciones acerca de todo esto e intenté descansar pues había que levantarnos muy temprano para irnos a San Jerónimo al festejo del diez de mayo con los viejos del núcleo gerontológico. Amaneció y como lo habíamos acordado, me despertó. Nos arreglamos para partir y antes de las siete de la mañana salimos al punto de reunión con las otras promotoras para ir a San Jerónimo. La maestra llevaba un costal con pantalones y chamarras deportivas para los ancianos y otras cosas que había gestionado.

Pasamos a la casa de otra promotora que, entre otras cosas, llevaba chilaquiles para el festejo. Llegamos al jagüey donde nos esperaba el microbús que todos los días traslada a las maestras y al médico de San Jerónimo. Llegaron las otras dos promotoras también con todo un cargamento: llevaban bultos con estambre como regalos para las mujeres y también algunos otros regalos para los señores.

El viaje fue toda una odisea. El microbús en el que viajan las promotoras todos los viernes era prácticamente una reliquia (incluso no quería arrancar y tuvieron que empujarlo). Por cierto, el pasaje les cuesta 30 pesos, ida y vuelta. Alguna promotora sugirió una queja por el gasto que tienen que hacer. Iniciamos el recorrido finalmente. Después de casi tres años las promotoras están perfectamente adaptadas al viaje lleno de baches, muy sinuoso, realmente hasta podría decir en tramos muy peligroso. Me cuentan que al principio les daba mucho miedo pero que ahora ya se acostumbraron, incluso a ver las víboras que se atraviesan en el camino. El escenario es maravilloso, los frailes y las monjas, viejas montañas, imponentes. Durante el trayecto ellas fueron platicando de todo, cosas personales, una promotora está a punto de iniciar una relación de pareja, es probable que deje San Jerónimo, pues tendrá que irse a vivir a Querétaro. Bromean, se ríen, se notan muy contentas y satisfechas con lo que llevan para el festejo, pues hicieron muchas gestiones que las condujeron a obtener buenos precios, y la posibilidad de dar regalos a todas las mamás.

Yo me sentía nerviosa. Aunque me conocen algunos ancianos, yo llegaba como alguien extraño dado que no estoy cada ocho días por allá. Me volvía a preguntar cómo alteraría mi presencia la dinámica que se establece en cada sesión. Me preguntaba si tendría la capacidad para dirigirme adecuadamente, para preguntar, para mirar, para observar. Me preguntaba si podría captar los detalles, cómo sería mi mirada, miraría donde había que mirar. Seguía nerviosa y algo preocupada porque además el micro llevaba un tinaco de gasolina. Después de hora y media llegamos, bajamos todas las cosas, las depositamos en el espacio que les han asignado para trabajar que corresponde a una sección del albergue con que

cuenta este lugar. Una vez hecho lo anterior nos dirigimos al lugar donde hacen las tortillas, allí cada viernes la señora les ofrece un desayuno caliente, con tortillas recién hechas. Ya habían llegado algunos ancianos, una pareja que tiene que caminar aproximadamente dos horas para llegar al punto de reunión.

Desde luego la señora que hace las tortillas me identificó como alguien extraña y así me sentí pues las promotoras y ella tienen ya mucha confianza en su trato. Nos prepararon una mesa con café, mole verde y tortillas calientitas. El mole era el sobrante del festejo del diez de mayo. Las promotoras dedican un tiempo para su desayuno ya que los ancianos llegan un poco más tarde. Terminamos y me enseñaron el lugar que el delegado municipal les asignó para llevar a cabo las actividades con el grupo de viejos, mismo que aún están equipando y que era subutilizado que tiene aproximadamente 30 metros cuadrados. Las promotoras han gestionado la adquisición de los sanitarios, loseta y otros materiales y el delegado municipal se encarga de la mano de obra. Cuando estábamos conociendo el lugar llegó el Delegado. La Maestra me lo presentó y me comentó lo mucho que las ha estado apoyando, lo que me llevó a seleccionarlo como un candidato a entrevistar.

Comencé a hacer anotaciones de lo que iba mirando y observando. Finalmente llegaron todos y nos dirigimos al salón de la reunión. Llegaron aproximadamente 40 ancianos hombres y mujeres. Otros se incorporaron más tarde ya que en la escuela se llevaba a cabo el festival del diez de mayo. Llevan regalos, flores que recién cortaron en el camino, rosas y otras que no conozco. Las promotoras inician sus actividades, entregan los pendientes. Los viejos hablan y hablan, de pronto no hacen caso a las indicaciones de las promotoras, intercambian palabras entre ellos, se hacen bromas. Se nota que se bañaron y arreglaron para ir a la reunión, es mucho más evidente en los señores. Uno de ellos lleva pulque para las promotoras. La entrega de los regalos y de las demás cosas duró aproximadamente dos horas. Al principio me sentí nerviosa, pero los ancianos no

me hicieron mucho caso, creo que no me miraron mucho, yo aproveché para hacer mis anotaciones de lo que acontecía, lo que ayudó a bajar mi ansiedad.

Salieron a hacer ejercicio, actividad que realizan cada ocho días. Fue muy sorprendente para mí ver cómo les divierte esta actividad. Casi todos quieren participar excepto aquellos que tienen mucha dificultad para moverse. Se ríen, gritan, tratan de hacer la actividad lo mejor que pueden. Yo aproveché para acercarme a aquellos que se quedaban sentados, así como a los familiares que los acompañaban y les hice algunas preguntas. Otros, sin que yo les preguntase, me contaron lo que ha pasado con los viejos de San Jerónimo. Hice mis registros, regresamos al albergue y procedí a comer los ricos chilaquiles preparados por las promotoras así como frijoles.

Era hora de regresar ya que el microbús sale a la una de tarde para trasladar a las maestras y al doctor del pueblo. Así es que “había que apurarlo” para no perder el transporte. Esta vez manejó un señor que, de acuerdo con una de las promotoras, es un líder muy importante de los ancianos del lugar y que está dispuesto a apoyar en cualquier momento que se le pide. Desde luego se convirtió en un informante muy importante para mí. El regreso fue largo y cansado. El micro iba lleno, algunos iban de pie. Las promotoras estaban cansadas, algunas se durmieron un rato, otras me iban platicando algunas de sus anécdotas. Yo también estaba cansada, hacía demasiado calor al regreso lo que llevaba a que se sintiese mucho más largo el trayecto. Me dejaron en la terminal de autobuses y tomé mi camión de regreso. En el trayecto revisé mis anotaciones y agregué algunas cosas. Aunque no hice la entrevista en esa ocasión, recogí mucha información y pude observar cosas, situaciones y vislumbrar a otros informantes. Como la maestra que coordina a las promotoras tenía que venir a México con un grupo de ancianos para que les hicieran densitometrías, le propuse que nos viéramos para llevar a cabo la entrevista la siguiente semana, ella estuvo de acuerdo.

Llegó el lunes acordado y me dirigí al lugar indicado a la hora convenida. El grupo no aparecía, pasó media hora, una, dos, tres y finalmente llegaron. La maestra llegó muy nerviosa, el transporte que las trasladaría nunca llegó y tuvieron que viajar en autobús y después en trolebús para cruzar la ciudad. En la carretera les tocó un gran accidente que hizo que la maestra se pusiera aún más nerviosa. Detecté esto y decidí no llevar a cabo la entrevista. Le comenté que consideraba que no era momento para ello y que nuevamente programaríamos otra fecha. Observé que la maestra se sentía muy nerviosa también por la entrevista. Tal vez yo no había manejado las cosas del todo bien y percibía que sentía que iba a ser evaluada por su trabajo. Fijamos la fecha para el siguiente martes.

Llegó el martes. Le expliqué nuevamente a la maestra de qué se trataba y le solicité que me permitiera grabarla, a lo que accedió de inmediato. Al inicio de la entrevista estuvo muy emocionada, incluso casi derramó lágrimas pero poco a poco se fue relajando y la información se fue produciendo. Yo por mi parte también al inicio me sentí nerviosa, con miedo a no poder lograr una buena dirección a las preguntas. También me fui relajando, la entrevista duró aproximadamente dos horas. Hice algunas anotaciones en mi libreta y dejé abierta la posibilidad de realizar otra sesión en algún momento, ella estaba en toda la disposición. Llegué a casa, revisé si no tenía ningún problema la grabación. La escuché detalladamente, vi que no había problema, anoté algunos detalles y aunque había información valiosa consideré que tendría que regresar a puntualizar algunas cosas.

Llegó el sábado. Tenía una entrevista con otro promotor al quien seleccioné por la posición central que tiene en el campo de los viejos; más tarde me acercaría a los no centrales. Preparé mis cosas (grabadora, cintas, pilas), revisé que todo funcionara bien y con la experiencia anterior acudí a la cita. Nuevamente me fui en autobús, iba lleno, incluso gente parada. Es un día de paseo para muchos. Llegué a Actopan, busqué la dirección aunque no fue necesario porque el maestro es muy conocido. Toqué, me abrió su esposa, entré sólo un momento a su casa, una casa

llena de fotos, recuerdos y en el muro frontal la fotografía del Gobernador de Hidalgo. Su esposa puso en una bolsa algunas cosas y me dijo que nos trasladaríamos a Pozo Grande pues ahí nos esperaba el maestro. Tomamos un taxi y diez minutos después ya estábamos ahí.

Fue realmente muy impresionante para mí conocer su casa, una casa tan diferente a una de ciudad. Estaba llena de pavorrales, guajolotes, gallinas, un cotorro, desde luego los perros guardianes, moscas por todos lados, ruidos de todos los animales. Los cuartos corridos, sin lujos, con muchos detalles, con unas fotografías verdaderamente hermosas de ellos, de sus padres, de los abuelos, de los bisabuelos, todo ello denotando un gran respeto hacia esos personajes. Me enseñaron todo con esa sencillez que poseen muchas personas. Me pasaron hasta su habitación, me platicaron muchas cosas antes de iniciar el trabajo y desde luego, no faltó el almuerzo. Ellos piensan que el viaje “hace hambre” y, por lo tanto, me tenía preparado un rico puchero de res que devoré, la verdad creo que si tienen toda la razón, el viaje da hambre. Aprendí mucho al estar ahí, son personas finas, sencillas, que me hicieron sentir como en casa. Aun cuando ya tenía aproximadamente cinco años de conocerlos, nunca había ido a su casa.

Aprovecharon para comentarme algunos problemas que han tenido con su hijo y con su nuera, haciendo referencia a lo diferente que ha sido su matrimonio. También me contaron anécdotas de sus animales y aprendí muchas cosas más. Le expliqué a mi informante el motivo de mi visita y le solicité que me permitiera grabar la entrevista a lo que accedió y me solicitó que su esposa estuviera ahí con nosotros. Creo que nuevamente tuve algunas fallas en la entrevista, en la forma de preguntar, creo que a veces induzco las respuestas con mis preguntas. La experiencia fue enriquecedora a pesar de esos desaciertos y quedó abierta la posibilidad de regresar. Querían que quedara más tiempo para estar con ellos en un festejo que tenían, desafortunadamente no lo pude hacer, aunque creo que perdí la oportunidad de recoger mayor información. Me llevaron hasta el autobús y durante el trayecto aproveché para hacer algunas anotaciones. Más tarde en casa

escuché la entrevista para revisar si no había problemas y hacer algunas anotaciones más.

Al siguiente lunes contacté a un grupo de cinco promotoras que han estado trabajando en Pachuca. Hasta el momento han replicado cinco veces el curso de promotores por lo que tal vez ya sean alrededor de 150 egresados que a su vez han formado a otros y están trabajando en Tlathuelilpan, Real del Monte y Zapatlán, entre otros lugares. Para mí es un grupo de promotoras muy especial, no todas tienen formación académica, pero el común denominador es que todas cuentan con un volumen de capital social y material abundante. Esto les ha permitido tener muchos apoyos y trabajar de manera muy intensa por lo que la Fundación Hidalguense (organismo muy importante en el Estado) las ha adoptado. Concerté una cita con ellas para la semana siguiente y aceptaron la entrevista. Decidí trabajar de manera grupal con ellas. Llevan trabajando dos años en grupo y pensé que sería importante que pudieran intercambiar ideas entre ellas, escucharse y, por supuesto, escucharlas yo. Esta vez filmé y grabé la sesión. Se produjo información y de alguna manera también miré más de cerca la dinámica del grupo. La coordinadora de ellas se sintió mal y no estuvo en la entrevista, sólo estuvieron cuatro promotoras. En esta ocasión me sentí mucho mejor, no sentí tanto nerviosismo. Esta vez no hice anotaciones y terminé tan cansada que sólo revisé alguna parte del video. Después de la entrevista surgió una invitación para asistir a Real del Monte y estar en una ceremonia de un núcleo gerontológico en donde además de los viejos estuvo el Presidente Municipal del Real y el diputado federal, Gerardo Sosa Castelán. Allí pude observar la visión que ellos tienen de la vejez. Hice una relatoría del evento pero no hubo oportunidad de conversar más con las autoridades, pero tuve algunos intercambios con algunos viejos.

Antes de este evento estuve en Actopan, un martes. A la casa de jubilados y pensionados llegó mi otro informante, esta vez un promotor de Ixmiquilpan, otro municipio del Valle del Mezquital en donde se llevó a cabo el primer curso de promotores. Mi interés en este agente se debía a que, a diferencia de los otros

casos, se trataba de un promotor que no tiene estudios (sólo sabe leer y escribir), tiene escasos recursos económicos y desde el 2004 viene trabajando con un grupo de ese lugar que se llama “Viva experiencia”. A su llegada lo primero que hizo fue invitarme a su fiesta de 50 años de casado que se llevaría a cabo el catorce de julio a la que, desde luego, decidí asistir. Posterior a esto le pedí que me permitiera platicar un rato con él, accedió de la mejor manera y le solicité que me permitiera grabar la plática. Me dijo que no había ningún problema. Resaltó sus prioridades y necesidades. Fue una entrevista difícil, tal vez porque no me decía lo que yo quería escuchar. Para él, lo más importante es aplicar sus saberes en el trabajo de promotoría y mantener un espíritu solidario. La UI le ha provocado dificultades económicas, ya que por realizar estas actividades ha tenido que abandonar su trabajo.

En un viaje que había hecho a San Jerónimo me percaté que el delegado municipal era un candidato idóneo para entrevista, ya que observaba muy de cerca todo lo que venía pasando con el trabajo que las promotoras venían haciendo en el lugar, lo que me permitía conocer las significaciones que este agente, situado en la comunidad, le daba al trabajo que las promotoras realizaban. Le pregunté si me permitiría hacerle una entrevista a lo cual accedió y fijamos la fecha. Llegué a la entrevista, él estaba muy nervioso y aunque por momentos sentí que estaba evadiendo un poco la plática, finalmente se dio el proceso de comunicación y realicé una entrevista de casi tres horas.

Lo descrito en este apartado ejemplifica cómo fui construyendo diferentes espacios poéticos. Así como estos, hubo muchos otros espacios dentro del propio proceso pedagógico desarrollado en las múltiples visitas que hice a los diferentes espacios de los promotores y promotoras. En el siguiente apartado presento cómo organicé, analicé e interpreté la información.

5.4. Análisis e interpretación de los datos

En esta sección presentaré algunos elementos que sustentan el análisis e interpretación de los datos cualitativos así como los pasos que seguí para la recopilación, organización, elaboración, análisis e interpretación de la información.

De acuerdo con Miles y Huberman (1994), el análisis de los datos es el paso más crítico en la investigación cualitativa. Es un proceso que consiste en consolidar, reducir e interpretar los datos que las personas aportaron y lo que el investigador ha visto y leído. Significa dar sentido a los datos teniendo en cuenta las preguntas de investigación. El análisis de datos cualitativo es un método que ofrece interpretaciones a partir de datos esencialmente verbales, simbólicos o comunicativos (Maduro y Rodríguez, 2008). Como señala Mays (2009), el proceso de análisis e interpretación de los datos en los estudios cualitativos puede desarrollarse a la par o a medida en que se van recogiendo los datos. Para este trabajo seguí los siguientes procedimientos para el análisis e interpretación de la información.

Organización de los datos. Después de cada sesión del programa, de las entrevistas, visitas, observaciones, conversaciones, asistencia a eventos, organicé las notas, los videos, las fotos y los documentos anotando la fecha, un código, algunas notas para su identificación. Después de las grabaciones y filmaciones las revisé e incorporé algunas anotaciones. Posteriormente, transcribí todas las entrevistas, las organicé, revisé las transcripciones e integré las anotaciones hechas.

Análisis preliminar. Cada vez que transcribía una entrevista realicé el análisis preliminar propuesto por Grbich (2007) a partir del cual llevé a cabo un proceso simple de chequeo y rastreo de los datos para analizar qué es lo que surgía de ellos, identificando áreas que requerían de profundización para lograr una comprensión más profunda de los significados. Después de esta revisión, llevé a

cabo un proceso de depuración y síntesis de los aspectos fundamentales derivados de la entrevista a través del llenado de la hoja de integración de datos. Esta hoja contiene tres apartados: datos de identificación, principales datos a destacar y profundizar. En conjunto estos elementos me sirvieron de guía en el trabajo de organización de la información, a continuación la presento.

TABLA 5.2. EJEMPLO DE HOJA DE INTEGRACIÓN DE DATOS

<p>CARÁTULA</p> <p>Entrevista con INFORMANTE F-MC</p> <p>Identificadores de datos Ubicación: Entrevista con INFORMANTE F-MC llevada a cabo por Ma. De la Luz Martínez Maldonado en la casa de Jubilados y Pensionados, Actopan, Hgo.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fecha y hora: 29 de mayo de 2007 a las 11:00 de las 11:00 a las 14:00 hrs. ▪ Duración de la entrevista: 3 Horas. ▪ Circunstancias especiales: Se había intentado hacer la entrevista en dos ocasiones anteriores. En la primera ocasión, sentí que la informante evadió la entrevista. En la segunda cita concertada, ella tuvo un pequeño incidente en la carretera y estaba muy nerviosa por lo que no se llevó a cabo la entrevista. <p>Principales aspectos a destacar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Emoción de la informante • Capacidad para establecer relaciones sociales <p>Aspectos a profundizar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formación académica • Capacidad autogestiva • Capacidad de liderazgo

Fuente: Elaboración propia

Para cada uno de los informantes elaboré una hoja igual en la que describí cada uno de los elementos que debía destacar o profundizar. Asimismo, me sirvió para hacer anotaciones de fechas de próximas citas y de las actividades a realizar.

Análisis de la información textual. A partir de lo anterior llevé a cabo un análisis textual de la información con el fin de resaltar, entre otros, los siguientes aspectos: ¿Cuáles son los principales elementos que se derivan de la información? ¿Qué aspectos de la información requieren una mayor profundidad? ¿Qué informantes pueden ayudar a producir esa información?, Siguiendo las recomendaciones

propuestas por Michelle Bellavita (en Grbich, 2007) tomé como referentes los siguientes lineamientos:

1. Considerar el proceso inicial de análisis de datos como un ejercicio en el que se anotan ideas a partir de las cuales se tratan de asociar rubros a segmentos de datos.
2. Enlistar temas, agruparlos, destacar excepciones y llevar a cabo una lluvia de ideas.
3. Jugar con metáforas, analizando palabras específicas y emplear la técnica de “flipflop” (que consiste en analizar aspectos concretos desde diferentes perspectivas preguntándose por qué y qué tal si).
4. Intentar representar algunos de los datos en forma de un poema o viñeta que pueda formar parte de una presentación posterior de la base de datos global.

Integrar las cuestiones emergentes dentro de temas potenciales resultó útil para la producción de la información. La ventaja fue que para el final de la recolección de la información, los procesos paralelos de su análisis preliminar me abrieron la posibilidad de mantenerme en contacto estrecho con la información. Una vez logrado el análisis preliminar procedí a la elaboración de matrices construidas a partir de los analizadores. Para la construcción de estas matrices consideré la totalidad de la información recopilada a partir de las diferentes estrategias para construir datos densos, a manera de triangulación (Yin, 1994). Una vez construidas las matrices procedí al trabajo interpretativo a la luz de la propuesta teórica presentada en el primer capítulo, guiándome siempre por la pregunta de investigación. En la tabla 5.3 presento un ejemplo de cómo elaboré la información en la búsqueda de construir datos y en la tabla 5.4 un ejemplo similar para el análisis de capital.

TABLA 5.3. EJEMPLO DE ELABORACIÓN DE LA INFORMACIÓN PARA LA CONSTRUCCIÓN DE DATOS

ENTREVISTA CON: INFORMANTE F-MC	
SEGMENTO DE LA ENTREVISTA	ANÁLISIS PRELIMINAR DE LA INFORMACIÓN
<p>Entrevistador: ... a partir de que usted es promotora, ¿qué ha pasado?</p> <p>Entrevistado: Pues mire han pasado tantas cosas que uno se emociona ¿sí? el, el prim, primero, haberlos tenido a ustedes aquí y haber logrado un cambio en mi vida, en mi persona, el ya no depender ni del esposo, ni de los hijos para ir al doctor, para...., el sentirme libre, el sentir que yo puedo hacer muchas cosas y sobre todo si las hago para mí, pues mucho mejor, el estar consciente de que mi salud es mi responsabilidad, solamente mía [...]</p> <p>[...] ahora soy de las personas que no necesito que me lleven al médico, yo voy sola; no necesito que llegue mi esposo para inyectarme, yo busco quien lo haga y eso es importante es un cambio muy, muy importante y creo que haberlo experimentado [...]</p> <p>[...] después haber formado a un grupo gerontológico en un lugar precioso creo que me dio la oportunidad de servir, en primer lugar, de servir, pues no por mis ideas religiosas de que, de que hay que estar, amarnos ¿sí? pero sí el hecho de que uno recibe un beneficio y compartirlo creo que es más importante [...]</p> <p>[...] el hecho también de haber hecho que algunas personas cambiaran su actitud ante la vida [...] creo que eso es una labor bien importante [...] sí es cierto, los adultos mayores siempre son relegados por la familia llámense nietos, llámense hijos incluso nueras son las más este, o yernos (SI) son los que más intervienen en este aspecto ¿no?</p>	<p>Se hace evidente un proceso de empoderamiento fundamental donde la informante manifiesta un impacto a nivel de su percepción de valía como individuo y asume una posición de responsabilidad y autonomía sobre el control de su vida...</p> <p>¿Cuál es la percepción y reacción de los familiares ante los cambios en los promotores?</p> <p>Se refleja una percepción de logro, de pertenencia e identidad con el grupo a la par de una perspectiva que rebasa ideas relacionadas a la religión...</p> <p>¿Experiencias ilustrativas?</p> <p>Postura abiertamente crítica con relación al rol asignado al adulto mayor en la sociedad.</p>

Fuente: Elaboración propia

TABLA 5.4. EJEMPLO DE ELABORACIÓN DE INFORMACIÓN PARA EL ANÁLISIS DEL CAPITAL SOCIAL DE LOS PROMOTORES 18 MESES DESPUÉS DEL PROGRAMA

	Frase significativa	¿Qué dice?	¿Qué interpreto que dice?	¿Con cuáles otras referencias se relaciona?
Video2 25feb INF1	Agradecer al club de leones, óptica Devlyn, INAPAM, gobierno del estado	Agradece el apoyo que le dieron ya que le proporcionaron lentes, ropa, credenciales, descuentos	Que los apoyos materiales son muy importantes para ellas	ENTREVMayoINF1 Frase1
	Hemos recibido el apoyo del Municipio de Actopan, de la licenciada Adelfa que es diputada por este Distrito	Explica que no ha recibido apoyo del municipio del Arenal y que ha tenido que buscar apoyo en otros municipios	La promotora enfatiza el capital social con el que cuenta. Por lo que no se detiene cuando necesita algo	Revisión de oficios de solicitud de apoyo. ENTREV Delegado Municipal
	Detectamos a nuestros diabéticos que están totalmente controlados y también nuestros hipertensos	Aplicaron pruebas para medir la glucosa y tomaron la presión arterial a los viejos de la comunidad y los remitieron a sus médicos	Han puesto en práctica lo aprendido	ENTREV. Al médico del lugar. Frase 1 ENTREV Delegado Municipal. Análisis clínicos
	En un principio nos arrojó un resultado muy alto de infecciones de vías urinarias los remitimos al centro de salud y recibieron un tratamiento individualizado	Cuando iniciaron su trabajo muchos de los adultos mayores tenían infecciones de vías urinarias y ella los enviaron al médico del centro de salud	Las promotoras están interesadas en la detección de enfermedades	ENTREVMayoINF1 Frase2
	Las integrantes del equipo comentamos que teníamos cerca de dos horas libres. En el libro de Gerontología, cap. 25, pág. 432, el tiempo libre durante el envejecimiento, decidimos agregar a nuestras actividades algunas manualidades: pintura en tela, forrado con listón, bisutería con cuentecitas pero esto hace que su coordinación motora fina se agudice	Que hay que realizar otro tipo de actividades y lo fundamentan con lo que dice el libro	La promotora que dirige al grupo es maestra jubilada, los capitales con los cuenta le han ayudado mucho para llevar a cabo las acciones como promotora	ENTREV. Delegado Municipal. Visita a S. Jerónimo Video4. Clausura de curso
	En el grupo de San Jerónimo no todo es actividad académica. También tenemos momentos de esparcimiento	Las actividades que realizan de acuerdo al programa son complementadas con otras	Para ellas, tal vez el esparcimiento resulta ser muy valioso, así como la diversión. Creo que las actividades de ocio son las que las aglutinan más fácilmente	ENTREV. Delegado Municipal. Frase 1 Video 2 INF: 1. Frase 3 VIDEO7NOV1107 INF2. Frase 1
	Tuvimos la presencia de personal de gobierno y nos sentimos muy orgullosos de que hayan conocido el ambiente de San .Jerónimo	Se había escuchado de la labor que estaban desarrollando las promotoras en San Jerónimo y algunas personas de desarrollo social y encargados de los programas para adultos mayores visitaron el lugar para observar qué hacían	Para las promotoras es muy importante el reconocimiento, pero creo más importante, son los apoyos que les pueden brindar las instituciones	Video 2 INF1 Frase 3 Video425febINF8 Frase1 Video425febINF8 Frase 2, Video225feb INF1 Frase 3 ENTREVMayoINF1 Frase4

TABLA 5.5. EJEMPLO DE ELABORACIÓN DE INFORMACIÓN PARA EL ANÁLISIS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DE LOS PROMOTORES 18 MESES DESPUÉS DEL PROGRAMA (CONTINÚA)

Referencia	Frase significativa	¿Qué dice?	¿Qué interpreto que dice?	¿Con cuáles otras referencias se relaciona?
Video225feb INF1	Al inicio de cada sesión hacemos una rutina de ejercicio, lo cual es muy importante para un envejecimiento activo. Hacemos ejercicio con una pelotita relajante para estimular el movimiento de manos y dedos	Explica que como se vio en el programa hay que promover el ejercicio físico	Hay un gran apego a las actividades que se sugieren en el programa para promover la salud	Video7. Video4. Clausura Foto 26 y 27 ENTREV. Delegado Municipal Registro 1.
	En este año nuestros adultos mayores han modificado en cierto modo su alimentación, aunque en general la alimentación en San Jerónimo es muy sana muy natural	Explica las modificaciones en alimentación	Hay un reconocimiento de que no hay mucho que cambiar en los viejos	EntINF129mayo INF 1. Frase 13
	Si hablamos de higiene, el cambio ha sido sorprendente en cuanto al aseo personal.	Explica el trabajo que han hecho relacionado con la higiene personal	La higiene personal fue un elemento esencial para relacionarse con ellos	EntINF129mayo Frase 14
	Cada uno tuvo un cepillo y pasta de dientes para su aseo dental	Hicieron gestiones para que cada viejo tuviera aseo dental	Las acciones que realizan incluyen el cuidado de la boca	Foto10
	Les hicieron una revisión del oído	Detectaron a personas sordas y solicitaron apoyo para que las revisaran	Detectan otras necesidades	EntINF129mayo Frase 15
	Otro propósito es acudir a nuestras redes de apoyo para que todos nuestros adultos mayores puedan hacerse el estudio de la densitometría	Quieren que se les haga un diagnóstico de osteoporosis	Se apegan a lo que dice la UI	Visita a San Jerónimo conversando con la promotora

Fuente: Elaboración propia

5.5. Reflexividad

En esta sección presento algunas reflexiones sobre mi experiencia como investigadora, una de las condiciones de las metodologías cualitativas para que el lector o lectora tenga elementos de juicio en relación con la calidad y validez de mis interpretaciones. Pierre Bourdieu reconoce como una obligación del sociólogo descubrir al lector las pulsiones sociales y personales con las que el analista invierte su trabajo de investigación y los procesos “detrás” de este trabajo, como “la cocina” de donde surgió esta comunicación.

5.6. Mis preconcepciones

En mi experiencia como investigadora me he acercado a los objetos de estudio con ideas preestablecidas, con planteamientos que pretenden explicar más que comprender, con la ilusión de encontrar verdades a partir de la cuantificación de las características de las porciones de la realidad seleccionadas para su estudio. He trabajado por más de diez años en el área del envejecimiento, de la vejez y de los viejos. Llegué a ellos por mandato, con la consigna de cumplir con los objetivos de un proyecto de investigación, proyecto que apenas conocía aunque sabía que se orientaba fundamentalmente a la recolección de datos, de medidas y números vinculados con los viejos, en donde la participación de ellos se circunscribía a responder lo que nosotros necesitábamos y a decir lo que queríamos escuchar, para después transformar esos datos en informes, en reportes o en artículos de investigación. Sin embargo, en mi intento por caracterizarlos desde la gerontología, me acerqué a ellos de manera paulatina, los miré y aprendí que cada uno percibe, representa y realiza prácticas diferenciadas en donde significa todo: vida, muerte, salud, enfermedad, envejecimiento, vejez y el papel que como viejo tiene en su espacio social. Es entonces que me pregunto:

- ¿Estamos frente a un fenómeno nuevo, cuando hablamos de viejos?
- ¿La vejez de hoy es diferente a la de ayer?

- ¿Estamos frente a una nueva mirada del viejo, la vejez y el envejecimiento?
- ¿Será necesario resignificar la vejez y abordarla desde una mirada compleja para descubrir qué es ser “viejo” en la sociedad del siglo XXI?
- ¿Es la mirada gerontológica la que nos permitirá comprender los fenómenos de la vejez y del ‘bien envejecer’?

Busco, reviso y encuentro que a través de la historia la vejez ha sido aceptada pero también temida. Asimismo, en la literatura actual encuentro concepciones y nociones de viejo que lo miran sólo como “objeto”. Concepciones y nociones impregnadas de visiones vinculadas con pérdidas de salud, de funcionalidad física, mental y social, de autoestima, etc.; concepciones fragmentarias, desvinculadas de contextos específicos y de historias particulares; posiciones que se interesan mucho más por la homogeneidad para establecer modelos de viejo o de anciano aplicables a todos que por el entendimiento de la diversidad de los procesos de envejecimiento y de ser viejo(a). Concepciones que incluyen nociones que podrían ser contradictorias tales como “exitoso”, “saludable”, “activo”, etc., y que utilizan métodos de análisis unidimensionales en donde lo fundamental es lo biológico, soslayando lo social y lo personal.

Reflexiono que en los distintos campos sociales la vejez tiende a ocupar un lugar de verdad sobre el agente, un saber a priori, sin tomar en cuenta al otro, al viejo. Entonces, pienso que la vejez es un constructo colectivo pero también individual que implica formas de percibir, apreciar y actuar, que se genera en espacios socio históricos determinados adoptando los significados y características generales de esos espacios y, por lo tanto, la noción de vejez adquiere un carácter dinámico y sufre modificaciones en función del espacio y del tiempo: es heterogénea. Descubro así que no hay una vejez, hay vejeces puesto que se trata de diversas experiencias históricas, de un conjunto de correlaciones que se expresan dentro de una cultura, dentro de diferentes campos de saber, dentro de diferentes tipos de normatividad y dentro de diversas formas de subjetividad mediante las cuales los individuos se reconocen como agentes de su propia vida. De esta forma

reconozco que la vejez es un conjunto de discursos y prácticas en cuyo seno cobran sentido y significado el cuerpo, las voces, los discursos, las prácticas, los deseos, etc.

Ante esto encuentro un mundo que antes no había reconocido, el mundo subjetivo. Me pregunto cómo acceder a ese mundo de significaciones y de prácticas; con qué métodos poder comprender sus nociones, conceptos y las prácticas significantes que como agentes realizan los viejos; a través de qué sistemas y sobre qué juegos de verdad; cómo observar "las vejeces" si estas están cifradas en significados; cómo comprender, más que explicar, para encontrar sentido y sentidos sin intentar generalizar; cómo identificar los espacios y momentos en donde se puedan revelar con mayor claridad los contenidos de los discursos y de las prácticas que los viejos realizan. Me respondo: observando las prácticas significantes, porque estas conjuntan la subjetividad con la objetividad, construyendo espacios intertextuales e intersubjetivos, que es una de las cosas que propone la investigación cualitativa. Mi acercamiento a la investigación cualitativa a su vez me regresa a la necesidad de entendimiento de esos mundos subjetivos y quizás a la renuncia de la caracterización de la verdad verdadera.

Lo anterior me plantea un problema. Cómo desandar caminos, cómo cuestionar verdades, cómo proponer escenarios de diálogo e intercambio con los actores involucrados en cada dispositivo de saber/poder; cómo dejar de lado la eyección para lograr la poiesis; cómo, de repente, aceptar y reconocer que el otro ya no está hecho para ser exterminado, odiado, rechazado, seducido, sino que está hecho para ser entendido, reconocido y liberarse de clasificaciones. Esto es, mirar a la persona con su dignidad, comprensión, protagonismo y cultura como el eje central de mi acción investigadora. Para iniciar habría que romper con racionalidades impuestas, normativas y supuestamente universales. Cuestionar me permitió liberar nuevas posibilidades para experimentar nuevas formas de producción de conocimiento. Implicó el reconocimiento de que no hay subjetividad idéntica para todos ni idéntica para conmigo. Esto es, el individuo no es el mismo

agente cuando se sitúa en diferentes espacios de su historia, cuando se piensa como agente de acción o de deseo, cuando problematiza sus intenciones o cuando reconoce sus pensamientos y sentimientos. También significó abandonar preguntas explicativas para retomar aquéllas que nos hablen del cómo se construyen verdades tan diversas y, a partir de lo anterior, mirar a las “vejeces”.

La reflexividad como instrumento de apropiación de mi propio entendimiento y de los límites de mi entendimiento, fue un proceso que me llevó al menos a entrever lo que Bourdieu llama falsos engaños, a descubrir lo social en el corazón de los agentes, lo impersonal por debajo de lo íntimo, lo universal enterrado profundamente dentro de lo más particular.

5.7. Consideraciones éticas

De acuerdo con Bourdieu y Wacquant (2005), el trabajo del sociólogo es desnaturalizar y desfatalizar el mundo social, esto es, destruir los mitos que ocultan el ejercicio del poder y la perpetuación de la dominación. Concibe a la sociología como una ciencia eminentemente política en tanto se halla involucrada y entrampada en estrategias y mecanismos de dominación simbólica, por lo que la ciencia no puede ser neutral ni apolítica.

De ahí que la epistemología cualitativa se apoya en los siguientes principios que tienen consecuencias metodológicas y éticas: (1) el conocimiento es una producción constructiva e interpretativa; (2) el proceso de producción de conocimiento es interactivo y (3) la significación de la singularidad tiene un nivel legítimo en la producción del conocimiento. Estos tres puntos se sintetizan en un planteamiento de la ética: las personas –yo y el otro- son (somos) sujetos tanto desde la postura del investigador como de las personas investigadas. Esto significa ver a la persona con su dignidad, comprensión, protagonismo y cultura como el eje de la acción investigadora (González, 2002). Partiendo de estas

consideraciones tomé como base las siguientes directrices a fin de mantener una postura ética en mi investigación.

Consentimiento informado. Se les informó a los participantes del proceso de investigación, sus objetivos, metas y compromisos y de la utilización de técnicas de registro no intrusivas (notas de campo) e intrusivas como grabadora, videgrabadora, cámara fotográfica, así como de los propósitos y usos de la información.

Confidencialidad y anonimato. En el proceso de registro de la información se utilizaron seudónimos con el fin de mantener el anonimato de los agentes que participaron en el proceso de investigación.

Retorno social de la información obtenida. Se les ha informado a los participantes que la experiencia investigativa se ha presentado en congresos, en publicaciones y en reportes de investigación.

A modo de cierre

En este capítulo presenté los procesos y reflexiones metodológicas que guiaron esta investigación con la finalidad de que cada uno de los elementos presentados permitiesen al lector desarrollar una idea sobre cómo se fue construyendo todo el proceso para la recuperación de los significados emanados del proceso de la UI. Observé a la UI desde la óptica de que las personas y los grupos sociales son agentes practicantes y constructores de sí mismos y que en sus prácticas en el mundo material, construyen la sociedad. En la práctica de una investigación en donde quien la realiza busca al “otro” en sus propios procesos y prácticas y en la relación de los procesos del otro con los del investigador(a), reconozco a los agentes sociales como:

...sujetos éticos que a partir de sus propios sentidos, significados y arreglo de conocimientos, tienen y reconstruyen una explicación sobre el mundo, sobre su existencia en él y sobre su razón y práctica en el mundo; una posición propia ante el poder y su propia historia y un proyecto alrededor del que organizan su propia vida dentro del conjunto social en situaciones y contextos socio-históricos determinados (Chapela y Cerda, 2010:130).

En el siguiente capítulo relataré, analizaré e interpretaré la experiencia de la UI en la comprensión de los procesos de capitalización/descapitalización de los agentes y de una valoración sobre qué tan “saludable” es el trabajo de la UI, entendiendo a la salud desde la perspectiva sustentada en el Capítulo 1.

CAPÍTULO 6

LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN Y SUS AGENTES

Introducción

Para lograr comprender de manera integral mi objeto de estudio, la información empírica que presento en esta comunicación y la interpretación que hago de la misma es de gran importancia para que el lector o lectora se adentre en el espacio en donde se ubica la UI (Unidad Integral Gerontológica), a sus componentes físicos, económicos, sociales, culturales e ideológicos. En este capítulo ofrezco al lector(a) la información que le permita “sentir” el espacio en donde se llevan a cabo las prácticas a las que se refiere este estudio, mismo que incluye el panorama general del estado de Hidalgo, sus programas para viejos del Valle del Mezquital y del programa de envejecimiento activo al que se refiere este estudio. Divido el capítulo en dos grandes secciones. En la primera analizo algunos aspectos de Hidalgo como un primer paso para entender los procesos que tienen que ver con la región situada al interior de este. Los datos relativos a la estructura de la población, mortalidad y educación en el Estado servirán como referente para establecer algunas semejanzas con el Valle del Mezquital y darnos cuenta de la manera en la que este ha sido impactado por el primero. El contexto histórico que presento servirá al lector o lectora para comprender los procesos por los que estas regiones han pasado y que son útiles al momento de explicar las situaciones que viven en la actualidad. Enseguida me concentro más en aspectos subjetivos, culturales, simbólicos, de la vida cotidiana de los habitantes del Valle del Mezquital, elementos que permitan al lector(a) comprender la forma en la que la población en general, y los viejos en particular, se han ido adaptando a una comunidad que experimenta los cambios económicos, políticos, de su situación en distintos contextos, de la conformación del paisaje, etc. Finalizo la sección con una

explicación sobre la situación general de la atención a los viejos por parte de las instituciones públicas. En la segunda sección presento la UI, sus antecedentes, sus contenidos, su desarrollo, así como algunos elementos de carácter objetivo y subjetivo que nos permitirán un mejor entendimiento de la intervención realizada y de las interpretaciones que hago en esta comunicación.

SECCIÓN 6.1. El Estado de Hidalgo, el Valle Del Mezquital y sus habitantes

En esta sección describiré de manera sucinta el Estado de Hidalgo, el Valle del Mezquital y a sus habitantes con el objetivo de contextualizar las prácticas que se desarrollaron en el marco del programa de formación para el desarrollo integral gerontológico. Presentaré tanto el ambiente físico como el social y algunos elementos de la vida cotidiana de los habitantes del Valle del Mezquital que nos den indicios del por qué de sus prácticas significantes.

6.1.1. Localización del Estado de Hidalgo

Hidalgo tiene una extensión territorial de 20,987 km² y colinda con los estados de San Luis Potosí, Veracruz, Puebla, Tlaxcala, estado de México y Querétaro. Cuenta con 2,235,591 habitantes distribuidos en 4,596 localidades agrupadas en 84 municipios, teniendo a Pachuca de Soto como capital. El estado ocupa el quinto lugar de marginación a nivel nacional debido, entre otras cosas, a que el grueso de la población se encuentra desempleada, a los bajos salarios de quienes cuentan con uno y, en términos generales, a que el Estado no dispone de la infraestructura necesaria para promover un desarrollo adecuado. Esto ha ocasionado que los hidalguenses que solían emigrar hacia otros estados del país en busca de mejores condiciones cambien su lugar de destino hacia Estados Unidos, lo que se ha traducido en que la entidad haya ocupado en 2003 el décimo lugar en recepción de remesas a nivel nacional y el décimo segundo en expulsión migratoria (cabe señalar que la región del valle del Mezquital es la principal

expulsora de emigrantes al aportar el 48.6 % del total de los migrantes hidalguenses).

Por su monto poblacional, Hidalgo ocupa el lugar número 19 en el país y representó el 2.3% del total de la población en 2009. Entre 1900 y 2009, su población se multiplicó cuatro veces. La densidad de población es de 116 habitantes por kilómetro cuadrado (hab./km²); hasta 2009, Hidalgo tenía 2.4 millones de habitantes (INEGI, 2009). Los anteriores datos permiten formarse una imagen de lo que es el Estado de Hidalgo, lugar de pobreza, marginación, desigualdades sociales y rezago social.

6.1.2. Estructura de la población

Según los resultados de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) (2009), de los 2.4 millones de habitantes registrados en el Estado de Hidalgo 51.3% eran mujeres y 48.7% hombres. Por grupos de edad, el 28.6% de la población hidalguense eran niños y adolescentes menores de 15 años, 25.9% jóvenes de 15 a 29 años, 35.1% adultos de 30 a 59 años y el 10.4% los mayores de 60 años. En 2009 el promedio de vida en los hombres en Hidalgo alcanzó los 72.6 años (casi 19 años más que en 1970) y 77.4 para las mujeres. En el año 2008 se registraron 11 mil 966 defunciones (de las cuales 54.8% correspondieron a los hombres). Las principales causas de la mortalidad fueron la diabetes mellitus (13.1%), tumores malignos (12.1%), enfermedades isquémicas del corazón (11.2%), enfermedades del hígado (8.9%), enfermedades cerebrovasculares (6.4%), enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (4.0%) y los accidentes de transporte (3.6%), que en conjunto ocasionaron 59.3% de los decesos (INEGI, 2009).

Con respecto a la seguridad social, en la entidad sólo el 23% de la población está afiliada. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) agrupa a 385,048 personas que representan 16% de la población, el ISSSTE a 144,393 (6%) y otras

instituciones que representan sólo el 1%. Actualmente la entidad registra un índice de analfabetismo del 12% y debemos considerar que la mayor parte de este porcentaje se ubica en la población mayor de 40 años que habita en las regiones indígenas y marginadas. Con sus 2,235,591 habitantes, Hidalgo se ubica entre las cinco entidades con índice de marginalidad más alto, incluso el Censo de Población del 2000 le impuso al Estado la categoría de “alto grado de intensidad migratoria”.

Los datos anteriores muestran las condiciones de la población en general y las de los viejos en particular. Las cifras muestran que Hidalgo tiene un alto porcentaje de viejos que viven en condiciones de pobreza, de marginalidad social, con baja escolaridad, con enfermedades y con pocos recursos para su atención. Esta fotografía nos permite advertir que la población de viejos va en aumento al igual que la esperanza de vida, por lo que se hace necesario establecer políticas y acciones que posibiliten mejores condiciones de vida a la población hidalguense en general y para los viejos en particular.

6.1.3. El Valle del Mezquital

El Valle del Mezquital arrastra un rezago ancestral que lo ubica como una de las localidades más pobres del país, actualmente se debate entre el progreso y el abandono de sus habitantes. A continuación presentaré de manera breve una serie de características del Valle que en su conjunto definen y delimitan a las personas viejas.

6.1.3.1. Localización

El Valle se encuentra ubicado en el altiplano de la región central y sur del estado de Hidalgo teniendo como límites al oriente y norte la parte occidental de la Sierra Madre Oriental, al occidente los grandes valles del Bajío y al sur el Valle de México. Limita al norte con Tlahuiltepa y Jacala, al sur con Tolcayuca y municipios

del estado de México, al oriente con Mezquitlán, Atotonilco el Grande, Mineral del Chico y Pachuca y al occidente con el Estado de Querétaro (Canabal y Martínez, 1964). Esta macrorregión está compuesta por 27 municipios: Zimapán, Nicolás Flores, Tecozautla, Tasquillo, Ixmiquilpan, Cardonal, Huichapan, Alfajayucan, Santiago de Anaya, Nopala, Chapantongo, Chilcuautla, Mixquiahuala, Francisco I. Madero, San Salvador, Actopan, Tepetitlán, Tezontepec, Tetepanco, Ajacuba, El Arenal, Tula de Allende, Tlaxcoapan, Atitalaquia, San Agustín Tlaxiaca, Tepeji del Río y Atotonilco de Tula. Cabe mencionar que uno de los problemas físico-geográficos que se han suscitado entre los investigadores es delimitar la superficie que abarca el Valle del Mezquital (conocido con ese nombre desde el año de 1903). La región está constituida por cuatro valles: el primero de ellos está localizado en la zona norte y comprende los municipios de Tasquillo, Ixmiquilpan y Cardonal; el segundo, en la zona oriente abarca los municipios de Actopan, Santiago de Anaya, San Salvador, Francisco I. Madero, Chilcuautla, Progreso de Obregón, Mixquiahuala y Tezontepec de Aldama; en la zona poniente se encuentra el tercero en donde están Alfajayucan, Chapantongo y Tepetitlán, y por último, en la zona sur encontramos el último que aloja a los municipios de Tula de Allende, Tepeji del Río, Atotonilco de Tula, Atitalaquia y Tlaxcoapan, Tlahuelilpan y Tetepango (González, 1998). Su localización hace que el Valle se caracterice por tener un clima semidesértico, muy caliente durante el día y con bajas temperaturas por la noche. Hay pocas lluvias y la vegetación es principalmente xerófila, es decir, propia de las zonas áridas. Cada uno de los municipios guarda características particulares y algunos se convierten en lugares con grandes atractivos turísticos como el municipio del Arenal con sus enormes montañas llamadas “Los Frailes”, Ixmiquilpan con su amplia ruta de balnearios con aguas termales, Santiago de Anaya con sus grutas de Tolantongo, Actopan con su convento, entre otros.

6.1.3.2. Características físicas

El Valle del Mezquital es una accidentada región que alberga al río Tula (así como un complicado conjunto de pequeños afluentes tributarios todos de los ríos

Moctezuma y Pánuco). La mayor parte de su extensión está muy marcada por procesos de erosión y deforestación, especialmente al norte y en las colinas pedregosas que separan los diversos afluentes del río Tula. El fondo del Valle tiene un subsuelo profundo que ha permitido la agricultura desde tiempos prehispánicos, por eso la vegetación está muy alterada. Aparte de los campos cultivados, en la zona predominan los arbustos espinosos y agaves fibrosos, algunos árboles frutales y el mezquite (que es usado como forraje o alimento). La planta que más abunda y que ha sido mayormente explotada y aprovechada por los pobladores es la de maguey a la que se le dan múltiples usos. En toda su extensión la región es un espacio de contrastes en todos los aspectos (sociales, culturales, climáticas, de vegetación, de tradiciones, de alimentación, de su gente, etcétera).

6.1.3.3. El Valle del Mezquital y la cultura hñähñü

Este vocablo otomí, preferido por los colonizadores y referido a una población más amplia, quiere decir “el que camina lleno de flechas”, también se le entiende como la alusión a su antepasado mítico *Oton* u *Otomitl*, aunque de acuerdo con su propia expresión lingüística el vocablo corresponde a “pueblo sin residencia”. El pueblo indígena oriundo de la zona en que se encuentra la UI se autodenomina hñähñü, de *hña* hablar y *hñü*, nariz, es decir, *quienes hablan por la nariz o con la nariz* (Arroyo, 2001). Se cree que el origen de los hñähñü se encuentra entre 4000 y 1000 a.C., aunque aún no se tiene la certeza del periodo en el que se establecieron en el Valle. La fama de los guerreros hñähñü era notable y todos los grupos indígenas así lo reconocían (Arroyo, 2001).

A pesar de que los indígenas del Mezquital se vieron favorecidos a principios del siglo XVIII por algunas circunstancias, como el que la escasa riqueza de la zona no atrajera una inmigración importante de blancos y que la baja densidad de población les permitió poseer terrenos amplios (sin mencionar el naciente desarrollo de la actividad minera), sus habitantes fueron expulsados a zonas más

áridas y marginales. En los primeros años de la Colonia, los frailes franciscanos primero y los agustinos después, comenzaron la labor evangelizadora en la zona (estos no sólo introdujeron una nueva religión, sino que se encargaron de organizar de acuerdo con sus intereses, a los pueblos de indios y enseñarles nuevos oficios), sin embargo, los hñähñü continuaron llevando a cabo cultos domésticos fuera de la vista de los religiosos, es decir, al mismo tiempo que practicaron públicamente el cristianismo, sus creencias alrededor de las fuerzas de la naturaleza y sus representaciones permanecieron vigentes. La economía en el Valle del Mezquital giró alrededor de tres actividades: agricultura, ganadería y minería. Las riberas de los ríos constituían casi las únicas tierras que permitían siembras variadas y en buena cantidad, tierras que por supuesto fueron a menudo acaparadas por los españoles o por mestizos acaudalados. El resto se utilizaban para siembra de temporal y los indígenas las aprovecharon para la obtención de diversos productos derivados del maguey (de su savia obtenían aguamiel y pulque, del ixtle elaboraban ayates y cuerdas para fijar los techos de sus casas). En la parte oriental del Valle hubo grandes haciendas pulqueras que alcanzaron gran desarrollo durante la época colonial por la creciente demanda entre la población.

El régimen del general Porfirio Díaz a finales del siglo XIX y principios del XX, significó para el país un despegue a nivel macroeconómico que se vio reflejado en la inversión en infraestructura y el desarrollo de nuevas industrias. Se aprovechó el desagüe de la ciudad de México para crear canales que hicieran funcionar las hidroeléctricas y para que irrigaran una parte del Valle del Mezquital. Al principio los sistemas de irrigación beneficiaban a las haciendas (no estaban contemplados para las tierras comunitarias o la pequeña propiedad), lo que implicó graves daños y una mayor separación entre las clases sociales. El desagüe era principalmente para desechos orgánicos, pero con la industrialización el agua de los canales comenzó a llevar sustancias no biodegradables y nocivas para la población. Desde entonces se estableció una polémica en torno a los beneficios del riego con “aguas negras”(práctica que data desde finales del siglo XIX). Así que mientras

sus detractores se enfocan en lo insalubre del asunto, los indígenas de las comunidades beneficiadas prefieren afrontar la merma en su salud, con tal de no perder las aguas que han permitido a la región salir de la miseria (García, 1991).

6.1.3.4. Centros urbanos

El Valle del Mezquital cuenta con una jerarquía de centros urbanos bastante equilibrada. Tula, convertida en la actualidad en cabecera de un corredor industrial que continúa hasta Tepeji del Río por un lado y hasta Zumpango (en el Valle de México) por el otro, sigue siendo la ciudad más poblada de la región. Pero otras localidades de importancia como Mixquiahuala y su vecina Progreso, Actopan e Ixmiquilpan, no van muy a la zaga y presiden sobre enclaves agropecuarios de poca extensión pero muchos de ellos bien regados con los líquidos excedentes del Valle de México en los que hay un número proporcional de localidades pequeñas (García, 2008). Esto favorece la marginación geográfica y social.

6.1.3.5. Lengua

La lengua otomí pertenece a la gran familia *otomí-pame*, grupo lingüístico cuyos componentes poseen historia y tradiciones culturales altamente diversificadas. De acuerdo con Hernández Mayorga, el otomí es junto con el náhuatl “uno de los idiomas indígenas más completos” (SEP, 1964:144) Para el caso de los *hñahñus* del Valle del Mezquital, la lengua se encuentra en una situación de marginalidad, sobre todo entre las generaciones de jóvenes quienes no quieren o no saben hablarla (en las unidades domésticas y en las reuniones comunitarias aún es utilizada como el medio de comunicación entre los adultos) (Moreno, 2006). La lengua también es utilizada como un símbolo de resistencia, es la manera en que marcan la diferencia entre ellos y “los otros” en las transacciones comerciales, los asuntos de interés público, así como en el ámbito privado de la unidad doméstica. Entre los grupos de viejos la práctica del *hñahñu* es muy frecuente, cuando se reúnen hablan en su idioma, se cuentan sus cosas,

cantan, platican de sus tradiciones; sus cantos en *hñahñu* hablan de sus sentimientos, de sus amores, de sus lugares, de sus ceremonias y cuando se les escucha hablar se siente y se respira la necesidad que tienen de conservar sus raíces.

6.1.3.6. Infraestructura

Una de las principales vías de comunicación es la carretera nacional 85 que va de la ciudad de México a Ciudad Victoria y a Nuevo Laredo y que comunica con El Arenal, Actopan, El Tephe, Ixmiquilpan, Tasquillo y Zimapán. Las comunidades del Valle del Mezquital tienen acceso a las carreteras federales libres, a la estatal de cuota y a la de terracería, aunque los poblados más lejanos utilizan veredas. Las cabeceras municipales tienen servicio telefónico, telegráfico, correo, energía eléctrica, drenaje y escuelas de nivel preescolar, primaria, secundaria y media superior. Ixmiquilpan recibe la señal de la radiodifusora del INI, “la Voz de la Huasteca”, que transmite desde San Luis Potosí. Entre los inmuebles públicos se pueden mencionar: la presidencia municipal, el hospital, la clínica de la Secretaría de Salud, iglesias, escuelas y albergues escolares.

Como se menciona, esto ocurre en las cabeceras municipales, sin embargo, en zonas muy cercanas a ellas no se cuenta con dichos servicios, en muchos casos el agua llega una vez a la semana, los caminos son de terracería, en las épocas de lluvias algunos caminos se vuelven intransitables, peligrosos y las personas tienen que realizar caminatas por largas horas para llegar a sus destinos. Los viejos son expertos en andar por las veredas, caminar hasta por tres horas para llegar a la iglesia o para hacer una llamada telefónica a sus hijos que viven fuera.

6.1.3.7. Economía

La economía se sustenta principalmente en la agricultura de temporal y en el trabajo asalariado, la ganadería se practica en pequeña escala y la artesanía es

una actividad complementaria. El cultivo más importante es el maguey, además se produce: maíz, frijol, nopal, calabaza y garbanzo, elementos que constituyen la base de su alimentación y que complementan con hierbas, frutos y animales silvestres. Son muy versátiles en la preparación de alimentos a base de estos productos, actualmente extraen diferentes productos del nopal. En muchos casos aún elaboran sus tortillas manualmente y comen una gran cantidad de plantas silvestres.

Un importante problema sanitario consiste en que tanto para regar los cultivos en el Valle, como para abreviar al ganado se utilizan las aguas negras tratadas provenientes del Distrito Federal, lo cual sin duda representa un peligro para el consumo local y regional. El sistema de riego que se estableció desde el siglo pasado con las aguas residuales garantiza por lo menos una agricultura de autoconsumo y aunque la toxicidad de estas aguas causa diversas enfermedades gastrointestinales entre los habitantes, es la única fuente acuífera que permite un desarrollo agrícola. Por parte de instancias gubernamentales (como la Secretaría de Salud y la Secretaría de Agricultura), existe una restricción en el cultivo de ciertos alimentos, particularmente de jitomate, rábano, cebolla y en general los tubérculos, por su contacto inmediato con la tierra (Moreno, 2006).

6.1.3.8. Organización local

El conjunto de los cargos públicos se integra en el marco del *ayuntamiento constitucional* cuya cabecera es el centro político (en donde el presidente municipal se encuentra al frente). A nivel poblado, los cargos varían y en orden de jerarquía ascendente son: mensajero, alguacil, policía, secretario y juez auxiliar. Las autoridades civiles en las comunidades responden al esquema de los delegados municipales que el gobierno del estado reconoce a través de la ley orgánica municipal. El delegado es quien gestiona ante las autoridades del municipio las demandas de su localidad y mantiene el orden al interior de la comunidad (Moreno, 2008). Los delegados son personas muy reconocidas dentro

de la comunidad y tienen incluso la potestad de arreglar las situaciones familiares. Esto es, si ellos saben que maltratan a un viejo, pueden llamarle la atención al que maltrata.

Otro nivel de representación y organización es el de los ejidos. Este responde a las leyes agrarias de la federación con un comisariado constituido por presidente, secretarios, tesoreros y sus suplentes, quienes son electos en asambleas ejidales y aunque en muchos casos son asambleas más pequeñas que las comunitarias, mantienen gran parte del control (son los dueños de la tierra y los delegados en múltiples ocasiones tienen que consultar con los ejidatarios la toma de decisiones comunitarias).

Dentro de las organizaciones no gubernamentales consideramos aquellas surgidas por iniciativa de los propios agentes e incluimos las cooperativas que buscan mejoras para las comunidades. De ellas destacan las de artesanas que a través de su trabajo así como de una revaloración étnica, buscan la obtención de ingresos para la manutención de la familia, y las de consumo, que mediante la compra al mayoreo obtienen un mejor precio de los productos. Algunas artesanías se hacen con productos derivados del maguey con gran colorido y creatividad, también están los productos a base del bordado y del tejido como vestidos, blusas, entre otros, que algunos de los habitantes del Valle aún usan.

6.1.3.9. Familia

En el Valle del Mezquital la familia por lo general es extensa (de 7 a 15 personas) y las relaciones familiares son muy importantes, tanto cuando las familias permanecen en el lugar de origen como cuando migran algunos de sus integrantes; en este caso, suelen ser más importantes para quienes se quedan que para quienes se van. Las cultivan de manera muy importante ya que viven en predios muy cercanos que fueron heredados por sus padres y que los viejos de ahora heredan a sus hijos, se suelen encontrar familias en las que se casaron dos

o tres hermanas con dos o tres hermanos, lo que hace que hayan mayores vínculos entre las familias. Hay una relación muy estrecha entre los hijos, hijas, nietos, tíos, abuelos. Por lo que respecta a la división del trabajo, las mujeres por lo general son las encargadas de las labores del hogar, del cuidado de los hijos, de los enfermos y particularmente de los viejos (situación que se va introyectando desde la niñez en las mujeres). Los hombres, sean niños o jóvenes, se les prepara para el trabajo del campo o para salir a las grandes ciudades a trabajar. Con respecto a las personas viejas dentro de las familias, las hay en donde son respetadas y las que las marginan y relegan.

6.1.3.10. Visión del mundo

En la memoria de los hñähñü del Mezquital está presente la idea del origen. Se cree que en el más remoto origen sus tierras se hallaban habitadas por gigantes que por diferentes razones se convirtieron en piedra. Se dice que estos seres estuvieron en el mundo antes de que lo habitaran los hombres. En sus conversaciones, los abuelos también se refieren al tiempo en que los hombres ya habitaban en el mundo. Se trata de los abuelos hñahñus que heredaron sus conocimientos a las generaciones actuales. Cuando se refieren al origen de alguna actividad tradicional (así como el orden de las instituciones comunitarias), se dice que ellos fueron quienes mostraron cómo hacerlo, (Moreno, 2006).

Hablando de los abuelos, el respeto que se les tenía era muy grande. Cuando se llegaba a un lugar en donde estuvieran presentes los abuelos, bisabuelos, tíos o papás, se les tenía que saludar con un beso en la mano y si alguien usaba sombrero, en ese momento se lo quitaban para saludar a las personas. Aunque no se conociera a los mayores, a todos se les saludaba y cuando los mayores conversaban se les escuchaba. Entre los hñähñü las personas adultas, ricas y pobres fueron muy distinguidas y siempre se sentaban en la cabecera de la mesa. Todo el que llegaba (aunque no fuera conocido) besaba sus manos. A los hombres se les llamaba “tata” y a las mujeres “nana”: “voy a saludar a nana María,

a tata José” (según fuera el nombre) y si era el patrón o patrona decían: “vamos a saludar al patrón o a la patrona”. Estas costumbres están presentes aún en algunos municipios.

6.1.3.11. Religión

A pesar de que todos los aspectos de la actual religiosidad hñähñü están influenciados por el catolicismo, en las comunidades más aisladas y tradicionales subsiste un sustrato mágico-religioso de muy probable origen prehispánico, cuyo proceso relaciona a las deidades nativas con las cristianas: el culto a los muertos, el *nahualismo*, la causalidad de las enfermedades y aspectos relacionados con la cosmogonía hñähñü. Todavía esta cosmogonía es posible verla en sus fiestas de muertos, en las fiestas de algunos santos y en algunas otras ceremonias (como en la danza en donde ejemplifican el culto al maguey).

Aunque los grupos proselitistas evangélicos han debilitado el nivel organizativo de las fiestas patronales, existe un sistema de cargos con mayordomías encomendadas de realizar los festejos católicos. Asimismo, los grupos evangélicos (bajo la dirección de los pastores) se organizan para realizar sus festejos o construir sus templos. Es importante mencionar que en la actualidad la religión evangélica tiene una influencia muy fuerte en algunas localidades del valle, lo que ha llevado a divisiones y situaciones problemáticas entre los habitantes (Moreno, 2006). Muchos viejos de hoy pertenecen a distintas religiones entre las que destacan la católica, la evangélica y la cristiana.

6.1.3.12. Medicina, música y artesanía en el Valle

La medicina doméstica ha jugado un papel importante para mantener el equilibrio biológico-social de la comunidad, el uso de la herbolaria es cotidiano y en la comunidad es bien sabido que "según el mal es el remedio". Este conocimiento empírico se aplica en enfermedades como dolor de cabeza, de

estómago, cuerpo cortado, temperaturas, fríos, espantos y torceduras. En este aspecto hemos conocido diferentes prácticas de esta medicina como el uso del agua miel con fines profilácticos, el uso de sábila como antiinflamatorio, el poder de los chiqueadores, el uso de los baños de agua helada, el uso de las aguas medicinales que corren a lo largo del Valle del Mezquital.

A través de la música y la danza se manifiestan elementos culturales que remiten a las tradiciones y gustos que forman parte del ser hñähñü. Estos elementos han sido retomados o bien se han creado a partir de inquietudes colectivas. En eventos que son importantes para los habitantes, la presencia de los viejos se hace patente con la presentación de números musicales ejecutados por ellos. Entre estas danzas destaca la del culto al maguey.

En el Valle del Mezquital la indumentaria tradicional ha dejado de utilizarse por múltiples factores como la incorporación a un mercado de trabajo urbano y los costos de su producción, aunque el uso de esta continúa vigente entre los individuos. Reconocen el ayate, el quechquémetl, la blusa y la falda de manta bordada, para las mujeres; pantalón y camisa de manta y ayate para el hombre. En algunos lugares, los he visto usar esta indumentaria de manera cotidiana, pero también es frecuente verla en fiestas.

Las artesanas son personas respetadas en la comunidad como poseedoras del conocimiento ancestral y que es transmitido de generación en generación. Mediante su trabajo han preservado el uso de la indumentaria, sin embargo cada vez son menos las jóvenes que se interesan por aprender a usar el telar, el huso y el malacate, ya sea por falta de tiempo o porque han migrado a otros lugares.

6.1.3.13. Vivienda

En las zonas rurales de la región aún se encuentra en uso la construcción tradicional hecha con materiales que les proporciona el medio ambiente: el órgano

y la laja para las paredes, el ocotillo, la guapia y el maguey para las cercas, el achón y la palma para el techo (aunque también se utiliza la lámina de cartón y de asbesto); en los lugares más alejados se construyen con varas de achón y pencas de maguey. Las cocinas suelen ser un lugar para observar y mirar, aún siguen conservando el colgado en las paredes de los jarros y cazuelas de barro, la mesa es de colores con sillas de tule; las estufas pueden ser alimentadas por carbón, leña o gas. Cuando hay varios cuartos, todos se comunican entre sí y el baño siempre está afuera de las habitaciones en donde se tiene una gran tina metálica llena de agua.

6.1.3.14. Artesanías

Esta es una actividad complementaria y se comercializa en los mercados locales. En Ixmiquilpan y sus alrededores utilizan el carrizo para la elaboración de canastos, macetas, cavas, percheros y la fibra del maguey para estropajos y ayates. En la región se encuentra una tienda artesanal hñähñü (cooperativa SEDAC-COVAC) en donde se trabaja la vara de sauz para la elaboración de chiquihuites, la palma para sombreros tejidos y cosidos a mano y las tradicionales sonajas en forma de palomas. Algunas comunidades del municipio de Alfajayucan hacen cántaros de barro para el agua o el pulque.

6.1.3.15. Alimentación

La alimentación entre los hñähñü ha sufrido una serie de modificaciones, incorporaciones y pérdidas de productos así como cambios en las maneras de obtener y procesar los alimentos. En una región árida como la del Valle, donde los alimentos son difíciles de conseguir debido a la infertilidad de sus tierras, el optimizar los recursos existentes es de suma importancia. Las cosechas son escasas sobre todo en la zona de temporal y los animales para la caza prácticamente han desaparecido. Los alimentos vertebrales de la tradición regional se basan en el maíz, el pulque, el nopal y el frijol. El maguey se utiliza

integralmente como alimento (y en menor medida para la construcción de casas). El pulque y la flor de maguey son dos de los productos que todavía se consumen de forma cotidiana. En las regiones donde hay escasez de agua, es decir, en las comunidades más alejadas de la ciudad de Ixmiquilpan en donde la infraestructura carretera y de transporte es incipiente, el pulque es una fuente importante de líquido y nutrientes. Otro producto que hasta la fecha utilizan y forma parte de su alimentación es la flor del maguey o golumbo (que preparan en forma de tortitas capeadas con huevo). Entre la flora que acostumbran consumir están los frutos del garambullo, la tuna y sobre todo el nopal y su flor. Por otra parte, el consumo de insectos hasta hace pocos años era común. Entre la fauna, encontramos que el tlacuache (däzu) y el conejo de cerro son cocinados en chiliatole; los escamoles, el venado era consumido en la sierra pero actualmente ha desaparecido (Arroyo, 2001). En el Valle del Mezquital hay una feria que merece particular atención y es la feria gastronómica de Santiago de Anaya en la que participa la comunidad llevando cada año alimentos preparados con productos diversos como armadillo, ratas silvestres, entre otros, desde luego en la mesa no falta el pulque natural y los curados.

El objetivo de incluir la información hasta aquí presentada del Valle del Mezquital es que la lectora o lector pueda apreciar su diversidad y heterogeneidad geográfica, sus recursos materiales, sus rezagos, atrasos y riqueza, sus problemas sociales, sus costumbres, sus tradiciones, sus subjetividades y su forma de mirar el mundo. Esta información en su conjunto me permite dar al lector o lectora un contexto en donde pueda encontrar sentido a la información empírica que presentaré en el siguiente capítulo. Una vez presentada esta fotografía del Estado de Hidalgo y del Valle del Mezquital, que en su conjunto define las prácticas de los habitantes de este lugar, presentaré las prácticas que las instituciones del Estado de Hidalgo realizan y que también definen las prácticas significantes de los viejos.

6.2. Políticas, instituciones y programas en el estado de Hidalgo que condicionan las prácticas significantes de los viejos

El propósito de este apartado es describir de manera general las políticas que están rigiendo las acciones de las diferentes instituciones encargadas de brindar atención a los adultos mayores con el fin de analizar las repercusiones que tienen en la población que está envejeciendo. Está dividido en tres partes. En la primera presento los objetivos y estrategias que a nivel estatal se han propuesto como contexto normativo e institucional para el reconocimiento y atención a los viejos; en la segunda describo los programas que las distintas instituciones ofrecen a los adultos mayores del estado y las organizaciones que han constituido, con el fin de hacer un análisis de las imágenes y de las prácticas que promueven con esas acciones para que por último puedan ser contrastadas con las prácticas de los viejos que participaron en el programa de envejecimiento activo.

6.2.1. Plan Estatal de Desarrollo del Estado de Hidalgo y adultos mayores

El Plan Estatal de Desarrollo del Estado de Hidalgo en el apartado 2.7 plantea que:

... la atención a los adultos mayores adquiere una gran relevancia, siendo indispensable fortalecer sus actuales condiciones jurídicas, sociales, económicas e institucionales, necesarias para otorgarles beneficios inmediatos y de alto impacto en su calidad de vida [...] Para poder lograrlo, habremos de fortalecer la inversión y el respaldo a los grupos que brindan atención a los adultos mayores; promoveremos una política de **prevención social** que asegure un mejor nivel vida a las personas de la tercera edad y reforzaremos las instituciones asistenciales que ofrecen atención a este sector poblacional. Asimismo, se mantendrá una política integral de apoyo a los adultos mayores que los inserte, de mejor manera, dentro del **proceso productivo** de la entidad (Plan Estatal de Desarrollo, 2004-2010: 64).

Los objetivos que busca alcanzar este apartado son: (1) impulsar una política integral de apoyo a los adultos mayores; (2) adecuar las políticas de seguridad social en beneficio de los adultos mayores; (3) implementar programas de atención integral a los adultos mayores; (4) otorgar a los adultos mayores la

oportunidad de acceder al proceso de desarrollo productivo, social y cultural, para mejorar con ello su calidad de vida.

Para cumplir con los objetivos anteriores se proponen las siguientes estrategias: (1) fortalecimiento de las instituciones, organismos asistenciales y de seguridad social de atención a los adultos mayores, (2) implementación acciones de previsión y seguridad social en beneficio de los adultos mayores; (3) impulso a programas integrales y políticas públicas que dignifiquen la participación de los adultos mayores en la sociedad; (4) generación de mayores oportunidades de empleo y participación productiva dentro de la economía estatal formal para los adultos mayores; (5) generación de esquemas de financiamiento, ahorro y promoción empresarial en beneficio de la población adulta mayor, (6) programas de salud referentes a los padecimientos característicos de la población adulta mayor para su atención integral, (7) incremento de la cobertura y calidad de los programas de salud en materia de geriatría y gerontología, (8) programas de capacitación, formación y asesoramiento del personal encargado de la atención a adultos mayores; (9) impulso de actividades recreativas y culturales en beneficio de los adultos mayores para mejorar su calidad de vida y (10) promoción de la creación de más agrupaciones de adultos mayores.

Como puede observarse, el discurso del plan de desarrollo contempla las acciones que a nivel internacional se están promoviendo para la atención de los adultos mayores y que resaltan su inserción en el mundo productivo como elemento central (aunque en este documento no se menciona al envejecimiento activo como estrategia para los programas dirigidos a los viejos). Por otro lado, si bien se habla de una política de previsión social, los objetivos y las acciones se enfocan mucho más hacia acciones asistencialistas, las cuales promueven prácticas de dependencia por parte de los adultos mayores.

6.2.2. Instituciones que brindan atención a los adultos mayores en el Estado de Hidalgo

A continuación presento las instituciones que brindan atención a los adultos mayores en el estado de Hidalgo. Mencionaré de manera general algunos de los programas que ofrecen con el fin de ejemplificar las prácticas que las instituciones promueven en los viejos.

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM). Su misión es promover el desarrollo humano integral de los adultos mayores brindándoles empleo, ocupación, retribuciones, asistencia y las oportunidades necesarias para alcanzar niveles de bienestar y alta calidad de vida, reduciendo las desigualdades extremas y las inequidades de género. Los principales programas que ofrece son los siguientes: (1) credencialización para la obtención de gratuidad o descuentos en diferentes servicios (pasajes, balnearios, principalmente); (2) capacitación para el trabajo y ocupación del tiempo libre (bisutería, bordado, cerámica, dibujo, etc.); (3) centros de atención integral, los cuales brindan atención médica y apoyan en la detección, el control y el seguimiento de las enfermedades comunes en el adulto mayor; (4) centros culturales, en donde se llevan actividades como baile, actividades deportivas, entre otros; (5) clubes que brindan actividades deportivas, culturales, sociales; (6) albergues y residencias diurnas que ofrecen asistencia a los adultos mayores que no cuentan con apoyo familiar o recursos económicos que les permitan cubrir sus necesidades básicas, otorgan alojamiento permanente o temporal, además de alimentación, supervisión geriátrica, terapia ocupacional y servicios de trabajo social; (7) “El INAPAM va a tu barrio”, a través de unidades móviles, ofrece los servicios de afiliación, asistencia jurídica, consultas médica y odontológica a las personas de 60 años de edad y más, que habitan en comunidades de bajo y muy bajo desarrollo social.

Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOS). El Programa “70 y más”, atiende a los adultos mayores de 70 años o más que viven en localidades de hasta 30 mil

habitantes. Los beneficiarios reciben apoyos económicos de 500 pesos mensuales (que se paga cada dos meses). También participan en grupos de crecimiento y jornadas informativas sobre temas de salud y obtienen facilidades para el acceso a servicios y apoyos de instituciones como el INAPAM, además de las que ofrecen actividades productivas y ocupacionales.

Gobierno del Estado. Cuenta también con un programa de atención al adulto mayor que a su vez se subdivide en tres programas: (1) incentivos estatales, (2) apoyos funcionales y (3) apoyo de leche “Por ti” y para tu familia.

Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF). El DIF ofrece el programa “Calidad de vida en el adulto mayor” que tiene como objetivo impulsar una cultura de calidad de vida por medio de capacitación a promotores municipales, adultos mayores, menores y padres de familia (mediante elementos educativos gerontológicos que incluyan cursos, talleres programas de sensibilización, conferencias, asesorías, actividades recreativas y evaluaciones continuas que permitan desarrollar habilidades de autocuidado y dignidad para los adultos. Esto es en el papel, sin embargo, en la práctica no se llevan a cabo las actividades que mencionan, por el contrario se fomenta una cultura asistencialista en donde ven al viejo como objeto de protección.

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). El IMSS brinda al adulto mayor apoyos personalizados a través de los módulos de atención que existen en cada una de las Unidades de Medicina Familiar (UMF), donde se implementan puntual y responsable los programas integrados de salud, PREVENIMSS, que son eje para la prevención de padecimientos. Para tal efecto, el adulto mayor cuenta con un carnet para sus respectivas consultas médicas con especialistas en estomatológica, hipertensión, diabetes, osteoporosis, Parkinson, Alzheimer, vacunas y nutrición, entre otros; además reciben información sobre sexualidad.

Instituto para la Atención de los Adultos Mayores del Estado de Hidalgo (IAAMEH). En agosto del 2006 se crea el IAAMEH con el objetivo de coordinar,

promover, apoyar, fomentar, vigilar y evaluar las acciones, estrategias y programas en materia de atención a los adultos mayores en la entidad. Para dar cumplimiento a este objetivo cuenta con 19 centros gerontológicos integrales, distribuidos en el estado que brindan atención médica, terapia ocupacional, apoyos asistenciales, deporte, etc. El IAAMEH toma al envejecimiento activo como la estrategia fundamental para el desarrollo integral gerontológico de las personas mayores de 60 años buscando el objetivo de que las personas adultas mayores logren el máximo en salud bienestar y calidad de vida, acorde a su contexto sociocultural. Para ello, se proporciona información educativa que favorezca la reactivación de los adultos mayores en los aspectos físico, social, mental y cultural a través de (1) talleres de sensibilización sobre temas y conceptos básicos del envejecimiento activo en las áreas de salud física, psicológica, nutricional, en el hogar y redes de apoyo social; (2) talleres de promoción de la activación física; (3) participación de los adultos mayores en los eventos sociales, deportivos y culturales promovidos por el Instituto y (4) la ampliación continua de la red de promotores y núcleos gerontológicos.

Hasta aquí he presentado el contexto que nos permitirá tener un conocimiento y general de lo que es el Valle del Mezquital, de la influencia de las instituciones en vida de las personas que envejecen y la repercusión que todo esto tiene en la forma de nacer, de crecer, de envejecer, de enfermar y morir.

SECCIÓN 6.3. Programa Formación de Promotores para el Desarrollo Integral Gerontológico (PFPDIG)

El objetivo principal de esta sección es presentar al lector el desarrollo del proyecto “Formación de promotores para el desarrollo integral gerontológico en el Valle del Mezquital, Hidalgo”. Esta presentación la haré desde mi perspectiva como observadora de los procesos y más allá de la visión “oficial” de la UI. En las siguientes líneas presentaré los antecedentes que dieron origen al proyecto, esto

es, el marco para la elaboración y desarrollo del mismo, los objetivos que persigue, los pasos que se siguieron para su desarrollo, así como algunas consideraciones generales.

6.3.1. Antecedentes

A partir del año 2000 la Unidad de Investigación (UI) como parte de sus actividades de investigación, inició un proyecto en Actopan, municipio del Valle del Mezquital, denominado “factores socioculturales asociados al estrés oxidativo en ancianos residentes en la Cd. de México vs. ancianos en un área rural del Estado de Hidalgo”. Para desarrollar este proyecto, inicialmente nos dimos a la tarea de conocer el lugar. Específicamente nos dirigimos al municipio de Actopan en donde en primer lugar se hizo un recorrido físico del lugar y posteriormente fuimos presentados con los dirigentes de un grupo de jubilados, pensionados y de personas retiradas voluntariamente de sus actividades laborales. El grupo se auto nombraba “Caminos de ayer”.

Era un grupo de aproximadamente 45 personas que se reunían semanalmente para realizar actividades recreativas (particularmente bailes, excursiones, algunas manualidades). El grupo estaba conformado por viejos de ambos sexos. Una vez que fuimos presentados con los dirigentes de esta organización, se les dio a conocer el propósito de nuestra estancia, los objetivos del proyecto, así como los compromisos tanto de la Unidad de Investigación (UI) como de los de los viejos. Los objetivos se centraron fundamentalmente en aspectos de carácter biológico, importantes para la Unidad de Investigación (UI), ya que desde varios años atrás venía trabajando con la línea de investigación denominada “estrés oxidativo”.

El compromiso por parte de la UI era realizarles evaluaciones gerontológicas y algunas evaluaciones bioquímicas como biometrías, químicas sanguíneas y algunas pruebas especiales. El compromiso de los viejos incluía su asistencia semanal en los horarios establecidos por la UI y el cumplimiento de algunas tareas y durante el desarrollo de este proyecto nos percatamos de su respuesta positiva

para participar en acciones educativas. En cada sesión se les proporcionaba información sobre algunos aspectos relacionados con estilos de vida saludables, observábamos el interés que tenían por conocer aspectos relativos al proceso de envejecimiento, particularmente lo relacionado con las enfermedades que con más frecuencia se presentan durante la vejez.

A finales del 2002, el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) emitió la convocatoria para someter proyectos de investigación a los Fondos Mixtos del Estado de Hidalgo (FOMIX). Dicha convocatoria planteaba como línea de investigación prioritaria a los “grupos vulnerables” en donde estaban incluidos los viejos. Ante esta convocatoria y dada la participación de ellos en las actividades que veníamos realizando, el jefe de la UI decidió elaborar un proyecto de investigación denominado “Programa para la Formación de Promotores para el Desarrollo Integral Gerontológico (PFDIG) del Valle del Mezquital”, Hidalgo, el cual fue aprobado. Hasta aquí los antecedentes, enseguida presento el proyecto.

6.3.2. El proyecto

Los objetivos planteados para el proyecto fueron los siguientes:

1. Formar promotores para el desarrollo integral de las personas adultas mayores.
2. Establecer un modelo de desarrollo integral con aplicación práctica comunitaria.
3. Mantener, prolongar o recuperar la funcionalidad física, mental y social de las personas adultas mayores.
4. Editar un libro sobre gerontología para la formación de promotores.

El proyecto estuvo constituido en tres etapas: (1) evaluación, (2) intervención y (3) seguimiento. La fase de evaluación se llevó a cabo durante los 4 primeros meses de proyecto, la intervención aproximadamente en 8 meses y en los 12 meses restantes se evaluaron los efectos multiplicadores del programa y se realizaron

actividades de seguimiento. Una de las actividades que se llevaron a cabo antes de instrumentar el proyecto consistió en una serie de entrevistas con funcionarios y líderes comunitarios con el fin de obtener su colaboración para difundir la convocatoria entre la población que cumplía con los requisitos para formarse como promotor para el desarrollo integral gerontológico.

6.3.3. El inicio

Nos entrevistamos con la Dra. Rocío Tello (en ese momento Directora de programas sociales de la Secretaría de Desarrollo Social del Estado de Hidalgo), quien de manera inicial se comprometió a brindarnos todo su apoyo para el reclutamiento de los candidatos a promotores, sin embargo esto sólo fue en apariencia ya que después no asistió a las reuniones a las cuales se había comprometido.

Asimismo, propuso gestionar un convenio de colaboración entre la IES y la Secretaría de Desarrollo Social del Estado de Hidalgo para que los promotores formados se insertaran en los programas comunitarios para las personas adultas mayores vigentes, pero al coincidir con el cambio de gobierno y las propuestas de la Dra. Tello no tuvieron eco y por lo tanto el convenio no siguió trámite. El interés por establecer un convenio con el gobierno del estado de Hidalgo se vinculaba con la idea de que el trabajo del viejo como promotor tuviera un reconocimiento a nivel estatal.

Por otro lado, se estableció contacto con el Secretario General del Sindicato de Pensionados Jubilados del ISSSTE del Estado de Hidalgo quien nos apoyó de una manera inesperada en la difusión de la convocatoria y en la gestión de los espacios para llevar a cabo los cursos para la formación de promotores. El líder era el profesor Felipe, un viejo de aproximadamente 70 años quien aprendió a leer y a escribir a los 18 años por lo que valoraba tanto la educación formal como la no formal. Fue uno de los principales promotores del proyecto y siempre habló de la importancia del efecto multiplicador de los promotores. Por el cargo que

tenía, viajaba a las diferentes regiones del Estado, en donde en forma permanente hizo difusión del proyecto. También nos contactó con los dirigentes de otras organizaciones de viejos.

Tuvimos reuniones fundamentalmente con asociaciones de jubilados y pensionados (algunas de ellas con un poder político muy importante ya que eran dirigidas por líderes que durante mucho tiempo estuvieron al frente de dichas asociaciones), pero también con otros grupos que se reúnen de manera independiente con fines meramente recreativos. Asimismo, visitamos a autoridades estatales del Instituto Nacional para la Educación de los Adultos (INEA) y el Consejo Nacional de Fomento Educativo (CONAFE), así como a servidores públicos municipales del sector salud, del DIF de Actopan y de Ixmiquilpan. En principio, una gran mayoría de asociaciones y organismos ofrecieron su apoyo, sin embargo, en la práctica no fue así (incluso algunos intentaron bloquear el proyecto, lo que se hizo evidente en los obstáculos referentes al acceso a espacios físicos, en el cambio de fechas establecidas para las reuniones, en el incumplimiento de los acuerdos establecidos en las reuniones, entre otras cosas). Me parece que lo anterior se debió a la disputa entre instituciones por la posesión de este sector de la población que es fundamental para el sostenimiento de ciertos programas y de ciertas políticas en beneficio, no del viejo, sino de las instituciones. Lo que yo puedo acotar en este rubro es que las autoridades y los dirigentes de los grupos no permiten que “otros” trabajen con los viejos. Una de las prácticas que en la gran mayoría de los casos realizan las instituciones son de entretenimiento en las que se mira al viejo como un ser necesitado, como objeto de dádivas, aunque también son recurrentes las prácticas asistencialistas y protectoras en las que se planean actividades que en su gran mayoría no propician el desarrollo del viejo sino todo lo contrario, es decir, la dependencia y el paternalismo.

Ante esta situación optamos por establecer los contactos de manera directa con las organizaciones y se acordaron fechas de reunión. Aquí también encontramos

obstáculos en el sentido de que la mayor parte de los viejos están acostumbrados a recibir apoyos materiales cuando participan en actividades que alguna institución promueve. En este sentido, en las reuniones informativas que llevamos a cabo, en varias ocasiones nos preguntaron por “la ganancia” que tendrían (“¿qué nos van a dar?”). Asimismo, en algunos casos apareció “el gestor”, quien es el viejo que se dedica a buscar apoyos materiales sin hacer un análisis de las necesidades de los ancianos. Este personaje argumentó que asistía a las reuniones “para que me den lo que sea” pues lo que se necesitaban eran “cosas para los viejos”.

Debo mencionar que el habernos presentado como miembros de la Universidad Nacional Autónoma de México, nos abrió las puertas en muchos casos (y más se abrieron cuando se enteraron de que el director del equipo era un médico). El hecho de portar una bata universitaria hizo que los viejos mostraran una mayor aceptación a las propuestas y despertó en ellos una motivación mayor para participar. Quiero resaltar que yo me resistí siempre a usar una bata, pues de acuerdo a mi percepción obstaculizaba el acercamiento a la gente. Nunca la porté, no obstante durante una buena parte del tiempo me siguieron identificando como una “doctora”. En una ocasión dijo un viejo: *“quiero saludar a la maestra Susana, que aunque dice que no es doctora, sí es maestra y doctora”* (Notas DC).

Se hizo muy evidente el papel de autoridad que el médico ha tenido a lo largo de la historia y que hoy en día sigue teniendo en la sociedad al encontrarnos con frases como: *“Lo que diga el médico”, “como usted diga doctor”, “el doctor dijo que así debería de ser”, “el doctor dijo que no comiera.....”,* etc. (Notas DC). Siempre otorgaron el lugar de honor al médico, ya fuera en reuniones formales (junto a la autoridad que presidía) o informales (cerca de los líderes comunitarios). En este sentido, me pregunté qué hubiese ocurrido si quien se encontrara a la cabeza del proyecto tuviera otra formación académica.

Debo subrayar que la información relacionada con la enfermedad y con la medicina, resultó de gran interés para los viejos. Ellos deseaban que el médico les

hablara sobre “la azúcar en la sangre”, “la presión alta”, “la sangre gruesa”, “la diabetes”, entre otros temas; por lo que considero que su papel fue fundamental para reclutar a los viejos. Asimismo, pienso que aún existe una especie de “obediencia” ante lo que el médico dice.

En este escenario se fue definiendo el papel de los diferentes agentes, sus capitales, así como las relaciones de poder. Por un lado, la IES es una institución con un gran capital de saberes pero también están los viejos, quienes son poseedores de ellos y de creencias, saberes que soportan un poder y una lucha, además de que son el medio para el acercamiento de la UI a las comunidades.

Como mencioné en párrafos anteriores, si bien es cierto que en el primer encuentro que tuvimos con la población de Actopan desconocíamos tanto las generalidades como las particularidades de esta población, para aquel momento (2003) ya teníamos conocimiento de algunas tradiciones como la muestra gastronómica de Santiago de Anaya, en la cual se otorgan premios a las comidas más exóticas y los días de plaza en Ixmiquilpan (plaza inmensa que cada semana ocupa una buena parte del centro de este municipio con una gran afluencia de vendedores de verduras frescas, leguminosas, frutas, carnes, ropa, zapatos entre muchas otras cosas). También conocimos los festejos del día de muertos que se realizan en Actopan así como su tradicional barbacoa, las gorditas de *escamoles*, los *chinicuiles*, así como las artesanías de las diferentes regiones del Valle del Mezquital, los trajes típicos, algunas danzas y el idioma hñähñü que aún se habla en algunos municipios.

De manera similar, ya se habían tenido diversas oportunidades de observar el papel que juegan las asociaciones de pensionados y jubilados en momentos electorales y los procesos que ocurren en relación al apoyo que estos grupos pueden brindar a los candidatos, los escenarios que se arman, las posturas radicales de algunos de los viejos pero también las posturas críticas de otros que reconocen que son “utilizados” y estudian y cuestionan las propuestas de los

primeros. Asimismo quiero subrayar el peso y la capacidad de algunos grupos y de líderes para establecer contactos con otras asociaciones (Club de Leones, los Rotarios, ONG's) y convocar a grupos de viejos para gestionar apoyos de diferente tipo, como lo fue para concertar citas. La idea que como grupo de investigación teníamos en aquel momento con respecto al desarrollo de este proyecto era lograr la participación de los viejos en el cuidado de su salud y en la participación que ellos podrían tener en el ámbito comunitario enmarcado en el envejecimiento activo entendido este como una estrategia para alcanzar el empoderamiento pues estábamos convencidos de que proporcionarles información apoyaría su desarrollo. Asimismo, sabíamos que era un proyecto muy ambicioso y que de entrada nos confrontaría con la cultura de discriminación hacia los viejos ejercida por los otros grupos sociales, por las instituciones, pero también de los viejos a otros viejos y de los viejos a sí mismos.

Como resultado de las estrategias antes mencionadas (reuniones con líderes, autoridades y los viejos), en términos generales los resultados fueron satisfactorios, ya que se pudo preinscribir a los 120 candidatos para formarlos como promotores para el desarrollo integral gerontológico. Debo mencionar que también hubo interés de algunas personas jóvenes para participar en el proyecto quienes fueron incluidos con el propósito de establecer relaciones intergeneracionales, tal y como lo plantean los principios del envejecimiento activo.

6.3.4. Los primeros encuentros

Una vez reclutados los participantes, se llevaron a cabo 3 reuniones informativas en donde se les expusieron los objetivos del proyecto y los compromisos que adquirirían como: (1) asistir a 10 sesiones semanales de 5 horas cada una; (2) realizar lecturas, tareas y exámenes, y (3) impartir el mismo curso para formar más promotores, o formar un núcleo gerontológico de 8 a 10 personas con el fin de promover el autocuidado, la ayuda mutua y la autogestión. En la práctica observé miedo y una serie de resistencias por parte de ellos que se tradujo en que tardaran en adaptarse al grupo o incluso, desertar de inmediato de

él. Frases como: “yo ya no aprendo”, “se me olvidan mucho la cosas”, “no tengo tiempo” o “no voy a poder” (Notas DC), fueron características de este proceso.

En estas reuniones se establecieron tanto los compromisos como las reglas del juego y se decidió iniciar con un primer grupo de aproximadamente 35 participantes. El punto de reunión fue Ixmiquilpan (algunos miembros del grupo residían en ahí, otros en poblados cercanos como Orizabita y aproximadamente la mitad del grupo vivía en Actopan y cada ocho días se trasladaban al lugar de reunión). El grupo de la UI estuvo conformado aproximadamente por 10 personas entre profesionistas (médicos, psicólogos, enfermeras, odontólogos y químicos) y alumnos de servicio social que cada ocho días viajábamos a la entidad. Para el traslado al lugar de trabajo de campo, la UI proporcionó el transporte. La salida era los lunes a las 7 de la mañana con una duración aproximada de viaje de 6 horas (de tres horas de ida y el mismo número de horas para regresar). Vale la pena comentar que en ocasiones resultaba muy cansado, además que durante ese periodo nos tocaron obras en las carreteras lo que invariablemente desembocaba en un mayor tiempo de traslado. Previo al inicio del trabajo de campo se había tenido una reunión informativa con el grupo en donde se nos explicó el objetivo del proyecto y las diferentes acciones que se pondrían en práctica. En realidad no hubo una capacitación previa ni una construcción colectiva en donde se hubieran conjugado las aportaciones de todos los participantes.

El primer día resultó un tanto caótico². Llegamos al lugar y ya nos estaban esperando alrededor de 50 personas desesperadas por nuestra tardanza (nosotros sólo teníamos anotadas 35). Las instalaciones eran bastante incómodas para trabajar (una de las líderes de la asociación de pensionados y jubilados de Ixmiquilpan fue quien las consiguió junto con el mobiliario que consistió en mesas

² No se les había pagado a los choferes las horas extras y por lo tanto se pusieron en huelga mientras que las autoridades no resolvieran sus demandas. Finalmente y dada la necesidad de llegar al lugar nos fue asignado un chofer para ser trasladados. Lo anterior provocó nerviosismo en el grupo de investigación ya que se había solicitado puntualidad de parte de los integrantes del grupo de los probables promotores.

y sillas), por lo que tuvimos que hacer algunos cambios a lo preparado debido al retraso que teníamos y al número de participantes. Una situación que me llamó mucho la atención se presentó cuando se les preguntó cuáles eran las expectativas que tenían con respecto al curso, uno de ellos (con 4 años de escolaridad y con una edad de 69 de vida) mencionó: *“Yo vengo, porque siempre quise ser promotor de salud y creo que ahora puedo hacer mi sueño realidad”* (Notas DC).

Un lunes de agosto después de las once de la mañana inició la primera de diez sesiones programadas. Los viejos permanecían expectantes, los miembros UI algo nerviosos por las adaptaciones que correspondía hacer pero además porque, por un lado, ahora teníamos un plan estructurado que no sabíamos si llenaría las expectativas de los viejos, y por el otro, era claro que teníamos que cumplir con los objetivos y con las metas planteadas para el CONACyT. Dicho con otras palabras, sabíamos que teníamos un gran compromiso que realizar pero que también debíamos apegarnos a tiempos establecidos para el desarrollo y término del proyecto. Mi preocupación fue hacia dónde poner el mayor énfasis, es decir, en las necesidades que fueran surgiendo en los viejos o en la obligación de cumplir con el proyecto.

Como mencioné en líneas anteriores, había más viejos que los esperados, muchos de ellos no sabían leer ni escribir (requisito que para nosotros era indispensable para que pudieran ser promotores). En ese momento no podíamos pedirles que se fueran, sin embargo en la siguiente sesión ya no se presentaron pues por lo general acuden a las reuniones esperando que se les den cosas materiales. Al ver que no era así, algunos optaron por no regresar.

El programa para llevar a cabo el curso de FPDIG estuvo conformado por los siguientes temas divididos en las diez sesiones que se exponen en la tabla 6.1.

TABLA 6.1. PROGRAMA PARA LA FORMACIÓN DE PROMOTORES PARA EL DESARROLLO INTEGRAL GERONTOLÓGICO

	OBJETIVO	CONTENIDOS	ACTIVIDADES
1	Analizar los conceptos y estrategias en Gerontología comunitaria. Analizar el concepto de salud y enfermedad durante el envejecimiento	Modelo de atención comunitaria de núcleos gerontológicos. Promotores de salud gerontológica. La salud y la enfermedad durante el envejecimiento	Exposición y trabajo en pequeños grupos
2	Analizar los principales cambios biológicos que se presentan durante el envejecimiento y sus consecuencias fisiológicas, psicológicas y sociales	Cambios biológicos durante el envejecimiento, antioxidantes y radicales libres	Exposición
3	Analizar y discutir los factores de riesgo y las características clínicas de las enfermedades más frecuentes durante la vejez y sus implicaciones objetivas y subjetivas a nivel personal, familiar y social	Enfermedades más frecuentes en la vejez (diabetes mellitus, cáncer, hipertensión arterial sistémica, hipotensión arterial ortostática, estreñimiento, osteoartritis, osteoporosis, depresión, enfermedad vascular cerebral, demencias, padecimientos bucodentales, caídas, automedicación y polifarmacia)	Exposición y trabajos en pequeños grupos
4			
5	Analizar los principios teóricos y prácticos de las acciones de promoción de la salud para lograr un envejecimiento con calidad	Acciones para la promoción de la salud (Alimentación y nutrición durante el envejecimiento y Higiene personal durante el envejecimiento)	Exposición y trabajos en pequeños grupos
6		Ejercicio físico durante el envejecimiento e higiene del sueño	Exposición y trabajos práctico en pequeños grupos
7	Analizar los aspectos teóricos y prácticos sobre las medidas preventivas y terapéuticas para brindar una atención domiciliaria al adulto mayor sano y enfermo con el apoyo familiar y la comunidad	Atención comunitaria: control del anciano sano y enfermo en el hogar	Exposición y trabajos en pequeños grupos.
8	Analizar principios teóricos, prácticos y éticos del trabajo comunitario durante el envejecimiento y las acciones concretas para la integración social del adulto mayor	Tópicos de gerontología social, (2) aspectos sociales del envejecimiento, (3) redes de apoyo social, (4) tiempo libre durante el envejecimiento y (5) tanatología	Exposición y trabajos en pequeños grupos
9		Atención comunitaria y (2) primeros auxilios	Exposición y trabajos en pequeños grupos
10	Revisar lineamientos de aplicación e interpretación de principales instrumentos de evaluación gerontológica integral	Instrumentos de evaluación gerontológica	Exposición y trabajos en pequeños grupos

Fuente: Elaboración propia

Para la revisión de los temas se elaboró ex profeso el libro “Gerontología comunitaria” el cual fue diseñado para los viejos, con características específicas para la lectura y para el aprendizaje de los temas. A cada promotor registrado se le proporcionó un libro. Para su recepción firmaron un recibo en el que se señalaba que el texto quedaba bajo su resguardo siempre y cuando cumplieran

con las tareas que como promotores tenían que realizar y que aceptaron, aunque cabe resaltar que algunos ya no asistieron a los cursos y no regresaron los libros.

Durante el desarrollo de la primera sesión comenzamos a observar el interés de los viejos por los temas revisados. Se presentaron preguntas, dudas, desviaciones en los temas y algunas situaciones inesperadas como la presencia de un invidente en el curso que mostraba mucho interés en permanecer en él. Es relevante mencionar que otro de los requisitos para ser promotor era no tener problemas de visión y de audición. En ese momento la pregunta fue: ¿cómo quitarle la oportunidad a alguien que quiere aprender, que hace preguntas muy interesantes y que tal vez pueda ser un buen promotor? Lo consultamos al interior del grupo de la UI y decidimos que continuara con el curso.

Seguimos observando disputas entre grupos de viejos previamente conformados y de los que algunos integrantes también asistieron a la UI. Un ejemplo de esto fue el caso del responsable del grupo de viejos del INAPAM de Ixmiquilpan que asistió acompañado de otros miembros de ese grupo a la sesión programada. Al ver que estaban otros líderes de asociaciones de viejos, argumentaron no compaginar con ellos y dejaron de asistir a las reuniones. Al término de la sesión intercambiamos puntos de vista con los diferentes miembros del grupo, lo que resultó en que se tomara la decisión de cambiar de espacio físico. Dos de los líderes se propusieron para llevar a cabo esta tarea: la maestra Mati aseguró conseguir un espacio en la presidencia municipal mientras que el maestro Gerbasio se contactaría con el Club de Leones de Ixmiquilpan. De esa experiencia nos dimos cuenta de que la mayoría de las ocasiones funcionaron mucho mejor las relaciones y gestiones que se establecieron con organismos no gubernamentales.

Para las tres sesiones siguientes trabajamos en un salón de un hotel de Ixmiquilpan que pertenecía a uno de los miembros del Club de Leones y cuyas instalaciones eran cómodas para el trabajo en grupos. En ellas tuvimos algunos invitados como químicas y médicos geriatras lo que resultó en un mayor

compromiso por parte de los futuros promotores. Los temas les parecieron interesantes y eso se reflejó en sus participaciones y en las discusiones que se realizaron al interior de cada grupo. Sin embargo y para mi sorpresa, ese grado de cohesión no fue tan claro dentro del nuestro pues, mientras que la percepción del trabajo para los geriatras era positiva, para los químicos resultaba fastidiosa y poco práctica.

Continuaron las sesiones y la asistencia se mantuvo constante, cada día los participantes adquirían mayor confianza para participar, preguntar y para realizar las actividades del curso. Para los miembros de la UI resultaba muy cansado el viaje, pero en mi caso el trabajo que realizaba con los viejos mantuvo mi entusiasmo para continuar, aunque tuviera que viajar dos veces por semana. Fue necesario hacer un cambio más en el espacio físico. Dado que las organizaciones no gubernamentales fueron las que en ese momento prestaron el mayor apoyo para la realización del curso, el Club de Leones proporcionó su salón de eventos para continuar con el desarrollo de las actividades.

6.3.5. ¿Intercambios de capitales o imposiciones?

Avanzó el curso y comenzaron a observarse algunas acciones de autocuidado que los participantes poco a poco pusieron en práctica. Las acciones más evidentes que ellos reportaron fueron las relacionadas con la alimentación (disminuyeron el consumo de grasas, refrescos, entre otros). Asimismo, nos informaban sobre las visitas que habían hecho al médico con el fin de que les hicieran un chequeo para mantener en control las enfermedades que les habían sido diagnosticadas. Fue tal el avance que noté que en algunos casos los viejos ya habían incorporado a su vocabulario la palabra *autocuidado*. Una participante mencionó: *“Compañeros tenemos que aplicar el acto cuidado para tener una vejez sana”* (Notas DC). Las sesiones que despertaron mayor interés fueron las relacionadas con cuestiones prácticas como tomar la presión arterial, hacer mediciones de glucosa por medio de *destrostix* así como los cuidados del anciano enfermo en casa. Algunas mujeres mostraron tener aptitudes para el desarrollo de estas actividades y

fungieron como instructoras para la realización de estas actividades durante la semana.

Para ese momento del curso la mayor parte de los miembros del grupo estaban integrados. Nosotros, es decir, los miembros de la UI, organizábamos los grupos de trabajo de tal suerte que cada vez convivían con diferentes personas. Los líderes que habían quedado en el grupo eran muy flexibles, solidarios y entre ellos no había disputas (incluso cada lunes llevaban alimentos para compartir durante el receso). Llama la atención que el compartir alimentos sea un elemento que siempre está presente.

El fin de curso se aproximaba. La UI tenía que hacer un balance de los participantes que obtendrían el documento que los acreditaba como promotores. Como se había acordado en un principio, quienes asistieron a las sesiones tendrían que demostrar tener la información mínima necesaria para ser promotores para lo cual se les aplicaría un examen, situación que claramente les preocupó al grado de que en algunos casos decidieron formar grupos de estudio y se presionaron tanto que incluso un grupo de Ixmiquilpan no durmió un día antes del examen, pues se reunieron en una casa y trabajaron hasta la madrugada respondiendo el cuadernillo de ejercicio que se les había proporcionado y que tenían que entregar como muestra del manejo de la información.

Paralelamente, los participantes iniciaron con la organización del evento social que cerraría el curso. Para ello hicieron un listado de los invitados especiales que estarían en el evento de clausura. Su conclusión resultó ser interesante para muchos de los funcionarios del gobierno del Estado de Hidalgo, tal vez por los comentarios que muchos de los viejos realizaron y porque a su vez algunos de los funcionarios ya habían visto el impacto que por el momento el curso había tenido (asistencia regular, participación constante e interés).

Llegamos al cierre del curso. Se realizó la evaluación correspondiente y se dio la acreditación al 90% de los participantes ya que algunos desertaron en las últimas sesiones y otros enfermaron³. Un aspecto fundamental consistió en hacer un balance tanto de la información adquirida como del impacto que esta tuvo en ellos. En este rubro encontramos que el asistir al curso significó para muchos una oportunidad de superar la problemática por la que estaban pasando (pérdidas laborales, familiares, diagnósticos de enfermedades, entre otras). Tuvimos participantes que cursaban con depresión o que llegaron ahí por mero compromiso, sin embargo, al avanzar las sesiones mostraron una mejoría señalando que *“el curso les estaba dando otra oportunidad para hacer cosas en este momento de su vida”*. Para los líderes de grupos significó otra oportunidad para trabajar con ellos desde una perspectiva diferente, ya no sólo realizando actividades recreativas, sino ofreciéndoles información para entender el envejecimiento.

En la UI nos sentimos satisfechos con el logro que se obtuvo hasta ese momento pues se tuvo la certeza de haber cumplido con las metas planteadas. Llegó el momento de la clausura y la entrega de constancias. Los encargados de la organización del evento invitaron las autoridades que consideraron pertinente que asistieran (Secretaria de Desarrollo Social, presidente municipal, líderes de asociaciones de jubilados y pensionados, miembros del Club de Leones, autoridades del INAPAM, responsables municipales de los programas para los viejos, entre otros). La Secretaria de Desarrollo Social confirmó su asistencia pero nunca llegó a la cita por lo que el presídium lo conformaron personas que nunca antes habían estado presentes en los procesos de la UI. El evento fue difundido en el periódico y en el radio local. Los egresados se encargaron de la organización de todo el evento de clausura mientras que la UI sólo de la elaboración de las

³ Tuvimos dos casos. Ambos eran personas jóvenes que fueron aceptadas porque la asistencia al taller de alguna manera los mantenía motivados para vivir. Uno de ellos tenía diabetes mellitus con complicaciones con la vista. La otra tenía insuficiencia renal en fase terminal. Ambos asistieron la mayor parte del tiempo, pero al final ya tenían limitaciones importantes y dejaron de asistir. Al poco tiempo nos informaron que había fallecido la persona que presentaba el segundo cuadro.

constancias y de la entrega del material que se les otorgaría como parte del material indispensable para las actividades de promotor (baumanómetro, estetoscopio, termómetro y el libro “Gerontología comunitaria”). Los egresados se emocionaron por el documento que recibirían de la IES y muchos de ellos invitaron a sus familiares. La mayoría se vistió de gala para recibir su constancia y con gran emotividad, algunos llorando mencionaron: *“Ahora ya somos universitarios”* (Notas DC), (situación que desde luego, no era reconocida por la UI).

6.3.6. Enfrentando verdades y realidades

Terminamos cansados y agotados de la primera fase del proyecto (los viajes a Ixmiquilpan resultaban extenuantes). Sin embargo, varias personas nos dijeron que no podían continuar argumentando que no tenían tiempo, que viajarían, que tenían compromisos con sus nietos o que en verdad se les hacía muy difícil. Seguir escuchando esto me desmotivó. Tanto esfuerzo realizado, tantas horas invertidas, el cansancio acumulado... ¿todo para que no se comprometieran a continuar? Y por si fuera poco, la idea de cumplir en tiempo con el CONACyT rondaba por mi cabeza cada vez con mayor frecuencia. Afortunadamente había quienes sí se quedarían a trabajar y eso de nuevo marcó la diferencia, me dieron ánimo para continuar aunque en ocasiones me sentía fatigada, desanimada por las reacciones de algunos de los miembros de la UI. Al interior de la esta se comenzaron a gestar algunas diferencias, para algunos el trabajo resultaba importante, se consideraba substancial lograr la participación de los viejos, despertar el interés en el mantenimiento de la salud, conocerlos, indagar sobre sus costumbres, sus ideas y tradiciones, todo esto buscando que se involucraran en la tarea de la promoción de la salud. Para otros, el trabajo era percibido como una pérdida de tiempo: *“No sé para qué hacemos esto, es muy cansado y además qué beneficios vamos a tener”* (Notas DC). Mientras que para una de las pasantes de medicina representaba un riesgo laboral: *“¿cómo es posible que se les dé tanta información a los viejos, yo estudié muchos años y ahora que ellos tienen tanta información que es probable que yo, ya no tenga*

trabajo!” (Notas DC). Para un miembro de la UI representaba también un conflicto: *“para qué nos metimos en esto, resulta muy cansado, muy agotador...el trabajo con la gente es difícil, mejor nos hubiéramos quedado en el laboratorio”* (Notas DC).

Lo anterior me hizo reflexionar sobre la manera en la que estábamos entendiendo la labor que realizábamos así como en las ideas y prejuicios que iban apareciendo cada vez con mayor frecuencia en el desarrollo del proyecto y que daban como resultado esta polarización en las visiones al interior de la UI. ¿Por qué tantas resistencias de algunos miembros para participar en el proyecto? ¿Por qué para otros lo único importante era recolectar muestras de sangre para cumplir con los objetivos de sus proyectos? Cada vez que era necesaria su presencia en los lugares de trabajo había muchos obstáculos, muchas resistencias. Más de una decena de veces lo comenté con el jefe de la unidad, se intentaron establecer algunas estrategias como seminarios de discusión, pero no dieron resultado y la participación de algunos miembros del grupo desapareció. Entonces me pregunté: *¿qué pasaría si no tuviéramos el compromiso con CONACYT? Probablemente no hubiéramos mantenido el programa* –me respondí- (Notas DC).

Mientras se llevaba a cabo el primer curso en Ixmiquilpan se continuó promocionando el siguiente par de cursos que serían impartidos por los miembros de la UI a través de la responsable del programa de envejecimiento de la Secretaría de Desarrollo Social del estado de Hidalgo. Ella tenía contacto con los viejos de la mayor parte del Valle del Mezquital y por lo tanto nos contactó con muchos candidatos e incluso ella misma asistió al segundo curso de FPDIG. La responsable siempre mostró interés en el programa, lo promocionaba con mucho énfasis mostrando disposición para contactarnos con funcionarios de la Secretaría y se encargó tanto de la recolección de los documentos que se les solicitaba a los participantes como de hacerles saber el compromiso que adquirirían al participar en el programa.

La experiencia obtenida con el primer curso facilitó la planeación y la puesta en marcha del segundo. Se preinscribieron 45 personas, algunas de ellas jóvenes y que además estaban a cargo de programas para el adulto mayor. En esta ocasión el curso se llevó a cabo en el municipio de Actopan (en las instalaciones de la presidencia municipal, lo cual fue tramitado por la representante de la Secretaría de Desarrollo Social). ¿Tuvo algún significado el lugar del evento? ¿En qué medida? Para la UI significó que se estaba ganado terreno en el campo de las instituciones del estado (además de que al haber sido allí, nos ahorramos una hora de traslado). En ocasiones reflexiono si para los participantes tuvo alguna implicación este hecho. Aparentemente el presidente municipal estaría en la inauguración del curso. Como siempre no llegaron las autoridades previstas y dimos inicio un 22 de noviembre.

Antes de continuar quiero comentar que para este momento aún no sabía cómo estaba conformado el Valle del Mezquital (cuántos municipios tenía o cómo se llamaban). Me sentía fuera de lugar cuando nos hablaban de cierto lugar y nosotros no teníamos idea de a dónde pertenecía (cuando íbamos rumbo a Ixmiquilpan sólo veíamos pasar los nombres de los lugares, nunca tuvimos tiempo de detenernos para mirar un poco más de cerca sus características). Constantemente nos invitaron a visitar lugares importantes de la zona pero nunca nos dimos el tiempo para ello pues era importante *“cubrir el programa”*. (Notas DC). Una situación similar sucedió en Actopan. Aunque para este momento ya teníamos varios años trabajando ahí, sólo conocíamos el camino para llegar a la “Casa de jubilados y pensionados”; al llevarse el curso en el centro de la zona resultaba obvio que tendríamos que conocerlo, sin embargo ni siquiera visitamos el ex convento, lugar histórico de gran importancia para los actopeños.

Esa situación me resultaba incómoda; consideraba que así como nosotros dábamos a conocer lo que sabíamos, era necesario que nosotros tuviéramos conocimiento sobre lo que ellos podían enseñarnos sobre la zona, su alimentación y tradiciones, en fin, de un sin número de cosas que podían

aportarnos para tener más elementos y enriquecer el proyecto, así que un “no sé” como respuesta a sus preguntas sobre el conocimiento de la zona no me parecía lo más adecuado.

Volviendo al segundo curso en Actopan, lo iniciamos explicándoles las reglas del juego y los contenidos a tratar como a los participantes del mismo. En este punto quiero comentar que para realizar dicha actividad me enfrenté con otra situación inesperada: la labor de convencimiento que tuve que hacer para la dirección de la UI la llevara a cabo. Su decisión fue que consideraba que eso no era importante y únicamente reduciría el tiempo para la presentación de los contenidos; le di argumentos que consideré suficientes para que se llevara a cabo en el primer grupo pero no logré mi objetivo pues la nutrida asistencia y el retraso en el comienzo de la sesión no ayudaron para que se pudiera realizar la actividad.

Para mí era de vital importancia conocer y saber un poco de ellos, quiénes eran, de dónde venían, qué esperaban, cuáles eran sus ideas sólo algunos participantes externaron sus temores y otros expresaron que en realidad no sabían de qué se trataba la reunión y se retiraron. El grupo quedó conformado por 30 participantes de los cuales sólo tres eran varones (generalmente las mujeres participaron en mucho mayor medida en los centros para viejos y en los diferentes programas) pero hombres y mujeres mostraron su compromiso al tener claras sus obligaciones (asistir a las diez sesiones, realizar tareas, prácticas y exámenes). Tuvimos participantes de muy bajos recursos económicos y algunos que no sabían leer ni escribir, pero también personas con condiciones económicas muy distintas, por ejemplo, hubo un grupo de cinco mujeres que venían de Pachuca que se diferenciaba claramente de los demás miembros tanto por sus recursos económicos como por el vínculo que una de ellas mantenía tanto con la Fundación hidalguense⁴ como con la Universidad de Hidalgo.

⁴ Esta es un órgano con una marcada posición política en el Estado de Hidalgo y cuyo director en ese momento tenía una posición importante pues fue contemplado como candidato para gobernador

Algunas de las responsables de los programas para adultos mayores que se incorporaron al curso eran profesionistas, el resto no lo eran, por lo que la combinación entre los primeros y los segundos causaba preocupación e inseguridad entre los miembros del grupo (por ejemplo, aquellos quienes no tenían profesión, al principio no participaban ya que los profesionistas acaparaban la participación). Fue avanzando el curso y se gestaron algunas diferencias entre pequeños grupos que tenían mayor escolaridad, como maestros o psicólogas (particularmente, con el grupo de Pachuca en el que estuvo al frente una trabajadora social) pero independientemente de sus diferencias, todos los temas que se impartieron les parecieron muy importantes. Los que más les llamaron la atención fueron los prácticos como hacer un vendaje, tomar la presión, inyectar, el cuidado de los pies, etc.

Como lo mencioné en párrafos anteriores, lo que probablemente influyó para que se mantuviera una buena asistencia al curso y que la gran mayoría fueran acreditados como promotores fue que la mayoría de los miembros de la UI eran médicos (para los asistentes el galeno es sinónimo de un profesionista honorable y respetable). En esta ocasión, además de la constancia que se les otorgó por parte de la IES, la responsable de los programas para adultos mayores fue la encargada de diseñarles una credencial que les serviría también como una carta de presentación.

El grupo de las mujeres de Pachuca se encargó de la organización de la clausura del curso, misma que se llevó a cabo en las instalaciones de la rectoría de la universidad (aunque se esperaba la presencia del rector, finalmente el evento fue clausurado por el secretario académico de la institución). Las instalaciones del auditorio eran majestuosas. El lugar se llenó debido a la asistencia de los participantes y sus familiares. Los funcionarios de la universidad y de la fundación dieron un reconocimiento a la IES por el trabajo que veníamos realizando, aunque es importante señalar que en los discursos de los funcionarios casi siempre estuvo presente la visión paternalista y asistencialista hacia los viejos.

A la par del desarrollo de este segundo curso, egresados del primero ya habían iniciado el trabajo con otros grupos y comenzaron a formar sus primeros “núcleos gerontológicos”, por lo que teníamos que mantener contacto con ellos semanalmente para que nos platicaran sobre los avances y problemáticas que enfrentaban, incluso comenzamos a hacer visitas a Ixmiquilpan, Orizabita, San Jerónimo, La Olvera, Casas Grandes y en el Reclusorio de Actopan⁵, lo que implicó que el trabajo se multiplicara. Desde luego nosotros siempre les hablamos de la importancia de la autonomía que como “núcleo” debían tener, por lo que sólo hacíamos visitas al inicio de la conformación de los grupos y les brindamos una asesoría semanal.

El grupo de Pachuca decidió no conformar núcleos gerontológicos sino dedicarse a repetir el curso (el grupo que se formó estuvo conformado por cuarenta mujeres). Este grupo fue muy hábil para la autogestión y contó con un número importante de redes de apoyo. Para la promoción del curso tomaron diferentes estrategias (volantes, difusión en la radio local y desde luego a la propia Fundación Hidalguense). Nosotros sólo fuimos a impartir una sesión, ya que de acuerdo con las promotoras la presencia de la UI era indispensable para motivar a los participantes. Para llevar a cabo las sesiones de inmediato contactaron médicos, abogados, odontólogas, tanatólogas, psicólogas y demás apoyos que era necesarios para el desarrollo del curso, amén de la gestión de las instalaciones para llevarlo a cabo. El grupo estaba integrado con solidez y cada una de sus participantes explotaba sus habilidades para gestionar, coordinar o llevar a cabo actividades prácticas.

Otros miembros decidieron conformar núcleos, aunque muy pocos comenzaron a trabajar incluso no en las mejores condiciones como en un núcleo gerontológico en El Arenal (al cual nunca acudimos) en donde al no tener un espacio físico en el que realizar las sesiones, la promotora decidió trabajar bajo la sombra de un árbol

⁵ Para ellos era importante presentarnos con sus grupos ya que nosotros éramos “sus maestros”.

en donde semanalmente se reunía con un grupo de 8 ancianos. También en Acaxochitlán un promotor nos dijo que trabajaría en su grupo incorporando lo que había visto en el curso, sin embargo él realmente era un gestor de “cosas” para los viejos y de acuerdo con otros informantes la dinámica de trabajo con su grupo no cambió, él siguió realizando las mismas actividades que antes venía realizando.

La llegada a los grupos siempre era algo “espectacular”, ya que para todos era muy importante contar con la presencia de los autores del libro *Gerontología comunitaria*. Las personas mencionaban que nunca habían conocido a autores de libros por lo que era una gran deferencia para ellos que nosotros estuviéramos. Siempre hablan de “lo bonito” del material, de los colores, de las figuras y también reconocían como muy importante la información que contenían. Normalmente terminábamos las visitas autografiándolos.

Al interior de cada uno de los grupos, las actividades de carácter social eran muy importantes como realizar festejos de cumpleaños o de fechas importantes (día de las madres, del padre, etc.).

Para ese momento habíamos formado a aproximadamente 70 promotores de los que un 30% estaba desarrollando actividades como promotores. Nuestra labor hacia ellos consistió en facilitarles el programa, el material (ponencias, libro, exámenes, ejercicios) y los lineamientos que deberían seguir para su desarrollo. A partir de ese momento se tendrían que manejar de forma independiente.

6.4. Avanzando imposiciones

El tercer curso se llevó a cabo en Progreso de Obregón. El primer día llegaron alrededor de 60 personas que incluyeron a profesionistas de centros de salud que decidieron incorporarse, ya que no tenían ninguna información con respecto al trabajo con los viejos. Además llegaron personas de zonas rurales que no sabían leer ni escribir, pero que alguien les había dicho que “les iban a dar

algo” (Notas DC). Esto me llamó la atención pues frecuentemente existió el llamado “acarreo” de viejos en las actividades que organizamos. ¿Por qué esta práctica? ¿Qué la originó? Días después tuve la explicación.

A la par de las actividades de formación de promotores, se llevó a cabo el desarrollo de otros proyectos como el denominado “Efecto de antioxidantes en el estrés oxidativo y en la osteoporosis”, que consistió en la administración de vitamina C y D, así como la realización de algunas pruebas bioquímicas y densitometrías a los viejos que decidieron participar en el proyecto durante dos años. De este modo, cuando algunas personas y líderes de grupos se enteraban de las acciones que estábamos llevando a cabo, acudían con la idea de que se les dieran vitaminas pero se retiraban al enterarse de que el objetivo de nuestro trabajo era el de formar promotores.

A la inauguración de este tercer grupo asistió el presidente municipal y un empresario del municipio de Actopan que quería postularse para diputado local (en ese momento el estado experimentaba un ambiente electoral)⁶. Poco a poco se iba conociendo más el trabajo que realizábamos, sobre todo por parte de las autoridades de desarrollo social, las que de pronto comenzaron a mostrar un mayor interés en el proyecto. El curso para promotores se desarrolló en las instalaciones del Centro de Salud de Progreso. En esta ocasión había personal de otros centros, en su mayoría enfermeros muy jóvenes. Nuevamente se configuraron varios grupos al interior del curso, el de los profesionistas (que ocuparon siempre el mismo lugar en el aula) y otros tres grupos liderados por representantes de diversos programas y profesores. Quiero subrayar que el compromiso de los profesionistas hacia las tareas era muy bajo, no así el de los

⁶ La presencia de personajes involucrados con la vida política del estado representó algunas molestias para el jefe de la UI porque sus objetivos giraban en torno a su promoción y no hacia el apoyo y difusión del proyecto.

viejos quienes respondieron satisfactoriamente a la realización de tareas, lecturas, al trabajo en equipo y a las pruebas escritas⁷.

La clausura del último curso fue organizada por la representante de la Secretaría de Desarrollo Social. Tuvo lugar en un salón de fiestas pero hubo mucha división, sobre todo con el grupo de profesionistas que incluso no participó en la comida que organizaron. Para ese momento contábamos con aproximadamente con 100 promotores formados. Del tercer grupo de inmediato comenzaron a trabajar 10 personas, todas en la conformación de núcleos gerontológicos (en Ranchería, Xochitlán, tres en Progreso de Obregón y otros en localidades pequeñas).

6.5. Trabajo de los promotores

La labor de los promotores fue muy profesional e intensa. Al interior de sus núcleos gerontológicos habían difundido la información que les transmitimos así como los contenidos del libro que se les proporcionaron a los promotores como material de apoyo y cuando llegaba a su fin su curso realizaron ceremonias de clausura, eventos en los que pusieron un marcado esmero, incluso algunos promotores les extendieron constancias a los participantes de los núcleos por su asistencia. La presencia de la UI fue requerida en estas clausuras en donde se nos encargaba entregar las constancias y siempre nos hicieron ocupar un lugar especial en el presídium. Los eventos se caracterizaron por la alegría de los promotores, de quienes terminaron los cursos y de sus familias. En ellos, los participantes realizaron bailables, exposiciones de sus trabajos manuales y desde luego la tradicional comida.

De este modo, los miembros de la Unidad teníamos que viajar constantemente a distintas zonas, no tanto para supervisar la actividad de los promotores, sino a solicitud de ellos para que nos conocieran los miembros de sus grupos (incluso

⁷ Cabe señalar que ni el segundo ni el tercer grupo fue tan integrado como el primero.

fuimos a la cárcel ya que tres promotores decidieron dar información gerontológica a los reclusos).

En el evento de “La Olvera” municipio de Progreso se reunieron aproximadamente quince mujeres de condición marginal (la mayoría no sabía leer ni escribir), para celebrar el final de su curso. La clausura incluyó la presentación de una tabla gimnástica y un bailable para los cuales las participantes se uniformaron con falda azul marino, blusa blanca, algunas con medias y otras sin ellas. Al principio mostraban y su alegría fue incrementando a medida que la danza se desarrolló, incluso una de ellas se emocionó tanto que lloró. Cuando terminó la actividad, me acerqué a ella para preguntarle si algo le había pasado o cuál era el motivo de su llanto a lo que me respondió: *“es que nunca pensé hacer esto y hoy lo estoy realizando, nunca tuve esta oportunidad”* (Notas DC).

Todas estas visitas para mi fueron muy gratificantes pues se veía que reunirse provocaba placer a los viejos y algunos de ellos mostraban que la información recibida les estaba siendo significativa. Nos compartieron que de alguna manera estaban cambiando su alimentación y nos hablaron del impacto que estaban teniendo estas reuniones en su vida, además de que expresaron algunas de ellas que antes no habían tenido un espacio para sí mismas.

En otra ocasión visitamos Ranchería, pueblo perteneciente al municipio de Obregón. En la entrada había un letrero en el que se leía “Núcleo Gerontológico de Ranchería”. El lugar se trataba de una casa a medio construir y a pesar de que era muy fría la presencia de todos los miembros del núcleo, gente de muy escasos recursos, la mayor parte de ellos analfabeta, la hizo cálida. La bienvenida fue muy afectuosa y nos sorprendieron porque nos tenían preparada una barbacoa que ellos mismos habían cocinado. Todos habían cooperado para la realización de esta comida y nos comentaron el proceso para realizar el delicioso platillo, porque para ellos siempre fue importante compartirnos también sus saberes.

La promotora comenzó a hacerles preguntas acerca de la información recibida y algunos de ellos nos platicaron acerca de la experiencia que estaban teniendo al participar en este grupo. Había entre ellos gente de edad muy avanzada (mayores de ochenta años). Algunos nos comentaron los padecimientos que tenían, otros que ya estaban visitando con mayor frecuencia el centro de salud y con satisfacción escuchamos que refirieron que habían comenzado a poner en práctica algunas pequeñas cosas para mejorar su dieta, como no tomar refresco, disminuir las grasas en su alimentación, cocinar sin manteca, etc. También tuvimos el testimonio de algunos de los hijos de estos viejos quienes comentaron que comenzaron a observar cambios en sus padres y que el hecho de ir al grupo les estaba sirviendo ya que en algunos, casos hasta el carácter les estaba cambiando de forma positiva.

Otra experiencia importante la vivimos en Orizabita⁸ ya que algunos de los miembros del núcleo no hablaban español sino su lengua materna: el hñähñü. En esa ocasión dependimos de la traducción que la promotora tenía que hacer para que nosotros entendiéramos lo que nos querían decir. Como era costumbre en las reuniones, no faltó la comida sin grasa, de soya, muchas verduras y frutas propias de la zona, y en una mesa nos encontramos con regalos para los 'doctores de la UI'. El punto de reunión era 'la casa municipal' a medio construir y muy fría. Ahí se reunían cada semana para "hablar de la gerontología", pero no sólo eso, sino también para bailar, platicar, aprender manualidades y hablar de sus tradiciones. Aquí la proporción de hombres que participaron era casi igual a la de las mujeres. Había varias parejas de esposos de muchos años y en algunos casos los hijos también asistieron ya que estaban muy cerca de los sesenta años. Nos encontramos con una variedad de importantes testimonios *"ya no tomamos refrescos, siempre agua, hemos disminuido el consumo de grasas, hemos*

⁸ El lugar me llamó mucho la atención porque conforme uno se iba acercando al centro de este pueblo comencé a ver construcciones muy grandes, casas muy modernas, un tanto "agringadas". Pregunté cuáles eran las razones probables de estas edificaciones y me informaron que muchos se iban a los Estados Unidos y mandaban dinero para construir estas casas. Por tal motivo habían tales contrastes entre las viviendas.

aprendido mucho (Notas C). Hubo una persona que refirió que este curso les gustaba porque “nos distraemos”, pues hasta que ingresamos aquí, no habíamos tenido un espacio para nosotros” (Notas DC). y por último, el hijo de uno de ellos nos compartió que: “*desde que vienen mis papás aquí los veo muy cambiados, antes no hablaban casi con los demás y ahora los veo que se interesan por platicar con otros*” (Notas DC).

El grupo en Casas Grandes era dirigido por tres personas: dos maestras rurales jubiladas y un profesor también jubilado con una posición socioeconómica alta y muy reconocido en Actopan por su parentesco con políticos de este municipio. El trío de docentes dirigió ese grupo que estuvo conformado por aproximadamente 35 personas de más de 60 años. Nos reunimos con ellas dos veces a solicitud de los promotores. La primera con la finalidad de que viéramos cómo estaba trabajando el grupo y que el jefe de la UI diera el tema de diabetes mellitus. Aprovechamos la ocasión para preguntarles por su percepción del proyecto y todos coincidieron con que significaba un espacio de reconocimiento a los viejos, que estaban agradecidos de que alguien se preocupara por ellos, así como también les sirvió para “cambiar hábitos” como la incorporación del ejercicio a sus vidas⁹. La segunda ocasión que asistimos fue con el motivo de clausurar las actividades del núcleo gerontológico. También a los participantes se les otorgó una constancia de asistencia al curso y a la ceremonia invitaron a sus familiares y amigos. Como de costumbre no faltaron actividades como bailables, música, comida y exposición de artesanías¹⁰.

Otros grupos continuaron trabajando: San Jerónimo, Xochitlán, Obregón, El Arenal, Madero, Ixmiquilpan, Zapotlán, Real del Monte, Mixquiahuala, entre otros.

⁹ Un caso especial fue el de una mujer que recién había enviudado y este espacio le estaba ayudando a superar el duelo.

¹⁰ Ese grupo se desintegró casi de inmediato pues el promotor fue llamado para desempeñar un cargo en la administración que iniciaba en estas fechas.

El grupo de promotoras de Pachuca se dedicó a retransmitir el curso de FPDIG mismo que ya han reproducido cinco veces con grupos de 40 participantes en promedio. Algunos de los egresados de estos grupos conformaron núcleos gerontológicos mientras que otras promotoras se encargaron de darlo a conocer a otras personas. La mayoría de los participantes tenían una posición económica desahogada, contaban con estudios en algunos casos profesionales y sus redes sociales estaban muy consolidadas. La clausuras de sus cursos siempre se llevaron a cabo en las instalaciones de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH) en donde asistieron funcionarios de alto nivel (secretario administrativo, secretario académico y en algunos casos el rector). Sus eventos sociales tenían lugar en salones de fiestas elegantes, incluso en una ocasión se llevó a cabo en una de las instalaciones de la UAEH que están diseñadas para realizar actividades académicas y recreativas¹¹. A estas clausuras siempre asistía el director de la Fundación Hidalguense quien siempre mostró deferencia hacia la IES.

La clausura de cursos del grupo de Real de Monte fue dirigido por una de las promotoras más jóvenes que formó en total cuatro grupos, dos en Zapotlán y la misma cantidad en Real del Monte. Al igual que el grupo de Pachuca, ella tenía un vínculo muy cercano con los directivos de la Fundación Hidalguense: los Sosa Castelán. El evento fue organizado con mucha antelación porque a la promotora le interesaba mucho que asistiera el diputado federal del Estado. En esta ocasión el recibimiento fue diferente al de las clausuras anteriores. Si bien los miembros de la UI ocupamos la mesa de honor, a esta se añadieron otros personajes entre los que destacaron el diputado federal, Gerardo Sosa Castelán y el presidente municipal de Real del Monte a quienes los viejos recibieron con entusiasmo, especialmente al primero, quien es poseedor de un gran capital material y simbólico.

¹¹ Esto era posible dado el contacto que tenían las promotoras con la Fundación hidalguense, organismo que tenía excelente relación con el rector de UAEH.

La promotora inició el evento con una presentación de diapositivas que acompañó con un relato sobre las actividades que se llevaron a cabo durante el curso. Posteriormente cedió la palabra al jefe de la UI, al presidente municipal y finalmente al diputado federal. El discurso del político consistió en una exaltación a los viejos y a la vejez repleto de palabras y actitudes *viejistas* (resultaba obvio su objetivo de ganar electores, incluso les ofreció viajes como un obsequio por participar en los grupos), dejando claro que los viejos son lo último que importa a los políticos. También intentó resaltar el trabajo que la UI realiza, desde luego con un profundo desconocimiento de los objetivos de la Unidad y del proyecto que se realizó. Los asistentes agradecieron al diputado el haberlos acompañado y los apoyos recibidos como transportación para visitar la Casa de los Pinos, conciertos, pago de viajes a balnearios de la zona, análisis clínicos y el apoyo para la realización de chequeos médicos.

Hasta aquí he presentado el contexto el caso de la UI y sus dos unidades embebidas: los agentes promotores viejos y los agentes profesionales. El objetivo de haber presentado esta información es transportar a los lectores al campo de la UI y al campo de los viejos con el fin de tener un referente para entender los procesos que se produjeron en la interacción de ambos. En el siguiente capítulo analizaré los procesos de capitalización y descapitalización que sucedieron y su repercusión en la salud de los distintos agentes.

CAPÍTULO 7

AGENTES, CAPITALES Y PROCESOS EN LA UI

Introducción

Este capítulo tiene como propósito, con base en la metodología planteada en el Capítulo 5 y en la interpretación de los datos construidos a partir de la información lograda, hacer el análisis de los agentes, sus capitales y los procesos pedagógicos de la UI. En este capítulo me enfocaré a comprender y lograr un entendimiento sobre la repercusión de los procesos de la Unidad de Investigación (UI) en los capitales y campos de los agentes que estuvieron en interacción en el campo UI. El capítulo está integrado por tres apartados. En el primero describo e interpreto los sentidos, significados y relaciones en el campo de la UI para dar cuenta de los capitales en juego y los cambios de los mismos como efecto de los procesos de la UI. En el segundo y en el tercero me aboco a dar cuenta de sus procesos pedagógicos.

7.1. Sentidos, significados y relaciones en el campo UI

7.1.1. Los agentes

En este apartado hago una descripción de los elementos relativos a los sentidos, capital y relación con el campo de la UI que caracterizan a los agentes que participaron en esta investigación. En un primer momento, presento a los agentes promotores viejos, con los cuales trabajé de manera más cercana y construí espacios a partir de los cuales se logró establecer una comunicación y un

diálogo; en segundo lugar, a los agentes profesionistas. Describo algunas de sus características, sus capitales, su posición y disposición en el campo y algunas inscripciones en su cuerpo. Debo señalar que en el desarrollo de este capítulo mencionaré a otros agentes que, formando parte de la unidad 'promotores' embebida en el caso, no fueron informantes principales. No obstante, la interacción, observación e intercambio con ellos arrojó información que me permitió la construcción de datos.

En la tabla 7.1, presento de manera esquemática a los agentes viejos. La descripción incluye, nombre, edad, escolaridad, antecedentes familiares y laborales con el propósito de que los lectores tengan un contexto de ellos y los identifiquen a lo largo del capítulo.

TABLA 7.1. LOS AGENTES PROMOTORES

	NOMBRE	EDAD	SEXO	DESCRIPCIÓN
1	D. Mati	70	Femenino	Ella es profesora de educación básica, jubilada desde hace 2 años. Se distingue por su capacidad de liderazgo, compromiso con los demás, por su responsabilidad en las tareas que desarrolla. Desde el término del curso de formación decidió trabajar como promotora en una zona de alta marginalidad (San Jerónimo, el Arenal) y ha fungido como coordinadora de un grupo de cuatro promotoras. Es casada y tiene tres hijos y varios nietos
2	D. Lorena	68	Femenino	Responsable de una farmacia en Ixmiquilpan, con estudios de bachillerato. Nos informó que recientemente había enviudado. Su cara siempre estaba triste, hablaba poco en los cursos, nunca faltaba. Por las tardes cuidaba a su nieta. Su hija aceptaba que participara en el curso. Al término del mismo decidió trabajar en conjunto con dos promotoras y formar un grupo de viejos para replicar el curso que ella había tomado
3	D. Mariana	53	Femenino	Durante el último año se ha dedicado a cuidar a su mamá, es cuidadora primaria. Sólo estudió primaria, vive en el municipio del Arenal, es ama de casa y depende económicamente de su esposo. Durante el curso se mostró siempre triste por la enfermedad de su mamá. Siempre se esforzaba por participar en las sesiones. Al finalizar decidió trabajar con los viejos de su comunidad
4	D. Fernando	72	Masculino	Originario de Ixmiquilpan, habla el ñhañhu, sólo sabe leer y escribir. Se dedica al comercio en Ixmiquilpan. Ha mantenido su matrimonio por 50 años, es evangelista. El curso le fue muy difícil pero terminó y decidió trabajar como promotor en conjunto con otras tres promotoras
5	D. Gerbasio	68	Masculino	Profesor, jubilado desde hace varios años. Perteneció a la mesa directiva del Sindicato de Jubilados y Pensionados del Estado de Hidalgo. Es miembro de una de las familias más poderosas de Actopan. Es hermano del presidente municipal de este municipio. Posee varias propiedades y es reconocido como un líder dentro de su comunidad y tiene muchos contactos sociales. Es casado y tiene diabetes
6	D. Paty	65	Femenino	Sólo estudió la primaria, siempre se ha dedicado a las labores del hogar. Es practicante e instructora de Tai-chi. Es casada, vive en una zona de Pachuca de familias muy acomodadas. Su esposo ha sido funcionario de algunas instituciones públicas y eso ha hecho que ella tenga contacto con personajes del mundo de la política. Tiene auto y se mueve por todo Hidalgo. Tiene diabetes
7	D. Ramona	70	Femenino	Enfermera de profesión, recién jubilada. Cuidadora primaria de un familiar, practica el Tai-chi. Es casada, el curso le resultó muy difícil pero terminó y en principio no se había decidido a participar. No obstante, a la muerte de su familiar decidió incorporarse con otras cuatro promotoras para replicar el curso con otras personas de Pachuca
8	D. Beatriz	52	Femenino	Estudió hasta la secundaria, vive en una zona residencial de Pachuca, lo que le permite tener relaciones con gente adinerada del lugar. Tiene secuelas de parálisis facial. Es una mujer con muchas dotes para las relaciones sociales y para realizar gestiones. Durante el curso hizo fuertes redes sociales y decidió trabajar primero en conjunto con otras promotoras y después trabajó en otros grupos de manera independiente
9	D. Amalia	63	Femenino	Perteneciente a una familia acomodada de Hidalgo, sólo tiene estudios de primaria. Habla inglés y francés lo que pone en práctica constante en los viajes que realiza de manera frecuente al extranjero. Practica Tai-chi, sigue estudiando idiomas y decidió ser instructora del curso en conjunto con otras promotoras

Fuente: Elaboración propia

Como puede observarse, la mayoría de los agentes pertenecen a un campo más grande, el de las mujeres, una gran parte de ellos, tiene más de 60 años, lo que implica que ya están dentro del campo reconocido por la UI como de la vejez. Las historias familiares son diversas al igual que las laborales. La situación socioeconómica marca también grandes diferencias.

Por lo que respecta al subcampo de los profesionistas, González (2010), señala que para Bourdieu el campo de las ciencias es un campo semejante a los otros campos sociales. Es decir, como un lugar de relaciones de fuerza, como campo de luchas donde hay intereses en juego (a pesar de que las prácticas de los agentes pudieran parecer desinteresadas), donde los diversos agentes e instituciones ocupan posiciones diferentes según el capital específico que poseen, elaborando distintas estrategias para defender su capital -el que pudieron acumular en el curso de luchas anteriores- capital simbólico, de reconocimiento y consagración, de legitimidad y de autoridad para hablar de la ciencia y en nombre de la ciencia (González, 2010).

Los agentes de este subcampo pertenecen a diferentes campos profesionales. Cada uno, detenta diferentes grados de poder, todos pertenecen a un campo más amplio: el campo de la salud (ver tabla 7.2).

TABLA 7.2. LOS AGENTES PROFESIONISTAS

	NOMBRE	EDAD	SEXO	DESCRIPCIÓN
1	A	50	Masculino	Médico cirujano, estudios en gerontología, Doctor en Ciencias, Jefe de la Unidad de Investigación, Miembro del Sistema Nacional de Investigadores. Responsable del proyecto
2	B	50	Femenino	Psicóloga, Maestra en Educación Especial, estudios en gerontología y estudiante de doctorado. Colaboradora del proyecto
3	C	52	Femenino	Licenciada en Enfermería, en gerontología, colaboradora del proyecto
4	D	50	Femenino	Odontóloga, especialista en estomatología, colaboradora del proyecto
5	E	50	Femenino	Química Farmacobióloga, maestra en epidemiología, estudios en gerontología, estudiante de doctorado en ciencias, colaboradora del proyecto
6	F	43	Femenino	Química Farmacobióloga, Maestra en ciencias, estudios en gerontología, estudiante de doctorado en ciencias, colaboradora del proyecto
7	Pasantes	20	Femenino	Pasantes de medicina y relaciones internacionales

Fuente: Elaboración propia

Como puede observarse, en este subcampo también hay un predominio de agentes que pertenecen al campo de la mujer. Es importante mencionar que ninguno de ellos pertenece al campo de la vejez. La distribución de poder, entre estos agentes, es muy diversa dependiendo de su profesión y del capital cultural que poseen. Es importante señalar que no todos los agentes de este subcampo tuvimos el mismo nivel de participación. Sin embargo, todos fuimos capitalizados por este proceso. Más adelante presentaré hacia dónde se orientó dicha capitalización.

Una vez que he esbozado a los agentes que participaron en esta investigación, a continuación, con base en los analizadores presentados en el capítulo 5, presento los datos elaborados y su interpretación a la luz de los conceptos de la Promoción de la Salud Emancipadora.

7.1.2. El campo y los subcampos

Es importante recordar que las sociedades modernas se caracterizan por un alto grado de diferenciación y complejidad. En otras palabras, en el espacio social existe un conjunto de campos relativamente autónomos, que tienen una lógica propia, y que están articulados entre ellos. En esta investigación me propuse observar los sentidos, significados y relaciones que entran en juego en el campo de la UI. Básicamente identifiqué dos subcampos: el que conformaron los agentes promotores viejos y el que conformaron los agentes profesionistas.

De acuerdo con Bourdieu (2005), un análisis en términos de campo implica tres momentos: (1) analizar la posición del campo frente al campo del poder; (2) trazar un mapa de la estructura objetiva de las relaciones entre las posiciones ocupadas por los agentes que compiten por la autoridad del campo; y (3) analizar los *habitus* de los agentes, sus disposiciones y posiciones. En esta sección presento el campo de la UI. Esto es, analizo lo ocurrido entre los promotores que asisten al proceso pedagógico y los profesionistas de la Unidad. Sin embargo, es importante recordar que este campo se constituye por agentes de otros dos campos: el de las comunidades y el de la IES. En esta sección presento en primer término cada uno de los campos: el de los viejos y la UI. Después analizo la interacción de los mismos en el campo promotores-Unidad; posteriormente los cambios en el campo promotores-UI y, finalmente, los cambios en la posición de los agentes (los de las comunidades y los de la UI en sus respectivos campos).

7.1.3. Dos unidades, diversas verdades en juego

En primer lugar hay que mencionar cómo la UI y los viejos nos posicionamos en el campo a partir del volumen de capitales del que disponíamos y la manera de jugarlo. La Unidad posee un conjunto de capitales muy amplio que la posiciona en un lugar central en el campo, en relación con los viejos. Es una

institución con un gran capital de saberes (médicos, gerontológicos, químicos, psicológicos), de títulos (médicos, enfermeras, psicólogos, QFB) y de grados (licenciados, maestras, doctores) (ver tabla 7.3).

El habernos presentado como miembros de una IES nos abrió las puertas en muchos casos y aun más por el hecho de que el director del equipo fuera un médico. Para los viejos, haber establecido contacto con la institución fue de gran trascendencia. Para ellos se trató de un privilegio:

Agradezco a la IES por preocuparse por nosotros (Inf1).

Gracias por traernos este programa(Inf7).

Es muy importante para nosotros que los médicos vengan hasta acá(Inf4).

El tener a los médicos aquí ha cambiado mi vida (Observaciones y notas DC).

El hecho de que portásemos una bata universitaria hizo que los viejos mostraran una mayor aceptación a las propuestas y despertó en ellos una mayor motivación para participar. Se hizo muy evidente el papel de autoridad que el médico ha tenido a lo largo de la historia y que hoy en día sigue teniendo en la sociedad al encontrarnos con frases como: “*Lo que diga el médico*”, “*como usted diga doctor*”, “*el doctor dijo que así debería de ser*”, “*el doctor dijo que no comiera...*” (Notas DC). En este sentido, me pregunté muchas veces qué hubiera ocurrido si quien se encontraba al frente del proyecto no hubiera sido médico.

A partir de este escenario se fue definiendo el papel de los diferentes actores, sus capitales, y sus relaciones de poder. Al inicio la UI y sus agentes nos colocamos en una posición central. Sin embargo, dentro de esta centralidad se establecieron jerarquías, la posición del médico fue la que ocupó siempre el lugar central, seguida de la psicóloga, la de las QFB (por su estatus en el campo e las profesiones, no por sus prácticas en el campo) y en una posición más marginal la de la enfermera y los pasantes. Estos agentes tomaron la posición de líderes,

maestros, médicos y autoridades que dirían a los viejos lo que tenían o debían hacer.

Con respecto a las formas de intercambio y valores de intercambio los establecen las UI, asimismo, las reglas del juego son marcadas por la UI, quien a partir de su programa dicta los horarios, las metas, los contenidos, las formas de participación, los productos a obtener y las prácticas que se deben realizar. De igual forma la tasa de intercambio de capital es definida por la UI quien decide cuáles son los capitales, el valor de los capitales y las prácticas que tiene valor en el campo UI-viejos. En este caso los capitales a intercambiar son los sociales (contactos con instituciones, contactos con personajes que puedan apoyar, contactos con otros viejos) y culturales, específicamente los referidos a los conocimientos adquiridos en el programa. Las prácticas que se espera realicen los viejos están relacionadas con la promoción de la salud de los propios viejos que participan en el programa y de los viejos de las diferentes comunidades del Valle del Mezquital.

Los compromisos y reglas del juego consistieron en: (1) asistir a 10 sesiones semanales de 5 horas cada una; (2) realizar lecturas, tareas y exámenes, y (3) replicar el curso para formar más promotores o formar un núcleo gerontológico (un grupo de 8 a 10 personas con el fin de promover el autocuidado, la ayuda mutua y la autogestión, mismo que se reuniría semanalmente).

El grupo de investigación, como ya lo mencioné en líneas anteriores, estuvo conformado aproximadamente por 10 personas entre profesionistas (médicos, psicólogos, enfermeras, odontólogos y químicos) y alumnos de servicio social que cada ocho días viajábamos a la entidad. En la tabla 7.3 presento el volumen de capital, la posición, disposición, etc. de cada uno de los agentes profesionistas.

TABLA 7.3. CAPITALES Y POSICIONES DEL SUBCAMPO PROFESIONISTAS

UI	Capital cultural	Capital social	Juego de capital	Posición	Disposición	Toma de posición	Práctica significativa	Inscripción en el cuerpo
Médico	Grados y títulos académicos. Conocimientos del campo de la medicina y de la gerontología. Capacidades de liderazgo Jefe de la UI	Pertenencia al campo "IES". Pertenencia al campo de la "UI"	Reglas dictadas por UI y el programa. Reglas dictadas por el campo de la investigación	Central	Autoridad	EL PFPDIG dice lo que el viejo debe hacer	Hay que enseñar a los viejos para que practiquen el envejecimiento activo	Autoridad Rigidez
Psicóloga	Maestra en Psicología Conocimientos del campo de la psicología y de la gerontología. Conocimientos del campo de la enseñanza	Pertenencia al campo "IES". Pertenencia al campo de la "UI"	Reglas dictadas por el jefe de la UI Reglas dictadas por el campo de la investigación	Marginal	Subordinación	Hay que enseñar a los viejos para que adopten el envejecimiento activo Resistencia a usar bata blanca	Enseñar a los viejos a ser promotores	Tristeza Depresión Voz baja Miedo
Enfermera	Lic. en Enfermería Conocimientos del campo de la enfermería y de la gerontología. Capacidades de servicio	Pertenencia al campo "IES". Pertenencia al campo de la "UI". Pertenencia al campo de la enfermería	Reglas dictadas por el jefe de la UI. Reglas dictadas por el campo de la investigación	Marginal	Subordinación	Hay que ayudar a los viejos	Enseñar a los viejos prácticas de enfermería	Sumisión Subestimación
Odontóloga	Lic. en Odontología Conocimientos del campo de la odontología	Pertenencia al campo "IES". Pertenencia al campo de la "UI". Pertenencia al campo de la enfermería	Reglas dictadas por el jefe de la UI Reglas dictadas por el campo de la investigación	Marginal	Subordinación	Hay que atender a los viejos	Atenderle los dientes a los viejos	Displicencia Superioridad
UI	Capital cultural	Capital social	Juego de	Posición	Disposición	Toma de	Práctica	Inscripción en el

			capital			posición	significativa	cuerpo	
QFB	Maestra en Epidemiología clínica Conocimientos del campo de la QFB	Pertenencia al campo "IES". Pertenencia al campo de la "UI" Pertenencia al campo de la investigación clínica	Reglas dictadas por el jefe de la UI Reglas dictadas por el campo de la investigación	Muy marginal (por ella misma)		Autoridad	Hay que sacarle sangre a los viejos	Sacarle sangre a los viejos	Displicencia Molestia Sentido de pérdida de tiempo
QFB	Maestra en Ciencias Conocimientos del campo de la QFB	Pertenencia al campo "IES" Pertenencia al campo de la "UI"	Reglas dictadas por el jefe de la UI Reglas dictadas por el campo de la investigación	Muy marginal (por ella misma)		Autoridad	Hay que sacarle sangre a los viejos	Sacarle sangre a los viejos	Indiferencia
Pasantes	Título de pasantes Conocimientos de su área (enfermería, psicología, medicina, relaciones internacionales)	Pertenencia al campo de los servicios sociales de la UI	Reglas dictadas por el jefe de la UI Reglas dictadas por el campo de la investigación	Muy marginal dentro de la UI		Obediencia (hay que cumplir el servicio)	Hay que ayudar a los viejos Hay que formarlos como promotores	Cumplimiento de tareas	Alegría Desconfianza.

Fuente: Elaboración propia

Como puede observarse en la tabla anterior, el volumen de capital cultural y social coloca a los agentes en diferentes posiciones. Específicamente, el médico se sitúa en la posición central y los demás agentes en una marginal, debido, además del poder que tradicionalmente detenta la medicina y los médicos, por la razón de que el médico es el responsable oficial principal del proyecto, es quien define y controla los contenidos gerontológicos que caracterizan al programa, quien supervisa y controla el funcionamiento de la UI, hace las gestiones de recursos y quien está más cerca de las instancias normativas y de decisión en la IES. La toma de posición es diversa, dependiendo también de los capitales y de los significados que se tienen de: investigación, de vejez, de salud, de promoción de la salud y de los viejos.

La idea de la UI con respecto al desarrollo de este proyecto fue lograr la participación de los viejos en el manejo de su salud y fomentar su participación en el ámbito comunitario enmarcado en el envejecimiento activo, entendido este último como una estrategia para lograr el empoderamiento en los viejos. Esto es, estábamos convencidos de que al proporcionarles información e introducirlos a prácticas para la promoción de la salud y para el desarrollo integral gerontológico a través de actividades participativas, promoveríamos su participación en su comunidad.

Sin embargo los viejos también contaban con una dotación de capitales muy importante que, en cierta medida, impidió que la UI se posicionara siempre y totalmente en el centro. Es decir, en la medida en que nosotros desconocíamos sus capitales y *habitus*, y, sobre todo, que desconocíamos que desconocíamos esta característica de los promotores, nos identificábamos en una posición de centralidad del campo con los beneficios que ello implicaba para poder llevar a cabo las acciones que habíamos prediseñado en ausencia de los promotores. En la tabla 7.4 se presentan a los agentes de la unidad embebida “viejos”.

TABLA 7.4. CAPITALES PROMOTORES AL INICIO DEL PROGRAMA

	Capital cultural	Capital social	Juego de capital	Posición	Disposición	Toma de posición	Práctica significativa	Inscripción en el cuerpo
Promotora 1	Conocimiento del campo de profesores Capacidades de liderazgo Capacidades para enseñar Capacidades para ayudar	Pertenencia al campo de los jubilados de maestros. Administradora de la Casa de Jubilados y Pensionados del ISSSTE. Pertenencia al campo de la comunidad de Actopan	Reglas dictadas por UI y el programa	Marginal	Tengo la fortuna de contar con los médicos que son mi apoyo Obediencia	Los viejos no tenemos mucho que hacer	Hay que ayudar a los que más lo necesitan	Depresión Dolor de espalda Dolor de riñones Síntomas de gastritis
Promotora 2	Conocimiento farmacéuticos	Pertenencia al campo de la comunidad de Ixmiquilpan Pertenencia al campo de los comerciantes de Ixmiquilpan	Reglas dictadas por UI y el programa	Marginal	Cuando se envejece ya no se pueden hacer muchas cosas Obediencia	Ya no hay más que hacer cuando se es viejo Ya no aprendo, se me dificultan mucho las cosas Los viejos no quieren cambiar	Tengo que cuidar a mis nietos, no me da tiempo para más	Depresión Dolor de cabeza Expresión de aburrimiento Expresión de agotamiento
Promotora 3	Conocimientos desde el campo de las mujeres Capacidades para leer y escribir Capacidad para el cuidado de los demás	Pertenencia al campo de la comunidad del Arenal	Reglas dictadas por UI y el programa	Muy marginal	Tengo que cuidar a mi mamá y a mi esposo Obediencia	Como mujer siempre me he dedicado a cuidar a los demás Yo no fui a la escuela y me cuesta mucho trabajo aprender Me duele que los viejos no quieran cambiar	Tengo que cuidar a mi mamá porque está muy enferma	Depresión Dolor de cabeza Expresión de ansiedad Desamparo
Promotora 4	Conocimientos desde el campo de los hombres Capacidades para leer y escribir Capacidad para cuidado de otros	Pertenencia al campo de los comerciantes de Ixmiquilpan	Reglas dictadas por UI y el programa	Muy marginal para UI	Ayudar al prójimo es muy importante Obediencia	Hay que ayudar a los demás por eso yo he querido ser promotor	Visito a los enfermos Hay que conseguirles apoyos	Callado Sigiloso

TABLA 7.4. CAPITALES PROMOTORES AL INICIO DEL PROGRAMA (Continúa)

	Capital cultural	Capital social	Juego de capital	Posición	Disposición	Toma de posición	Práctica significativa	Inscripción en el cuerpo
Promotor 5	Conocimiento del campo de profesores Capacidades de liderazgo Capacidades para enseñar Capacidades para ayudar	Pertenencia al campo de los jubilados de maestros, al campo de los políticos del Estado de Hidalgo y al campo de los terratenientes de Actopan	Reglas dictadas por UI y el programa	Central en el campo de los pensionados y jubilados y en el campo de UI	Los médicos nos traen eso tan maravillo que es la gerontología Obediencia	Hay que ayudar a los viejos porque son viejos	Apoyo a las personas necesitadas	Efectos adversos por la toma de medicamentos
Promotora 6	Conocimiento del campo del Tai-Chi Capacidades de liderazgo Capacidades para ayudar Capacidades del campo de la mujer	Pertenencia al campo de los jubilados de maestros. Parentesco con políticos del Estado de Hidalgo y al campo de la comunidad de Actopan	Reglas dictadas por UI y el programa	Marginal en el programa Central en el grupo de Tai chi	Los viejos estamos para ayudarnos, Los viejos estamos enfermos	Los viejos ya no cambiamos Los viejos estamos enfermos Los viejos ya no aprendemos	Practicar tai chi Ayudar a las personas por amor	Malestares frecuentes
Promotor 7	Conocimientos del campo de la enfermería Capacidades para ayudar y cuidar	Pertenencia al campo de los jubilados del IMSS Pertenencia al grupo de Tai-chi	Reglas dictadas por UI y el programa	Marginal en el programa	Los viejos terminamos enfermos Los viejos somos débiles Tengo miedo a la vejez	Los viejos ya no cambiamos Los viejos estamos enfermos Los viejos ya no aprendemos	Actividad de cuidadora Realizar ejercicio	Tristeza Abandono Sobrepeso
Promotora 8	Conocimientos del campo de la mujer Capacidades para las relaciones públicas	Pertenencia a un círculo social de Pachuca	Reglas dictadas por UI y el programa	Marginal en el programa	Hay que prepararse para vejez	A los viejos hay que ayudarles. Los viejos están muy necesitados	Frecuentar las redes sociales	Secuelas de parálisis facial
Promotora 9	Conocimientos de los idiomas Capacidad para relaciones sociales	Pertenencia a un círculo social de Pachuca	Reglas dictadas por UI y el programa	Marginal en el programa	La vejez es buena	Los viejos tenemos cosas que hacer	Realiza Tai-chi Practica idiomas	Delgada Erguida

Fuente: Elaboración propia

En la tabla anterior, se observa el volumen de capital cultural y social con el que cuentan los agentes, es un volumen que les permite jugar en el campo UI. La gran mayoría tiene una posición marginal en el campo UI, debido al poder que ésta tiene sobre ellos al pertenecer al campo de la IES. Respecto a la toma de posición, los agentes se centran en la incapacidad, en la enfermedad y en la necesidad de ayuda. Las inscripciones en los cuerpos muestran cuerpos atrapados en el dolor, la tristeza y el malestar físico y subjetivo.

7.2. Las primeras revelaciones

Al paso del tiempo, el capital de los promotores se reveló y nos mostró que el desconocer ese capital nos ubicaba en un lugar menos central en el campo. El capital de los viejos (desconocido por la UI inicialmente) no solamente se reveló como un capital acumulado con anterioridad, sino que fue aumentado por la acción del programa. Este nuevo capital fue utilizado por los viejos en sus propios campos, logrando con él un reposicionamiento menos marginal, sobre todo en relación con el campo de los otros viejos.

En consecuencia, evidenciamos un proceso de capitalización-descapitalización entre los agentes. La unidad embebida UI se capitalizó fundamentalmente a partir del conocimiento de las tradiciones, costumbres y los saberes que los viejos del Valle del Mezquital poseían:

....la muestra gastronómica de Santiago de Anaya, en la cual se otorgan premios a las comidas más exóticas; los días de plaza en Ixmiquilpan (plaza inmensa que cada semana ocupa una buena parte del centro de este municipio con una gran afluencia de vendedores de verduras frescas, leguminosas, frutas, carnes, ropa, zapatos entre muchas otras cosas). También conocimos los festejos del día de muertos que se realizan en Actopan, así como su tradicional barbacoa, las gorditas de escamoles y los chinicuiles, así como las artesanías de las diferentes regiones del Valle del Mezquital, los trajes típicos, algunas danzas y el idioma ñañú que aún se habla en algunos municipios (Entrv Inf1, Inf5. Videos, Visitas a fiestas, Observaciones).

Otra área de capitalización fue el conocimiento referido al papel que los viejos han tenido en la zona en otros momentos históricos:

Quiero comentarle que el respeto que se les tenía a nuestros padres y abuelos era muy grande. Cuando llegábamos a un lugar en donde estuvieran presentes nuestros abuelos, bisabuelos, tíos o papás, les teníamos que saludar con un beso en la mano y si alguien de nosotros usaba sombrero, en ese momento se lo quitaba para saludar a las personas. Aunque no se conociera a los mayores, todos los teníamos que saludar. Cuando los mayores conversaban se nos decía: “Esta es plática de adultos, de personas grandes, los niños váyanse a jugar, ustedes no tienen porqué estar aquí”. Mire usted, las personas adultas (de las dos condiciones... este sociales, es decir, ricos y pobres), eran muy distinguidas, siempre se sentaban en la cabecera de la mesa. Todo el que llegaba (aunque no fuera conocido) besaba sus manos. A los hombres se les llamaba “tata” y a las mujeres “nana”: “Voy a saludar a nana María, a tata José” (según fuera el nombre) y si era el patrón o patrona decían: “vamos a saludar al patrón o a la patrona” (EntrevInf5).

También impactó en el conocimiento de tradiciones y ceremonias como la siguiente:

La ceremonia que vamos a hacer es precisamente la que en el Valle se realizaba antes en todos lugares, en la montaña más alta, para pedirle al dios del universo que nos mande lluvia. A la parcela, porque van a sembrar la semilla. Pues también es pedirle a la madre tierra para cultivarla y en donde van a estrenar una nueva vivienda con mucha razón. Es un lugar nuevo, sagrado, también se le agradece al dios del universo que nos ha dado un techo y es precisamente, creo que ustedes van a estrenar un local, una casa, es la ceremonia que vamos a hacer. ...En el grupo tenemos el cuadro completo desde el provecho que se saca del maguey. Hablamos del maguey las maravillas del maguey. Narramos cada participación. Aquí tenemos muchas cosas de hablar de cómo se planta el maguey, de cómo se prepara la tierra, raspar, sacar el ixtle, hacer las artesanías, el hilado, el tejido, todo el proceso del maguey. Eso tratamos desde el principio y al final hacemos una simulación de una asamblea para hablar un poco de la “presta fuerza” que se dio mucho en el valle del Mezquital –ayuda mutua del trabajo- antes no se pagaba por el trabajo, había la “presta fuerza”, ayúdame un día y yo mañana te ayudo. Entonces hablamos un poco de los trabajos comunitarios, de las faenas, de todo el trabajo comunitario que se tiene en los pueblos. Entonces de todo eso hablamos en nuestro cuadro que presentamos. Luego cantamos, al final le combinamos un poquito con la danza (Viedo25feb).

Asimismo, en lo referente a la idea de que a los viejos hay que enseñarles a ser activos, la UI experimentó un importante proceso de descapitalización-capitalización en el momento en que aprendimos que muchos de ellos tienen un importante papel en su comunidad debido a su posición dentro de ciertos grupos, a sus antecedentes laborales, así como a su capital material:

En el Centro de Atención a Pensionados Jubilados y Adultos Mayores llegó la oportunidad, y alguien me propuso, yo no supe quién fue, que yo fuera la administradora y luego la votación se inclinó hacia mí, aun sin conocerme y empecé a trabajar aquí y me gustó, y me gustó el trabajo que se hacía porque lo hacíamos varias personas. Yo no digo que un trabajo lo haga una persona aquí, siempre en un trabajo intervienen un grupo. Ustedes conocieron aquel primer equipo que estuvo y, y éramos ese equipo en el que esta casa podía llegar cualquier gente y podía comer gratis y yo no sé de dónde salía, pero siempre había comida para, para toda la gente y había apoyo y había consuelo también de parte de nosotros. Porque llegaba alguien llorando y nos, nos platicaba lo que le pasaba y a veces hasta llorábamos juntos pero al final todo era tranquilidad (EntrevInf1).

Con respecto a la capitalización-descapitalización de la unidad embebida “viejos”, encontramos que el capital de los viejos (desconocido inicialmente por la UI) no solamente se reveló como capital acumulado anteriormente, sino aumentado por la acción del programa. Este nuevo capital está siendo utilizado por los viejos en sus propios campos, logrando un reposicionamiento menos marginal, sobre todo en relación con el campo de los otros viejos. Lo anterior queda ejemplificado con las siguientes piezas de información.

*...San Jerónimo es el nombre de la comunidad que elegimos para llevar a cabo nuestras actividades, al concluir el taller de gerontología comunitaria en la Ciudad de Ixmiquilpan. **Fuimos capacitadas** por personal de la UI, actividad que concluyó en septiembre de 2004. Dicha capacitación fue conducida por el coordinador de UI. Nuestro equipo quedó integrado por la Sra. Gloria, Martha, Florentina, Juana y yo (EntrevInf1).*

La experiencia que vivo en la comunidad me llena de gran satisfacción porque la gente acude a mí pidiéndome un consejo: ¿Oye, cómo curar a un enfermo? Yo les digo, “oye, yo no soy un médico titulado”. Siempre les digo el consejo que yo les doy es que el adulto mayor necesita atención, que realice ejercicio, la alimentación es fundamental y en caso de que exista una enfermedad que requiera de medicamento o de un traslado a un hospital podemos gestionar ese apoyo en el centro de salud, la iglesia, el DIF las personas de ahí nos han apoyado mucho (Video325febInf3).

Es muy importante la actividad del promotor como coordinador de núcleos gerontológicos pues ahí es donde los adultos mayores aprenden y toman conciencia de cómo funciona nuestro cuerpo y cuáles son las acciones específicas a seguir que lo hagan adecuadamente. Es muy difícil hacer el cambio puesto que eso amerita una gran fuerza de voluntad para dejar atrás malos hábitos de alimentación, dejar vicios como fumar o beber alcohol en exceso. Algunos nunca han hecho ejercicio en su vida como yo, incluir eso en nuestra vida cotidiana y mantenerlo ahí cuesta mucho trabajo (Video325febInf6).

Por otro lado, se ha hecho evidente que los promotores se reincorporan a sus lugares de origen, llegan al lugar haciendo uso del capital cultural que la institución UI les ha aportado como “promotores”, lo que les permite posicionarse en un lugar privilegiado y, por lo tanto, influir en las prácticas de otros. Sin embargo, es importante señalar que en muchos casos los promotores “importan” tal cual el orden y los significados de la UI y encuentran en esto un valor que funge probablemente como una cadena de transmisión del poder (contenidos de significado) entre la agencia externa a la zona (FES-Z) y la comunidad en la que trabajan los promotores. ¿Qué tanto es esta investidura y no los contenidos mismos del programa lo que los re-posiciona en su campo? El programa inculca en otros viejos, a través de los promotores, contenidos de significado que impactarán sus *habitus*, lo cual se puede evidenciar con las siguientes piezas de información:

*...San Jerónimo es el nombre de la comunidad que elegimos para llevar a cabo nuestras actividades, al concluir el taller de gerontología comunitaria en la Ciudad de Ixmiquilpan. **Fuimos capacitadas** por personal de la UI, actividad que concluyó en septiembre de 2004. Dicha capacitación fue conducida por el coordinador de UI. Nuestro equipo quedó integrado por la Sra. Gloria, Martha, Florentina, Juana y Yo (EntrevInf1).*

*...El desarrollo de nuestro trabajo inició el 7 de enero de 2005. Poco a poco el grupo fue creciendo y pasó de 18 personas las primeras semanas a 63 (32 mujeres y 31 hombres)...**Como el texto de gerontología lo indica dimos a conocer nuestras funciones, establecimos nuestras reglas y normas para el desempeño del trabajo, aclaramos que nuestra labor no tenía representación política o religiosa, sólo enfatizamos la formación que la IES nos dio como gerontólogas comunitarias...no somos médicos, tampoco somos enfermeras, sin embargo estamos perfectamente capacitadas para la labor que realizamos** (Video125feblnf1).*

Sin embargo, como ya se mencionó, los campos no son independientes entre sí, siempre están articulados, de ahí que los promotores perciben a su propio campo desde su *habitus* construido en su campo de origen. Identifican algunas necesidades de los viejos de las comunidades en donde trabajan y, utilizando su reposicionamiento tanto en el campo de la UI como en el de su campo de origen, gestionan proyectos productivos, lentes, bastones, aparatos auditivos, ropa para cubrirse del frío extremo: situaciones y objetos que hasta antes de que los

promotores iniciaran su trabajo los viejos no habían demandado. Observamos en esta práctica significativa que efectivamente, algunos de los promotores miraron, pensaron, valoraron y actuaron en función de necesidades objetivas de los viejos, necesidades que se pueden relacionar directamente con la idea de 'salud' tomada del campo UI, sin embargo, todas estas gestiones están encaminadas a mejorar la dimensión material de los viejos pero no a capitalizarlos y con ellos reposicionarlos en su campo. Lo anterior se pueden observar en el siguiente dato.

Se han gestionado consultas gratuitas. Se han hecho estudios de detección de cáncer y se han otorgado una silla de ruedas y unas muletas. Se ha logrado beneficios para adultos mayores la entrega de credenciales de INAPAM, descuentos de pasajes foráneos; credenciales para entrar a los balnearios de la región para entrar en forma gratuita. Se gestionó un descuento del 50% para estudios cuando el adulto mayor lo requiera (Video225febINF2).

El Club de Leones nos da periódicamente las sandalias, las toallas, este, el estropajo, el jabón neutro (EntlNF129mayo).

Le compramos un terrenito a una personita que está por acá y tal vez alguien decía que vanagloria, hicieron un cuartito de adobes y sin ventana, ni nada. Pero fíjense que para nosotros es muy satisfactorio haber podido comprar un terrenito. Haber podido construir un cuartito para una persona que no tenía nada para nosotros es muy satisfactorio decir, en San Jerónimo hicimos algo, en bien de una persona, una sola persona, no importa si es u una sola persona (Video7Nov1107Inf 1).

Entre las manifestaciones del impacto de las prácticas significantes de la UI sobre la de los promotores, encontramos la respuesta a la pregunta, 'A partir de que usted es promotora, ¿qué ha pasado?' (Guía de entrev).

...Pues mire han pasado tantas cosas que uno se emociona. El primero, haberlos tenido a ustedes aquí y haber logrado un cambio en mi vida, en mi persona, el ya no depender ni del esposo, ni de los hijos para ir al doctor. ... el sentirme libre, el sentir que yo puedo hacer muchas cosas y sobre todo si las hago para mí, pues mucho mejor, el estar consciente de que mi salud es mi responsabilidad, solamente mía, ... ahora soy de las personas que no necesito que me lleven al médico, yo voy sola; no necesito que llegue mi esposo para inyectarme, yo busco quien lo haga y eso es importante es un cambio muy, muy importante y creo que haberlo experimentado... después haber formado a un grupo gerontológico en un lugar precioso.... el hecho también de haber hecho que algunas personas cambiaran su actitud ante la vida (EntrvInf1).

La calidad de vida que llevamos, la hemos recibido con mucho gusto y yo he tenido en mente todo lo que ustedes nos enseñaron yo fui y sigo siendo un enamorado eterno de todo eso de Gerontología, fabuloso (Inf8).

¡Uy! Pues que cambió mi vida en, en lo personal me informé cuando yo tenía la enfermedad, la diabetes, como es una enfermedad crónica degenerativa, pues sí me, como que me afectó pero al conocer la Gerontología me di cuenta, y, y que es algo que hasta se contradice no, eso de que es uno enfermo sano, eso me lo dijo el doctor (MM) y eso me dio mucho gusto, saber que dentro de mi enfermedad yo podía controlar y que era yo, yo la única que lo podía hacer, aquí no entran los familiares ni entra nadie más que yo y en ese aspecto la Gerontología me ha abierto muchas cosas, me ha hecho ver que de aquí adelante todo se puede, que ya lo pasado, pasado que de aquí en adelante es cuando uno debe tener esos cambios (Inf9).

Bueno pues yo este, cambié hábitos, (MM) cambié horarios (SI), y pues me siento, me siento bien, estoy, estamos trabajando en esto y pues yo me siento a gusto (Inf6).

Se me quedaron tres cosas muy importantes que para tener una buena calidad de vida, hay que tener una buena alimentación, el ejercicio y el sueño (MM) entonces, pues se me hace como una regla matemática (Inf7).

...a mí en lo personal me ha dejado sobre todo una satisfacción muy grande en aplicarlo a mí misma, en mejorar mis hábitos alimenticios, hábitos de ejercicio, ya no me siento a gusto si no hago mi ejercicio, si no puedo ir a mi hora de ejercicio pues lo hago en casa (Inf8).

Bueno pues yo este, cambié hábitos, (MM) cambié horarios (SI), y pues me siento, me siento bien, estoy, estamos trabajando en esto y pues yo me siento a gusto (Inf6).

Se me quedaron tres cosas muy importantes que para tener una buena calidad de vida, hay que tener una buena alimentación, el ejercicio y el sueño (MM) entonces, pues se me hace como una regla matemática (Inf7).

Como se puede observar, hay un reconocimiento de la jerarquía y de la influencia positiva que el capital cultural amasado en su relación con el campo UI ha tenido en las prácticas relacionadas con su autonomía objetiva, en su calidad de vida, en la forma de percibir la salud y en el cambio de hábitos. Estos elementos se encuentran presentes sobre todo en aquellos promotores que tiene un volumen de capital cultural y social más abundante. Para aquellos que no cuentan con un volumen de capital cultural y social abundante, el capital que les fue proporcionado por el programa no tiene tanto impacto, ya que para estos casos, lo más importante es resolver sus necesidades básicas.

Bueno, en lo que he este, he notado este, he tenido un poco de problemas sobre pues e- en mi vida económicamente, si porque este, ahorita no está para saber, pero este, yo me vine este, nada más con el puro pasaje (Inf4).

Es también sentir de los compañeros que somos personas jubiladas o pensionadas que recibimos una exigua pensión o jubilación. Por ejemplo si en un momento alguien

dice, que quiere trabajar en cualquier comunidad más lejana, nuestras percepciones no nos alcanzan, por eso es necesario que se nos apoye a personas como nosotros (VideoNov1504Frase1).

Como puede observarse, para Don Fernando y para otros promotores lo más importante es resolver sus problemas económicos y el compromiso de ayudar a otros es lo que lo guía para ser promotor, el programa no es el motor.

Bueno pues mi deseo e, era de apoyar a alguien porque, porque sí no se qué este me pasó, pero y llegó el momento en que pues pensé en apoyar a otras personas, es que en mi generación. Pues porque me da gusto de ver este, una persona cuando e, por ejemplo, yo la visito y se ponen contentas, entonces hasta dejan de pensar de lo que están padeciendo, porque este, ya empiezo a platicar con ellos y cómo han estado, y cómo se han sentido, y cómo los han tratado y pues hay unos que sí verdaderamente este, la plática que sacan es triste porque e, se van a trabajar sus familiares y lo dejan solos (EntrevInf4).

Lo anterior manifiesta el espíritu de servicio, se refleja una percepción de logro por estar ayudando a los demás, aunque el curso no le ha dicho mucho. Se hace evidente la importancia que tiene para el promotor el acompañamiento, el apoyo solidario cuando la gente necesita ayuda, se observa el espíritu de solidaridad. Para el promotor lo más importante es acompañar a las personas, asistirlos. Tal vez el programa influyó en hacer más fuerte el sentido de ayuda, solidaridad y acompañamiento, aunque poco hace uso de la información recibida.

El proceso de capitalización también se manifestó en la importancia de tener un proyecto de participación con la comunidad y observar los cambios que se van presentando en los viejos. Lo que se ejemplifica con la siguiente pieza informativa de Doña Mati:

... la gente ha dejado su timidez, las mujeres pueden hablar ahora abiertamente, cosa que no se hacía, pueden hablar abiertamente de cualquier tema incluyendo el, el tema sexual como, como sienten ahora ellas el sexo, cada quien lo platica a su manera y a veces de manera muy picaresca...es bien importante que a mí me digan pues ahora paso por la cubetita de masa de fulanita que está enferma y yo la llevo al molino, el que ya se apoyen unos a otros, el que el delegado municipal nos apoye en todo...le sugerimos que sus animales los vendiera en pie, le dicen ellos, y los vendiera a alguna persona que tuviera carnicería que, que lo mataran en rastro, que fuera una

cosa más higiénica y parece mentira, pero así lo hizo, cría sus puerquitos y este, y los comercializa de otra manera...otro, otro cambio ha sido el no tener miedo a salir el miedo a salir y salir solos... las mujeres que no les de pena irse a hacer el Papanicolau, los hombres hasta ahorita no logramos 8 que se hagan estudios de próstata (Entrv14mayInf1).

Estos cambios también son observados por otros actores de la comunidad, como el delegado municipal quien comenta:

Ahora los viejos se ven contentos, se reúnen, los veo que se ríen, se divierten. (EntrevDelMunc).

Por otro lado, en la construcción de los datos también podemos observar cómo un tipo de capital se torna en otro: el capital social que representa la relación de los promotores con la UI, lo juegan en su relación con otros actores y con otras instituciones (delegado municipal, funcionarios y personal de la Secretaría de Desarrollo Social, médicos, empresas privadas –ópticas Devlyn- con organizaciones civiles –pensionados y jubilados, Club de Leones, Club de rotarios- en su autoridad que les da el ser promotores, para opinar sobre cosas que no tienen que ver con lo aprendido en la UI. Aquí surge la pregunta ¿Cuál era la posición de algunos de los promotores como Doña Mati, Don Gerbasio, Doña Paty, Doña Amalia en su campo original, antes de incorporarse al programa? ¿Con qué capital ya contaban? ¿Jugaron y cómo jugaron ese capital en la UI? ¿Qué capital obtenido en su relación con la UI es más valioso para el posicionamiento de los promotores en su campo de pertenencia, el cultural o el social?

Asimismo, en la construcción de los datos pudimos observar cómo el capital social con el que contaban algunos de los promotores se reconvirtió en capital material para beneficio de los viejos.

El saber que somos capaces de, de sin ninguna pena irnos a, a buscar nuestras redes de apoyo que creo que lo que ha mantenido unido al grupo, ha sido eso, el poder llevarles lo que la gente necesita en primer lugar (Video225febInf1).

El Club de Leones nos da periódicamente las sandalias, las toallas, este, el estropajo, el jabón neutro (Entr29mayInf1).

... cada uno tuvo un cepillo y pasta de dientes para su aseo dental (Inf.5).

El Lic. Chávez nos cumplió y nos llevó material para las actividades de cestería una gratitud para él (Entr29mayInf1).

El hecho de que nos abriera las puertas Gobierno, no porque nos dé mucho, pero valoramos lo que nos da, porque cuando nos dio bastones no nos dio tres, cuatro bastones nos dio como catorce bastones, para la mayoría de ellos (INf1).

Lo anterior muestra que se perciben empoderadas y reconocen las necesidades materiales que tienen los viejos. Es muy importante para las promotoras resolver las carencias materiales. Para cada acción del programa, las promotoras buscan apoyos materiales, haciendo uso de las redes sociales y hay conciencia creciente de capacidad de gestión y sentimiento de logro, aunados a una valoración del apoyo gestado a nivel institucional. Incluso, las promotoras entienden las necesidades de los viejos en todos los aspectos, por eso están buscando que ellos puedan tener un ingreso económico y aumentar su capital económico, que en todos los casos es muy precario. En los datos se encontró que esto se repite con aquellos promotores que de inicio contaban con una buena cantidad de capital cultural y social, en tanto que los que carecían de ellos, no lograban esta reconversión de capital.

7.3. Proceso pedagógico

En este apartado presentaré los datos elaborados a partir de analizar el proceso pedagógico con el fin de visualizar el efecto del proceso pedagógico desarrollado.

7.3.1. Procesos al interior de cada unidad embebida (Unidad UI-Unidad- viejos)

Toda acción pedagógica favorece los intereses de las clases dominantes, en este caso a los de la UI. Dicha acción es un mecanismo de dominación y violencia simbólica logrado a través de la imposición de un arbitrario cultural, el programa que favorece a los intereses de la UI (cumplir con la comunidad científica, con los objetivos de los proyectos, con los programas institucionales – becas, estímulos, publicaciones, entre otros-). El PFDIG como proceso pedagógico, tiene la tarea de inculcar un arbitrario cultural (Envejecimiento Activo-gerontología) definido por los grupos dominantes de la sociedad (Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, Organización de las Naciones Unidas, Unidad de Investigación) y que opera a través de la también arbitraria autoridad pedagógica, que funciona mediante la acción educativa y la violencia simbólica.

Ninguna acción pedagógica parte de la nada, se ejerce sobre sujetos que antes ya fueron expuestos a otras acciones pedagógicas y que los dotaron de cierto capital cultural. No obstante, para que pueda ejercerse la acción pedagógica se necesita que la autoridad que la imparte sea reconocida como tal por aquellos que la sufren. En este caso la autoridad de la IES es reconocida por la unidad embebida “viejos” y la autoridad de quien dirige la UI (médico), es ampliamente reconocida por todos, sean miembros de la unidad embebida UI como de la denominada “viejos”. La IES es, por lo tanto, la institución investida de la función social de enseñar y por esto mismo, de definir lo que es legítimo aprender. La IES a través de la UI decide los contenidos a aprender, es decir las arbitrariedades que se tendrán que inculcar mediante el proceso pedagógico: envejecimiento activo, gerontología, autocuidado, ayuda mutua, autogestión, alimentación, ejercicio físico, higiene del sueño, autoestima, etc. La UI hace propia la cultura del Envejecimiento Activo propuesta por las instituciones y por la clase dominante, y la presenta como la

“nueva cultura del envejecimiento”, la cual no se discute, sino se impone, al mismo tiempo que desconoce los significados y conocimientos de los otros grupos sociales “viejos”. De esta manera la UI legitima esta arbitrariedad cultural a través de la violencia simbólica, imponiendo significaciones y prácticas que se reconocen como “legítimas” (ser promotores, replicar el programa, formar grupos gerontológicos, hacer ejercicio, realizar gestiones, tomar la presión arterial, etc.).

Una de las cuestiones que se presentan como clave y a partir de las cuales se estructura lo que sucede en estos cursos del PFDIG (cuestión que se pudo comprobar en los cursos en los que se hizo observación participante así como en los testimonios de los entrevistados, del análisis de videos y de otros documentos que confirman esta observación) es la referida a la fuerte autoridad pedagógica de la UI sobre los viejos. Esta autoridad condicionó el desarrollo de estos cursos y se fundamenta en los siguientes factores: por un lado la fuerte dotación de capital escolar y simbólico de los miembros de la UI que los coloca en una posición superior; el liderazgo del médico, quien con su bata blanca impuso siempre una autoridad reconocida y legitimada, no sólo por los viejos, sino también por los miembros de la UI y por las instituciones vinculadas con las personas viejas.

Hubo varios factores que reforzaron la influencia de la fuerte autoridad pedagógica de la UI sobre la unidad embebida viejos: consolidación de los tres cursos en cuanto al reclutamiento de los grupos, número de egresados de los mismos, número de asistentes a los cursos, la asistencia con regularidad, cumplimiento de tareas, la asistencia al “Primer encuentro de promotores”, la repetición de los cursos en otros escenarios, y la formación de núcleos gerontológicos. Pero, quizás por encima de todo eso, la ilusión de los viejos de que al finalizar el curso ‘ahora sí serían universitarios’, ilusión que el programa no se ocupó de desmentir.

Siguiendo con las cuestiones que fundamentan la autoridad pedagógica, cabe resaltar las metodologías de enseñanza utilizadas (participativas) las cuales se adaptaron muy bien a las necesidades y estrategias de unos y otros actores, ya que para muchos de los alumnos que integraron estos cursos, los contenidos prácticos fueron mucho más relevantes (tomar la presión arterial, medir la glucosa, tomar la temperatura, cuidado de los pies, etc.) que los de carácter teórico.

Aplicamos los instrumentos de evaluación que nos ayudaron a conocer su estado de salud física, pero también su estado anímico y su entorno familiar (Inf1).

En este sentido, los docentes en los cursos del programa fueron dinamizadores de los propios recursos de aprendizaje de los miembros de la unidad embebida “viejos”. Más allá de los contenidos, que fueron muchos, en estos cursos se aprendieron una serie de prácticas que tienen que ver con el cuidado de la salud (tomar la presión, aplicar la evaluación gerontológica integral, entre otras), con el uso de las redes de apoyo social, con la capacidad de gestión, con aprender a hablar frente a otros.

Es muy interesante destacar que en este proceso pedagógico la representación de los alumnos que fomentaron los docentes de la UI correspondería con el estatus de “promotor” al que los alumnos accederían al término del curso. Es decir, ahora los viejos se convirtieron en “promotores para el desarrollo integral gerontológico”, lo que los posicionó como parte del cuerpo de profesionales de la gerontología. Este “título” avaló conocimientos y prácticas que posicionaron al viejo en otro lugar, dentro del campo de los viejos. De hecho el programa planteó que los egresados del programa deberían “encargarse de formar y de atender a los otros viejos, a los más débiles”, de forma que los miembros de la UI, difundieron la ilusión entre los viejos, de que la pertenencia al programa implicó el haber entrado en el campo de los gerontólogos. Esta *Illusio* fue alimentada continuamente en el desarrollo de estos cursos, en la forma en la que el docente

se dirigía a los viejos, así como con la entrega de su constancia y de su credencial que los identificaba como “promotores para el desarrollo integral gerontológico”.

Un propósito y el más importante para nosotras gerontólogas es mantener el entusiasmo y el deseo de seguir apoyando a esta comunidad (EntrevInf1).

Portar una credencial de promotor es muy importante y tiene mucho compromiso (Entrevgrupallnf8).

Entonces ¿qué tipo de disposiciones adquirieron estos agentes en los cursos en los que se forman como promotores para el desarrollo integral de los viejos? Entre las disposiciones que se cultivaron en los viejos fueron: permanecer activos en la etapa de la vejez, dejar de verse como enfermos, frágiles, incapacitados. Los miembros de la UI proponían y difundían que si bien la vejez es compleja hay que “mantenerse activos, hacer ejercicio, practicar el autocuidado, la ayuda mutua, la autogestión y hacer uso de las redes de apoyo social”. Ser positivos, ser constantes y formarse continuamente, fueron algunas de las propuestas del programa y que formaron parte de la constitución del “*habitus* promotor”. Para los viejos, el fin último del programa fue constituirse en un espacio para producir capital social:

No tengo palabras, pero a la gerontología le debo mucho, me ha dejado una marca en la vida, de saber que todo lo que hago, cuidaré siempre de lo que pasa en mi interior para poner en práctica (Inf4video).

Los adultos mayores tenemos todavía mucho que hacer, este curso nos ha abierto la oportunidad de dar a otros estos conocimientos (Inf8).

Al inicio de cada sesión hacemos una rutina de ejercicio, lo cual es muy importante para un envejecimiento activo (Inf1video1).

Se han realizado acciones de ayuda mutua como trasladar a compañeros a hospitales, acciones que contribuyen al cuidado de la salud de los compañeros (Inf4).

Mi desempeño como promotora gerontológica ha consistido en llevar a cabo una serie de pláticas enfocadas a la salud que permitan realizar en los beneficiarios acciones de autocuidado (Inf4).

La primera pregunta que formulé fue ¿por qué las personas hicieron el curso? Al construir los datos densos, encontré que los promotores ingresaron al curso porque la IES representa una autoridad; porque en el campo de la vejez las

personas viejas quieren ayudar a otros viejos; porque las personas que están en proceso de envejecimiento quieren sentirse útiles; porque el tener un “título” los hace sentirse bien y el tomar un curso a esta edad les brindaría mayores oportunidades. Lo anterior queda ejemplificado con las siguientes piezas de información resultado de la pregunta ¿por qué usted es promotor?

Una responsabilidad, una responsabilidad porque sí, yo decía, bueno ya tengo el, la constancia que soy promotora, no la voy a colgar hasta que de veras yo vea que actúo como promotora (Inf4).

Los adultos mayores tenemos todavía mucho que hacer, este curso nos ha abierto la oportunidad de dar a otros estos conocimientos (Inf5).

Pues si es una responsabilidad y es compromiso cuando salimos del curso de allá de, que ustedes nos impartieron, que dijeron y ahora tienen que trabajar, usted ya tomó un curso y ahora vamos a trabajar y teníamos que hacerlo porque lo que ustedes nos enseñaron, nos pareció, me pareció, bonito y que las demás personas lo aprendieran para aplicarlos ellas, ya, ya no pensaba en que se fuera a, a mucho sino que cuando menos uno y las personas que lo rodearan, estuvieran mejor eso era el, esa fue mi idea y el compromiso (Video2).

Es una responsabilidad muy grande el poder portar una credencial, el poder recibir una constancia la cual nos avala como promotores en salud gerontológica (Inf1, Inf4, Inf6).

*... a mí esto me mantiene viva, porque siento que **estoy siendo usada** para algo bueno (Inf7).*

Bueno yo en el curso aprendí algo muy importante que nos dijeron, que vejez no es signo de enfermedad (MM) entonces eso lo tomo, lo, lo llevo como una bandera (Inf8).

Otra de las características que encontré en estos cursos fue la de funcionar como espacio para sentirse bien emocionalmente, en donde las personas apaciguan, en cierto sentido, sus problemas, sus sentimientos de minusvalía ante el estatus de viejo o de jubilado, sus problemas personales, sus sentimientos de soledad y vacío.

Cuando me jubilé no sabía qué hacer. Cuando ustedes llegaron me abrieron un mundo que no conocía (Inf5).

Ahora tengo de qué hablar, porque yo me dediqué solo al hogar (Inf8).

Yo estaba enferma, me dolía mucho la cabeza, desde que vengo aquí me siento diferente (Video2).

Antes no sabía cómo tratar a los viejos, ahora ya sé. Pude atender a mi mamá y eso me da tranquilidad (Inf4).

Es interesante como las personas coinciden y destacan en señalar lo que consideran una de las características principales de estos cursos: el compañerismo que viven y experimentan:

Los adultos mayores están convencidos de que la convivencia entre adultos mayores es una actividad solidaria por todas las cosas afines que nos unen (Inf1entrv).

Por lo que respecta a los beneficios y problemas de la repercusión de las prácticas significantes de la UI sobre las prácticas significantes de los viejos que participan en el programa, se detectó en los relatos, en las entrevistas, en las observaciones, en los videos, etcétera, un impacto positivo visible a nivel de su percepción de valía como personas y, en su caso, como mujeres; los promotores asumen una posición de responsabilidad y autonomía sobre el control de su vida, de su salud y de su cuerpo, refiriendo este control y autonomía a las prácticas aprendidas en la UI. El hecho de ser promotora refleja una percepción de logro, de pertenencia e identidad con el grupo; las promotoras hablan de la importancia de la participación, del compromiso con la comunidad en la resolución de problemas personales y locales.

...hasta este momento cada vez que tenemos un meta la hemos alcanzado, tal fue el caso de la compra de un terreno para una persona que fue despojada...cada vez que cumplimos un reto tenemos otro en puerta (Inf1VideoNov).

Se visualiza la identificación y cohesión con el grupo y las prácticas de cooperación social que han establecido con los viejos. Hay una conciencia sobre la capacidad de autogestión y sobre las conductas de autocuidado y salud, de ellos y de los demás, lo que quedó constatado con lo que el médico del centro de salud y el delegado municipal expresaron:

...ahora vienen los viejos con mayor frecuencia a tomarse la presión y a chequeos... lo que las maestras han hecho aquí ha sido muy importante, hay cambios en los

viejos... en lo que respecta al autocuidado, socialización y participación comunitaria, ellos vienen a reunirse a platicar, a reírse, a hacer cosas que antes no hacían (ConvMed).

Se manifiestan en algunas promotoras las prácticas de formación y de aprendizaje autónomo; apertura a iniciativas y sugerencias del grupo que han tenido impacto en la economía de algunas personas de la comunidad.

*...yo estuve leyendo, por ejemplo de esos animalitos chiquitos, blanquitos que se llaman escamoles..., yo no sé bajar información de Internet, pero tengo hijos que saben mucho, y luego les digo oye conéctame y, **y quiero saber** (Inf1Entrev).*

Hay una conciencia clara en algunos de ellos de que el programa los llevará a posicionarse en el espacio político, social y educativo. En diferentes momentos mencionan que el hecho de ser promotoras cambió su vida, puesto que ellas pensaban que ya no había más que hacer, el formar parte del curso les dio la oportunidad de mirar otras opciones y de participar en la transformación del papel de las mujeres viejas en la sociedad. Al momento considero que el *habitus* y el capital social, cultural y simbólico que adquirieron y que se transformó al convertirse en promotoras, permitió que el campo UI tuviera ese intercambio y se obtuviera el impacto que se esperaba en las prácticas significantes de estos agentes.

De acuerdo con Bourdieu, la realidad se articula en relaciones, por lo que no hay campo sin *habitus* ni *habitus* sin campo. Cada sujeto orienta sus actuaciones al interior de un campo dado, a partir de sus respectivos *habitus* que integran todas las experiencias pasadas y que funcionan más allá de la conciencia del discurso; orientan todas las prácticas, forman parte del organismo, del cuerpo, de los sujetos y de las percepciones, las apreciaciones y las acciones de los agentes. En este sentido, en los resultados se observan las interacciones que se produjeron entre campos y *habitus* UI y programa con los campos y *habitus* de los viejos. Sin embargo, es innegable que las prácticas significantes de los agentes están mediadas por patrones conductuales modelados en su origen por las condiciones

sociales y materiales en las que los sujetos sociales existen, así como por la clase social, la posición y el género. Así, por ejemplo, el capital cultural que oferta el ser profesor, posicionó a los promotores que lo poseían, en un lugar privilegiado, ya que en el *habitus* de los viejos se tiene incorporada la imagen de autoridad, de respeto y responsabilidad de un profesor de primaria, lo que los lleva a asumir las prácticas que propone este agente, en dónde éste ejerce poder sobre los viejos. También se aprecia que el ser profesor facilita el logro del ejercicio del poder

El saber que somos capaces de, de sin ninguna pena irnos a, a buscar nuestras redes de apoyo que creo que lo que ha mantenido unido al grupo, ha sido eso, el poder llevarles lo que la gente necesita en primer lugar (Inf1, Inf4).

Extenderemos a la población nuestra labor gerontológica, ya que de 141 adultos mayores 15 de ellos son no funcionales, 126 son sanos y funcionales (Inf1Entrv).

Gracias por seguirnos encontrando. Gracias a nuestras instructoras por sus esfuerzos, por su dinerito que dicen que no hay, y que está retiradito el lugar. Ellas hacen el esfuerzo, ya se encariñaron con el grupo (TestimonioViejoVideo1).

Como puede observarse el haber sido profesoras les facilita vincularse con las redes de apoyo social, manejar los discursos transmitidos en el programa y el reconocimiento de su labor parte de los otros viejos.

Conclusión

En este capítulo presenté al lector un análisis de los datos que elaboré a partir del proceso de interpretación con el fin de dar respuesta a la pregunta inicial de esta investigación, esto es cuál fue la repercusión de las prácticas de la UI en las prácticas y en las inscripciones en el cuerpo de los viejos que estuvieron en contacto con la Unidad. Desde este marco y con la elaboración de datos, expuse los sentidos, significados y relaciones que se produjeron jugando en el campo de la UI que sintetizo en los siguientes párrafos.

Hubo una disparidad en la manera de circular el capital entre los agentes, manifestándose una dominación del capital cultural de los agentes del campo UI

sobre capital cultural de los promotores desde el conocimiento y prácticas de los profesionistas. Hubo prácticas desiguales, entre poderes desiguales, lo que hizo que el poder de la UI impusiera significados y significaciones acerca de lo que el viejo “debe ser y hacer”.

Los contenidos gerontológicos, esto es el capital cultural jugado en el campo, no fue determinante en el proceso capitalización/descapitalización, para los viejos lo importante fue el mantener o recuperar un papel en la comunidad y en la sociedad, esto es, obtener capital social y reconvertirlo en capital simbólico.

Los saberes, sentidos y significados que operan en las prácticas significantes de los promotores estuvieron determinados siempre por el volumen de capital y sus *habitus*. La acción de la UI no hizo que los *habitus* cambiaran de manera perdurable, aunque algunos mencionaron haber cambiado sus formas de percibir y de actuar, al paso del tiempo y habiéndose retirado la UI del campo, las prácticas adoptadas se vieron disminuidas o eliminadas y en muy pocos casos fortalecidas, insisto, esto último en función del volumen de capital.

CAPÍTULO 8

LA UI Y LA SALUD DE LOS VIEJOS

Introducción

En este capítulo me propongo presentar al lector el impacto que tuvieron o no tuvieron los procesos realizados por la UI en los saberes, significaciones y prácticas de los viejos que participaron en el proceso pedagógico, así como en los agentes de la UI. Para dar cuenta de las prácticas sociales, fue necesario aprehender dialécticamente el sentido objetivo de los agentes (el sentido de las estructuras sociales externas e independientes de la conciencia y de la voluntad) y el sentido vivido, es decir, lo que los agentes representan, sienten, piensan, creen, viven. Me propongo reflejar al lector la experiencia vivida, esto es, el sentido vivido por los agentes, con el fin de analizar su capitalización y descapitalización producidas por la interacción entre promotores viejos y profesionistas, como efecto de los procesos derivados de la intervención de la Unidad de Investigación(UI).

El capítulo está conformado por cuatro apartados. En el primero presento, tomando como referencia el concepto de salud presentado en el capítulo 1, el impacto que el programa tuvo en las prácticas de los promotores y de los viejos de las comunidades. En el segundo reviso las inscripciones (las marcas, las huellas) que los procesos de la UI dejaron en los cuerpos y en las subjetividades de los promotores, en sus espacios materiales y simbólicos y en los otros viejos, y también en los cuerpos y en las subjetividades de los agentes del campo UI. En el tercer apartado presento de manera esquemática el efecto del programa en la

promoción de la salud. En el último explico cómo se dieron los procesos de reconversión y acumulación de capitales.

8.1. Capacidad humana corporeizada de decidir y construir futuros

En el capítulo I propuse retomar la siguiente definición de salud “la capacidad humana corporeizada de decidir y construir futuros viables y alcanzarlos”. Esta definición de salud concibe al sujeto como cuerpo-subjetividad, es decir, como una sola cosa y piensa al sujeto en colectivo. Las capacidades humanas incluyen la capacidad erótica, de pasión, de rabia, de gusto, de ensueño, de enojo y placer; la de sapiens, en donde la memoria, el razonamiento, juicio y raciocinio juegan un papel central; la ludens, que hace referencia a la capacidad de crear, soñar, imaginar, hacer el infinito, lo imposible, los guiones, escenarios y reglas; la económica, incluye la capacidad de identificar los límites y las posibilidades en contextos finitos materiales, técnicos y prácticos; la capacidad política, que involucra acciones de evaluación, de construir alternativas, de elaborar proyectos, de elegir y decidir; y la capacidad faber, de actuar con intención, de modificar a través de la práctica en el mundo material los mundos objetivo y subjetivo en función de un proyecto, de actuar en la palabra, de inscribir la subjetividad en el mundo objetivo. En el ejercicio de sus capacidades, el promotor para el desarrollo integral gerontológico define su sentido y percepción de lo que le corresponde resolver, los espacios materiales y simbólicos en los que se mueve y las relaciones y prácticas que necesita para atender esos problemas (Chapela, 2004). A continuación presentaré los resultados que se obtuvieron con el programa en el caso de la UI.

En cuanto a la capacidad sapiens, los promotores utilizaron la memoria y el razonamiento para realizar sus prácticas, haciendo referencia a lo aprendido durante el programa y poniéndolo en práctica con los otros viejos en las comunidades en donde trabajaron, como revela el siguiente dato:

Ellos han comprendido muy bien la necesidad de hacer cambios en cuanto ejercicio y alimentación, higiene corporal, rutinas de ejercicio y han comenzado a beneficiarse personalmente con ello (DocInf1).

La información que se da es para evitar complicaciones de las enfermedades crónicas y sus complicaciones (Inf4).

La información del grupo, se les comenta cómo podemos evitar las enfermedades mediante el ejercicio y la alimentación (Inf2).

Se les informa de los cambios que sufren con el envejecimiento que podemos evitar como son la pérdida de la vista que muchos ya no podemos ver (Inf7).

Si la semilla no es sembrada con amor siempre permanecerá sumergida en la tierra. Pero si esa semilla algún día da frutos me llenará de mucha felicidad el día en que los adultos mayores de mi comunidad me digan algún día. yo quiero aprender. Yo quiero saber cómo cuidarme, para mí ese día será de mayor satisfacción (Inf4).

La capacidad sapiens de los viejos formados como promotores, si bien al inicio del programa mostraba limitaciones, enunciados por ellos mismos como incapacidad para aprender, para retener, para elaborar información y buscar otras alternativas, se vio enriquecida y en muchos casos superada ya que en algunos casos se convirtieron en autodidactas, en buscadores de mayor información y llevaron a cabo acciones para seguir fortaleciendo su formación (tomaron cursos de computación, de tanatología, de Tai-chi, cursos para formarse como cuidadores, entre otros).

En lo que respecta a la capacidad faber, los promotores tenían claridad de los objetivos del programa, cambiar sus propias condiciones de vida y acudir a las comunidades para trabajar con los otros viejos para promover la salud, el bienestar y modificar así, también las condiciones objetivas y subjetivas de los otros.

En este año nuestros adultos mayores han modificado en cierto modo su alimentación, aunque en general la alimentación en San Jerónimo es muy sana muy natural (DocInf1).

Si hablamos de higiene, el cambio ha sido sorprendente en cuanto al aseo personal. Otro aspecto positivo es el cambio de hábitos en diferentes aspectos para seguir siendo funcionales y de esta manera en cuanto a bañarse, a preparar sus alimentos, a

tomarse de manera adecuada sus medicamentos y dejar a un lado la automedicación esto es muy importante (DocInf1).

Haremos todo para que el gobierno del estado dé los elementos necesarios para tener allá un proyecto productivo. San Jerónimo es un centro turístico y qué mejor que los turistas compren lo que elaboran nuestros adultos mayores (EntrevInf1).

Ahora ya no depende de mi familia para ir al doctor, o ponerme una inyección. Yo lo hago por mí misma (EntrevInf1).

Si la semilla no es sembrada con amor siempre permanecerá sumergida en la tierra. Pero si esa semilla algún día da frutos me llenará de mucha felicidad el día en que los adultos mayores de mi comunidad me digan algún día. yo quiero aprender. Yo quiero saber cómo cuidarme, para mí ese día será de mayor satisfacción (Inf4).

Esta capacidad fue potencializada cuando los promotores contaban con dotaciones fuertes de capital cultural, social y económico, en tanto en aquellos que poseían cantidades bajas de los capitales antes mencionados la potenciación fue mucho más débil.

La capacidad ludens quedó manifiesta en las siguientes prácticas que realizaron los promotores:

En el libro de Gerontología capítulo 25 página 432 el tiempo libre durante el envejecimiento, decidimos agregar a nuestras actividades algunas manualidades: pintura en tela, forrado con listón, bisutería se trabaja con cuentecitas muy pequeñas pero esto hace que su coordinación motora fina se agudice un poco (Videofeb24).

Durante la realización del trabajo, localizamos a las personas que por su interés y simpatía y que tiene cierto liderazgo en el grupo, las preparamos para que tomen la responsabilidad cuando tengamos que dejar el grupo con el fin de que se mantenga unido y de ser posible se incremente (Videofeb24).

...pero créanme que el grupo de San Jerónimo es uno de los más alegres, yo no los conozco a ustedes para la maestra Mary, ya nos conoce que somos alegres, nos gusta todo lo que es actividades , (Video225feb)

En el grupo de San Jerónimo no todo es actividad académica. También tenemos momentos de esparcimiento (Video225febInf1).

En el grupo tratamos de rescatar algunas costumbres de nuestro pueblo, en nuestro pueblo se realizaban muchas cosas hace años, pero hoy en día tenemos un grupo de danza que hace la lucha, la labor, de recatar costumbres de nuestro pueblo, de nuestros pueblos en el Valle del Mezquital (Video2Feb25Prom).

Los adultos mayores están convencidos de que la convivencia entre adultos mayores es una actividad solidaria por todas las cosas afines que nos unen (Inf1, Inf7, Inf8).

Haber podido construir un cuartito para una persona que no tenía nada para nosotros es muy satisfactorio decir, en San Jerónimo hicimos algo, en bien de una persona, una sola persona, no importa si es u una sola persona (Video225feb).

En el aspecto afectivo, formamos un grupo muy solidario en el que cada uno pudimos contar nuestras experiencias de la semana, ya sean tristes, alegres, pues el grupo sabe que el afecto se da en abundancia (Inf1).

Estos testimonios muestran la capacidad de crear, soñar, imaginar, de crearse escenarios, de construir futuros para ellos y para otros, y de hacer posible lo imposible, como fue el construir un cuarto para alguien que lo necesitaba. Si bien el programa dio elementos para potenciar esta capacidad, se aumentó con la dotación de capital cultural (ser profesor o profesora) y social con el que contaban algunos de los promotores.

La capacidad erótica, de pasión, de rabia, de gusto, de ensueño, de enojo y placer estuvo presente también:

Un propósito y el más importante para nosotras gerontólogas es mantener el entusiasmo y el deseo de seguir apoyando a esta comunidad que con tanto amor nos recibe (Inf7).

Cambié hábitos, cambié horarios, y pues me siento, me siento bien, estoy, estamos trabajando en esto y pues yo me siento a gusto (Inf9).

Haber podido construir un cuartito para una persona que no tenía nada para nosotros es muy satisfactorio decir, en San Jerónimo hicimos algo, en bien de una persona, una sola persona, no importa si es una sola persona (Inf1).

Me da mucha tristeza que en mi comunidad no haya un lugar adecuado para las reuniones con los adultos mayores, el que no se integren y que me digan que a ellos no les interesan estas pláticas y que mejor se los dé a los jóvenes, que ellos ya no quieren saber nada y me llena de mucha tristeza, que me dicen si voy a que me digas todo eso, qué me vas a dar a cambio. Yo les digo yo no les voy a dar nada a cambio, simplemente yo les voy a decir cómo van a cuidarse, cómo prevenir ese envejecimiento y cómo cuidarnos para no ingresar a un hospital, donde a veces no se puede uno ni mover. Eso es lo que me llena a mí de mucha tristeza en mi comunidad, que no quieran participar. Dicen que en la vida siempre se encuentran fallas, quizá esas son las fallas que yo he encontrado en mi comunidad. Si la semilla no es sembrada con amor siempre permanecerá sumergida en la tierra. Pero si esa semilla algún día da frutos me llenará de mucha felicidad el día en que los adultos mayores de

mi comunidad me digan algún día. yo quiero aprender. Yo quiero saber cómo cuidarme, para mí ese día será de mayor satisfacción (Inf4).

No sólo son conocimientos lo que les damos, también procuramos hacer nuestros convivios para compartir la comida con ellos (Inf8).

Dios me ha puesto en el camino una persona que me va a hacer feliz y no la voy a desaprovechar porque yo necesito esa felicidad. Me voy a echar otro pulque para agarrar valor (Video7Nov1107).

Como puede observarse, una serie de sentimientos y emociones se presentan en las prácticas de los promotores, que van desde el enojo, la frustración, el miedo, hasta aquellos que llevan a tomar una decisión de formar una pareja, de continuar estudiando, de trabajar.

La capacidad para identificar los límites y las posibilidades en contextos finitos materiales, técnicos y prácticos también se hizo presente en el grupo de promotores:

Haber podido construir un cuartito para una persona que no tenía nada para nosotros es muy satisfactorio decir, en San Jerónimo hicimos algo, en bien de una persona, una sola persona, no importa si es una sola persona (Inf1).

Me da mucha tristeza que en mi comunidad no haya un lugar adecuado para las reuniones con los adultos mayores, el que no se integren y que me digan que a ellos no les interesan estas pláticas y que mejor se los dé a los jóvenes, que ellos ya no quieren saber nada y me llena de mucha tristeza (Inf4).

El Lic. Chávez nos cumplió y nos llevó material para las actividades de cestería una gratitud para él (Inf1).

El Club de Leones nos da periódicamente las sandalias, las toallas, este, el estropajo, el jabón neutro (Inf1).

Ahora contamos con las llaves de un albergue y ya no realizamos nuestras actividades en la calle (Inf1).

La densitometría ósea, cuesta 100 pesos pero hay muchos de nuestros adultos mayores que no pueden sufragar este gasto (Inf6).

Haremos todo para que el gobierno del estado dé los elementos necesarios para tener allá un proyecto productivo (Inf4).

Le compramos un terrenito a una personita que está por acá y tal vez alguien decía que vanagloria, hicieron un cuartito de adobes y sin ventana, ni nada. Pero fíjense que para nosotros es muy satisfactorio haber podido comprar un terrenito (Inf1).

...decidimos agregar a nuestras actividades algunas manualidades: pintura en tela, forrado con listón, bisutería se trabaja con cuentecitas muy pequeñas pero esto hace que su coordinación motora fina se agudice un poco (Inf1).

Para las promotoras resolver las necesidades básicas fue fundamental.

La capacidad política se manifestó, al evaluar, al construir alternativas, al elaborar proyectos, al elegir y decidir:

Haber podido construir un cuartito para una persona que no tenía nada para nosotros es muy satisfactorio decir, en San Jerónimo hicimos algo, en bien de una persona, una sola persona, no importa si es una sola persona (Inf1).

Los adultos mayores están convencidos de que la convivencia entre adultos mayores es una actividad solidaria por todas las cosas afines que nos unen (Inf1).

Solamente queríamos un documento que dijera que, que somos promotores y que íbamos a formar un grupo, que se nos diera la facilidad, no logramos ni siquiera un oficio (EntrvInf1).

Las autoridades que son de San Jerónimo no nos han ayudado en nada, ni saben que existimos, pero el Delegado son los que nos apoyan y que nos sigan apoyando y que les hagan saber al presidente municipal, que aquí estamos y que necesitamos ayuda y que nos ayuden con lo que necesitamos porque nosotros las maestras y ustedes saben que lo que traemos, a veces ya no podemos más. Por eso se ha suspendido muchas cosas de trabajo, no hemos trabajado lo que debíamos haber trabajado porque no tenemos las cosas necesarias para hacerlo porque si no ya lo hubiéramos hecho. Hagan llegar por medio de ustedes esta petición a las autoridades. Si ayudan a otras comunidades pues que vengan a ayudar acá (Video7Nov1107).

En el grupo tratamos de rescatar algunas costumbres de nuestro pueblo, en nuestro pueblo se realizaban muchas cosas hace años, pero hoy en día tenemos un grupo de danza que hace la lucha, la labor, de rescatar costumbres de nuestro pueblo, de nuestros pueblos en el Valle del Mezquital (Video2Feb25Prom). Haremos todo para que el gobierno del estado dé los elementos necesarios para tener allá un proyecto productivo (Inf4).

El pensamiento de las 5 gerontólogas de San Jerónimo es agradecer al Dr. Víctor y a la Mtra. Mary el cambio que hubo en nuestra vida. Nadie puede cambiar a los demás, si uno no cambia primero, eso es muy importante (Video225febInf1).

Es muy importante para nosotras las promotoras haber contado el 5 de abril con la presencia de los médicos de la IES para corroborar nuestra forma de trabajo (Video225feb).

Tenemos algunos propósitos las promotoras de San Jerónimo con la comunidad uno de ellos es solicitar en verbal al Lic. Chávez que tuvieran a bien proporcionarnos aparatos auditivos (Video225febInf1).

Otro propósito es acudir a nuestras redes de apoyo para que todos nuestros adultos mayores puedan hacerse el estudio de la densitometría ósea (Video225febInf1).

Haremos todo para que el gobierno del estado dé los elementos necesarios para tener allá un proyecto productivo. San Jerónimo es un centro turístico y qué mejor que los turistas compren lo que elaboran nuestros adultos mayores (Inf1).

Al igual que las otras capacidades, esta también se vio determinada por el capital social, cultural, material y simbólico que poseían, por sus antecedentes laborales, por su capacidad de liderazgo y por su espíritu de solidaridad que se vieron incrementadas en algunos de ellos por el programa.

8.2. Cuerpo-Territorio

En este apartado revisaré las inscripciones (las marcas, las huellas) que los procesos de la UI dejaron en los cuerpos y en las subjetividades de los promotores, en sus espacios materiales y simbólicos y en los otros viejos, y también en los cuerpos y en las subjetividades de los agentes del campo UI.

El cuerpo es la superficie de inscripción material de todos los sucesos, el sitio donde se graban todos los desfallecimientos, las felicidades, los placeres y la manera en que la persona se enfrenta a las luchas del poder por invadir su cuerpo. Las marcas sociales del cuerpo se pueden expresar en las cicatrices, las quemaduras, las mutilaciones, los rasgos peculiares que otorgan las manchas, lunares, las irrepetibles huellas dactilares. Se puede marcar con las palabras dichas por las alteridades referenciadas como importantes por el sujeto, y el efecto que ellas producen en el cuerpo y la corporalidad. El cuerpo es un mapa, un objeto significativo que adquiere sentidos y significados; también se marcan las zonas irritables, sensibles y delicadas por el dolor (Cachorro, 2008).

Como señala Chapela (2010) para que el cuerpo sea funcional al poder dominante, es necesario reducirlo a un objeto a conquistar como cuerpo-territorio y lograr sacar de él prácticas subordinadas. En este caso la UI y su programa, de

manera inicial redujo el cuerpo de los viejos a un cuerpo-territorio a invadir, un cuerpo-territorio que debe convertirse en “promotor”. La UI invade el cuerpo de los viejos inculcando contenidos teóricos, contenidos de valor y significados que “deberán” aplicar en su cuerpo y en el cuerpo de los otros viejos. Así tenemos que la UI llega con su programa ya hecho, en el que no pregunta, sino impone los contenidos, los tiempos, las estrategias, las tareas, las prácticas. Los viejos tienen que acatarlas so pena de exclusión de un campo que se abre ante ellos como posibilidad de pertenencia y como posibilidad de compartir el capital universitario al convertirlos a ellos mismos, a partir de un *illu* no desmentido, en universitarios. ‘Acatar’ de acuerdo con las estructuras estructurantes tanto de los viejos como de los profesionistas de la UI, se ha ‘normalizado’, es lo que hay que hacer. Es en esta normalización en donde se ancla el poder de invasión de la UI.

Con el poder que detenta al ser parte de la IES, aunado al poder que se ve aumentado por el capital simbólico del director de la UI, esto es, ser médico, la UI invade el cuerpo de los viejos imponiéndoles que lean, que estudien, que asistan, que hagan ejercicio, que coman o que no coman ciertas cosas, que beban o que no beban otras, que trabajen con otros viejos. También, con su programa, invade los significados que los viejos tienen acerca del papel que ahora desempeñarán en la comunidad, significados acerca de la salud, del funcionamiento de cuerpo, significados de lo que “debe” ser el viejo, de la relación con ellos mismos y con su cuerpo, de la relación con ellos mismos y con los demás.

Ahora ya tomo refresco, ya no como grasa, ya como más verduras (Inf1, Inf3, Inf.7, Inf8, Inf9).

Ahora yo decido, cuándo ir al doctor (Inf1).

Voy a iniciar una nueva relación, ya aprendí que aunque esté vieja si puedo (Video225feb).

Estas invasiones dejaron marcas ‘positivas’ en el cuerpo, por ejemplo en la disminución del colesterol y de la glucosa, en la disminución de la presión arterial producto del ejercicio y de las caminatas, en la baja de peso, en el mejoramiento

de la funcionalidad física. Sin embargo, la UI se percata de que las dinámicas del intercambio de capitales al interior de campos específicos están definidas por las “reglas del juego” establecidas en el campo mismo. Detecta que estas reglas pueden ser controladas por los agentes sociales que acumulen mayor volumen de capital en los intercambios al interior del campo mismo o en sus intercambios con otros campos. Un agente que cuestiona las reglas, los significados y los valores asignados al capital en juego en su campo específico, si cuenta con un volumen de capital suficiente, puede cambiar las mismas reglas, valores y significados del campo; pero si su volumen de capital no es suficiente para intercambiar en el campo, ni para formar un campo de opinión, puede ser excluido o marginado en el campo.

A este respecto, la UI encuentra que la invasión no es total, aquellos que se incorporan al programa con un volumen de capital mayor, mostraron mayor resistencia a la invasión. Un ejemplo de lo anterior, es el referido a don Bernabé. Uno de los requisitos para ingresar al programa era que los participantes no deberían tener limitaciones para ver o para escuchar. Don Bernabé es invidente como secuela a la diabetes mellitus, cuenta con un volumen de capital cultural importante ya que fue maestro de matemáticas en escuelas secundarias, acostumbra la práctica de la lectura, ya que se capacitó en la técnica Braille. Él llegó, se le explicaron las reglas del juego y se resistió a que su cuerpo, con ese déficit, fuera rechazado. La UI aceptó la resistencia y fue formado como promotor. En este caso la UI también cambió sus significaciones acerca de lo que una persona que no ve puede hacer.

Otra resistencia a la invasión la encontramos cuando varios de los egresados de los cursos decidieron no trabajar como promotores, aun cuando la IES los hubiera acreditado, ya que argumentaron que tenían otras responsabilidades: no dejar su casa, atender a sus hijos, atender a su esposo, ir a la iglesia. Varios de los participantes expresaron no haber cambiado sus formas de comer, su

sedentarismo o su percepción acerca de la salud y de la enfermedad. A varios de los viejos no les interesó el Envejecimiento Activo y se retiraron. Todo lo anterior, desde luego, repercutió en los significados que la UI tenía, acerca de que una gran mayoría adoptarían las prácticas impuestas. De los 120 promotores formados solo 40 trabajaron en las comunidades.

Con respecto a la producción autónoma de espacio, cada promotor se transformó de manera única, cada uno de ellos imprimió su propio sentido e intención a sus prácticas, dependiendo de su ubicación en el campo. Así tenemos que aquéllos que por su volumen de capital se posicionaron en lugares centrales en el campo, acumularon aún más capital y sus prácticas modificaron y transformaron sus procesos físicos, sociales, objetivos y subjetivos. En cambio, aquellos que ocupaban posiciones marginales sus procesos de creación y de transformación de espacio abarcaron sólo algunos aspectos de los procesos mecánicos.

8.3. Promoción de la salud

La UI y su programa llegan al campo con una conceptualización de promoción de la salud vinculada con la promoción de estilos de vida saludables. La idea era llegar, informar y cambiar los estilos de vida: comer bien, hacer ejercicio, dormir bien, bañarse, etc. En el intercambio de capitales y en el juego de éstos se encontró lo siguiente.

Con respecto a las prácticas de promoción de la salud se manifiesta un apego a las actividades que el programa plantea para la adopción de estilos de vida saludables (alimentación, ejercicio, aseo personal, dormir bien, tomarse la presión arterial y la glucosa de manera sistemática).

He cambiado mi forma de alimentación, como menos grasa (EntrvGrupalnf6).

Ahora me hago mis análisis de glucosa con regularidad (EntrvGrupalnf7).

Yo voy al médico cuando lo necesito (EntrvGrupalnf8).

*Como más verduras y frutas y cuido mi sueño (EntrvGrupInf9).
Yo aplico en mi vida todo lo que me han dicho: comer bien, dormir bien, hacer ejercicio (EntrvGrupInf9).*

El dato anterior ejemplifica cómo los promotores se apegan a los discursos del programa y a su reproducción y logran que los otros viejos también lo hagan.

Al inicio de cada sesión hacemos una rutina de ejercicio, lo cual es muy importante para un envejecimiento activo. Hacemos ejercicio con una pelotita relajante para estimular el movimiento de manos y dedos (EntrvInf1).

Otro aspecto positivo es el cambio de hábitos en diferentes aspectos para seguir siendo funcionales y de esta manera en cuanto a bañarse, a preparar sus alimentos, a tomarse de manera adecuada sus medicamentos y dejar a un lado la automedicación esto es muy importante (DocInf1).

Ellos han comprendido muy bien la necesidad de hacer cambios en cuanto ejercicio y alimentación, higiene corporal, rutinas de ejercicio y han comenzado a beneficiarse personalmente con ello (DocInf1).

En este año nuestros adultos mayores han modificado en cierto modo su alimentación, aunque en general la alimentación en San Jerónimo es muy sana muy natural (DocInf1).

En las observaciones realizadas en las comunidades encontramos que sí hay prácticas como las anteriores; llegan los viejos bañados a las reuniones, comentan que han dejado de tomar medicamentos, el propio doctor del centro de salud lo confirma. Comenta el doctor que también van con mayor frecuencia a tomarse la presión arterial y que muchos de ellos han disminuido las cifras de glucosa en la sangre y de la presión arterial. Aunque desde el punto de vista gerontológico estos resultados médicos son positivos, los viejos han centrado su práctica significativa desde los significados definidos como importantes desde la arbitrariedad médica, dejando de lado otros significados de la vida y la práctica significativa de los viejos. Es decir: se ha logrado la imposición de una arbitrariedad y por tanto se ha concretado una invasión al cuerpo-territorio de los agentes promotores y de los agentes de la comunidad. No obstante, también hay resistencia a la invasión y así encontramos que en las visitas a los festejos y a otras reuniones por diversos motivos, la comida sigue siendo la misma (barbacoa, gorditas, tacos, sopes, refrescos, etc.) y los viejos la siguen consumiendo y disfrutando.

Encontramos que, en la práctica, tanto para los agentes promotores como para los agentes de la comunidad la salud va más allá de comer bien, dormir bien, hacer ejercicio. Para ellos la convivencia y las actividades lúdicas tienen un significado esencial en sus prácticas cotidianas.

*En nuestras sesiones, en los días viernes que nos reunimos platicamos un rato sobre las tareas, sobre los temas que **tenemos** que hablar de la salud de los adultos mayores y nos va a sobrar un tiempcito tenemos que cantar, bailar, tenemos que hacer algunas otras actividades para que también no nos volvamos rutinarios y no sean así los talleres, como cansados (Video225feb).*

Lo anterior muestra que para el campo de los viejos, la salud va más allá de las prácticas centradas en el campo de la medicina; la convivencia social y la incursión en acciones lúdicas las consideran como elementos esenciales para no sentirse cansados. Una vez hecho lo que tienen -como deber-, que hacer, entonces toman para sí un tiempo para llevar a cabo lo que quieren, por placer, hacer.

Hasta aquí he presentado los resultados obtenidos a la luz de los analizadores y del marco teórico que sustenta esta investigación. Enseguida, a modo de síntesis presento en la tabla 8.1 los cambios ocurridos en cada uno de los(as) promotores(as), después de los procesos de la UI.

TABLA 8.1. CAMBIOS OCURRIDOS COMO RESULTADO DE LOS PROCESOS UI PROMOTORA-1

	Capital cultural	Capital social	Juego de capital	Posición	Disposición	Toma de posición	Práctica significativa	Inscripción en el cuerpo
ANTES	<p>Conocimiento del campo de profesores</p> <p>Capacidades de liderazgo</p> <p>Capacidades para enseñar</p> <p>Capacidades para ayudar</p>	<p>Pertenencia al campo de los maestros jubilados.</p> <p>Administradora de la Casa de Jubilados y Pensionados del ISSSTE.</p> <p>Pertenencia al campo de la comunidad de Actopan</p>	<p>Reglas dictadas por UI y el programa</p>	<p>Marginal</p>	<p>Tengo la fortuna de contar con los médicos que son mi apoyo.</p> <p>Obediencia</p>	<p>Los viejos no tenemos mucho que hacer</p>	<p>Hay que ayudar a los que más lo necesitan</p>	<p>Depresión</p> <p>Dolor de espalda</p> <p>Dolor de riñones</p> <p>Síntomas de gastritis</p>
DESPUÉS	<p>Los mismos más:</p> <p>Aprendizajes adquiridos durante el PFDIG</p> <p>Conocimientos de la zona de trabajo</p>	<p>Los anteriores más:</p> <p>Pertenencia al campo de los promotores para el desarrollo integral gerontológico</p> <p>Apoyo institucional</p>	<p>Reglas de la UI</p> <p>Nuevas reglas dictadas por ella misma para el trabajo con los viejos.</p> <p>Reglas impuestas por ellas a los viejos</p>	<p>Central</p>	<p>Tenemos a los médicos, pero yo tengo que tomar decisiones y realizar las acciones para el bien de los viejos</p>	<p>Puedo aprender Ahora investigo Tomo mis decisiones respecto a mi salud. Nadie puede cambiar a alguien si uno no cambia primero.</p>	<p>Gestiones que sobre pasan lo aprendido en el PFDIG</p> <p>Toma de decisiones más allá de lo aprendido en el PFDIG</p> <p>Cambio en alimentación</p>	<p>Alegría</p> <p>Sensaciones de bienestar</p>

Fuente: Elaboración propia

El volumen de capital inicial y el proporcionado por la UI, le permite a la promotora una posición central en el campo de la UI, en el campo de los promotores y de los viejos. La promotora reflexionó sobre sí misma y sobre el papel que puede tener en la sociedad como vieja y como ciudadana. Sus prácticas significantes se ven influidas por la reconversión de capital, y si bien estas actividades ya las venía realizando con otros sectores y en otros escenarios, se intensifican y fortalecen. Por lo que respecta a las inscripciones en el cuerpo, los procesos UI le permitieron, al recuperar su rol de “maestra” en la comunidad de los viejos, deshacerse de las inscripciones anteriores (8.2).

TABLA 8.2 CAMBIOS OCURRIDOS COMO RESULTADO DE LOS PROCESOS UI- PROMOTORA 2

	Capital cultural	Capital social	Juego de capital	Posición	Disposición	Toma de posición	Práctica significativa	Inscripción en el cuerpo
ANTES	Conocimiento farmacéuticos	Pertenencia al campo de la comunidad de Ixmiquilpan Pertenencia al campo de los comerciantes de Ixmiquilpan.	Reglas dictadas por UI y el programa	Marginal	Cuando se envejece ya no se pueden hacer muchas cosas. Obediencia	Ya no hay más que hacer cuando se es viejo Ya no aprendo, se me dificultan mucho las cosas Los viejos no quieren cambiar	Tengo que cuidar a mis nietos, no me da tiempo para más	Depresión Dolor de cabeza Expresión de aburrimiento Expresión de agotamiento
DESPUÉS	Los mismos más: Aprendizajes adquiridos durante el PFPDIG Conocimientos de la zona de trabajo	Los anteriores más: Pertenencia al campo de los promotores para el desarrollo integral gerontológico Apoyo institucional	Reglas de la UI Nuevas reglas dictadas por ella misma para el trabajo con los viejos	Central	Se me dificultaron algunas cosas pero la aprendí. Ahora conozco las costumbres de los nativos de Ixmiquilpan	Puedo aprender Puedo hacer más cosas de lo que pensé. Me organizo para hacer otras actividades. Tomo decisiones respecto a mi cuerpo	Gestiones que sobrepasan lo aprendido en el PFPDIG Toma de decisiones sobre lo que quiere para sí misma. Hablar en público	Expresión de alegría Sensaciones de bienestar Postura erguida

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 8.2 se observa que la posición marginal de la promotora se modifica a una posición central en el campo de los viejos, más no en el campo de la UI. Ella dicta nuevas reglas en el trabajo que realiza con los viejos, hay prácticas que muestran empoderamiento y el desarrollo de sus capacidades en el intercambio que realiza con los viejos de Ixmiquilpan.

TABLA 8.3 CAMBIOS OCURRIDOS COMO RESULTADO DE LOS PROCESOS UI- PROMOTORA 3

	Capital cultural	Capital social	Juego de capital	Posición	Disposición	Toma de posición	Práctica significativa	Inscripción en el cuerpo
ANTES	<p>Conocimientos desde el campo de las mujeres</p> <p>Capacidades para leer y escribir</p> <p>Capacidad para el cuidado de los demás</p>	<p>Pertenencia al campo de la comunidad del Arenal</p>	<p>Reglas dictadas por UI y el programa</p>	<p>Muy marginal</p>	<p>Tengo que cuidar a mi mamá y a mi esposo</p> <p>Obediencia</p>	<p>Como mujer siempre me he dedicado a cuidar a los demás</p> <p>Yo no fui a la escuela y me cuesta mucho trabajo aprender</p> <p>Me duele que los viejos no quieran cambiar</p>	<p>Tengo que cuidar a mi mamá porque está muy enferma</p>	<p>Depresión</p> <p>Dolor de cabeza</p> <p>Expresión de ansiedad</p> <p>Desamparo</p>
DESPUÉS	<p>Los mismos más:</p> <p>Aprendizajes adquiridos durante el PFDDIG</p>	<p>Los anteriores más:</p> <p>Pertenencia al campo de los promotores para el desarrollo integral gerontológico</p>	<p>Reglas de la UI</p> <p>Reglas dictadas por ella misma para el trabajo con los viejos de su comunidad</p>	<p>Marginal en los grupos de promotoras</p> <p>Central en el grupo de viejos del Arenal</p>	<p>Con lo que aprendí puedo cuidar mejor a mi mamá</p>	<p>Puedo cambiar a los viejos de mi comunidad</p>	<p>Hablar en público</p> <p>Gestionar</p> <p>Toma de decisiones sobre lo que quiere para sí misma.</p> <p>Compromiso con los viejos</p>	<p>Expresión de alegría</p> <p>Actuar relajado</p> <p>Sensaciones de bienestar</p>

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 8.3 se puede observar que la promotora mantiene su posición marginal tanto en el campo de la UI como en el campo de los promotores, sólo hay una movilización hacia la centralidad en el campo de los viejos de su comunidad. En este caso los conocimientos gerontológicos la capitalizaron para desempeñar su trabajo como cuidadora primaria, lo que le dio tranquilidad. El capital social que adquirió al estar en contacto con otras mujeres, le permitió tener una visión diferente sobre sí misma y tener prácticas que muestran que la promotora está en un proceso de empoderamiento.

TABLA 8.4 CAMBIOS OCURRIDOS COMO RESULTADO DE LOS PROCESOS UI- PROMOTOR 4

Capital cultural		Capital social	Juego de capital	Posición	Disposición	Toma de posición	Práctica significativa	Inscripción en el cuerpo
ANTES	Conocimientos desde el campo de los hombres	Pertenece al campo de los comerciantes de Ixmiquilpan	Reglas dictadas por UI y el programa	Muy marginal para UI	Ayudar al prójimo es muy importante	Hay que ayudar a los demás por eso yo he querido ser promotor	Visito a los enfermos. Hay que conseguirles apoyos	Callado Sigiloso
	Capacidades para leer y escribir Capacidad para el cuidado de los demás				Obediencia			
DESPUÉS	Los mismos más:	Los anteriores más: Pertenece al campo de los promotores para el desarrollo integral gerontológico	Reglas de la UI	Marginal dentro del grupo de promotores	Ahora puedo platicar con los enfermos que visito de la alimentación y de la gerontología	Puedo visitar a más enfermos	Visitar a enfermos	Expresión de alegría y satisfacción
	Aprendizajes adquiridos durante el PFDIG		Reglas dictadas por su religión	Marginal en su comunidad de viejos enfermos		Necesito ayuda económica para continuar con el trabajo de promotor	Atender a los enfermos	Forma distinta de vestirse por ser promotor de la IES

Fuente: Elaboración propia

En el caso del promotor que presento en la tabla 8.4, se observa que los procesos de la UI no impactaron en él. Ni los contenidos gerontológicos, ni las acciones de la UI modificaron sus significados acerca de la salud, ni tampoco de la vejez. Las prácticas que realiza son guiadas por sentimientos de solidaridad hacia los viejos, con quienes pone en práctica sus saberes adquiridos de la cultura hñähñü, más no los de la UI. Todo lo anterior muestra la resistencia a la imposición de arbitrariedades de la UI.

TABLA 8.5 CAMBIOS OCURRIDOS COMO RESULTADO DE LOS PROCESOS UI- PROMOTOR 5

	Capital cultural	Capital social	Juego de capital	Posición	Disposición	Toma de posición	Práctica significativa	Inscripción en el cuerpo
ANTES	<p>Conocimiento del campo de profesores</p> <p>Capacidades de liderazgo</p>	<p>Pertenencia al campo de los jubilados de maestros.</p> <p>Perteneciente al campo de los políticos del Estado de Hidalgo</p> <p>Pertenencia al campo de los terratenientes de Actopan</p>	Reglas dictadas por UI y el programa	<p>Central en el campo de los pensionados y jubilados</p> <p>Central para el campo de UI</p>	<p>Los médicos nos traen eso tan maravillo que es la gerontología</p> <p>Obediencia</p>	Hay que ayudar a los viejos porque son viejos	Apoyo a las personas necesitadas	Diabetes mellitus
DESPUÉS	<p>Los mismos más:</p> <p>Aprendizajes adquiridos durante el PFDIG</p>	<p>Los anteriores más:</p> <p>Pertenencia al campo de los promotores para el desarrollo integral gerontológico</p> <p>Apoyo institucional</p>	Reglas que él genera para su equipo de trabajo y para el trabajo con los viejos	<p>Central en el conjunto de promotores</p> <p>Central en la relación con otros viejos.</p> <p>Central en el ambiente político</p>	<p>Voy a llevar esto de la gerontología a otros viejos que no se beneficiaron del programa</p> <p>La gerontología trae grandes beneficios</p>	<p>Yo decido participar en el programa</p> <p>Yo decido hasta cuándo participar</p>	<p>Realizar gestiones</p> <p>Convocar a personas</p>	Reducción de medicamentos

Fuente: Elaboración propia

Como muestra la tabla 8.5, el promotor contaba con un abundante capital cultural, social y material, por lo que tuvo una posición central en el campo de la UI, ya que su capital social fue muy importante para las acciones de la Unidad. Los contenidos gerontológicos para él fueron muy relevantes, pero no para cambiar sus significados acerca de la vejez y de la salud, ya que siempre se había resistido a la invasión de su cuerpo por la medicina. Asimismo, su volumen de capital se impuso sobre los capitales de la UI y el promotor renunció al trabajo.

TABLA 8.6 CAMBIOS OCURRIDOS COMO RESULTADO DE LOS PROCESOS UI- PROMOTORA 6

	Capital cultural	Capital social	Juego de capital	Posición	Disposición	Toma de posición	Práctica significativa	Inscripción en el cuerpo
ANTES	<p>Conocimiento del campo del Tai-Chi</p> <p>Capacidades de liderazgo</p> <p>Capacidades para enseñar</p> <p>Capacidades para ayudar</p> <p>Capacidades del campo de la mujer</p>	<p>Proximidad con políticos del Estado de Hidalgo.</p> <p>Pertenencia al campo de la comunidad de Pachuca</p>	<p>Reglas dictadas por UI y el programa</p>	<p>Marginal en el programa</p> <p>Central en el grupo de Tai chi</p>	<p>Los viejos estamos para ayudarnos,</p> <p>Los viejos estamos enfermos</p>	<p>Los viejos ya no cambiamos</p> <p>Los viejos estamos enfermos</p> <p>Los viejos ya no aprendemos</p>	<p>Practicar tai chi</p> <p>Ayudar a las personas por amor</p>	<p>Malestares frecuentes</p> <p>Diabetes mellitus</p>
DESPUÉS	<p>Los mismos más:</p> <p>Aprendizajes adquiridos durante el PFPDIG</p>	<p>Los anteriores más:</p> <p>Pertenencia al campo de los promotores para el desarrollo integral gerontológico</p> <p>Apoyo institucional</p>	<p>Reglas que él genera para su equipo de trabajo y para el trabajo con los viejos</p>	<p>Un tanto marginal en el grupo de promotoras al que pertenece</p> <p>Central en su grupo de Tai-chi</p> <p>Central en el grupo de alumnas</p>	<p>La gerontología me ha aportado mucho</p> <p>La gerontología me ha abierto las puertas.</p> <p>Ahora ya tengo de que hablar</p>	<p>Los viejos podemos hacer muchas cosas</p> <p>Los viejos podemos ayudar a los jóvenes</p> <p>Aunque esté enferma soy sana</p> <p>Toma de decisiones</p>	<p>Cambio en la alimentación. Hablar en público</p> <p>Realizar gestiones</p> <p>Asistir a otros cursos</p> <p>Visitar los lugares de trabajo de otras promotoras</p> <p>Disminución en la ingesta de medicamentos</p>	<p>Sensación de bienestar</p> <p>Baja de peso</p> <p>Ingesta de medicamentos</p>

Fuente: Elaboración propia

Para el caso de este agente las acciones de la UI hicieron que potencializara su capital cultural y lo reconvirtiera en capital social, ya que el “título de promotora” la reposicionó en el campo de los viejos. Asimismo, los contenidos gerontológicos le posibilitaron que cambiara sus estilos de vida y que resignificara la vejez.

TABLA 8.7 CAMBIOS OCURRIDOS COMO RESULTADO DE LOS PROCESOS UI- PROMOTORA 7

	Capital cultural	Capital social	Juego de capital	Posición	Disposición	Toma de posición	Práctica significativa	Inscripción en el cuerpo
ANTES	Conocimientos del campo de la enfermería Capacidades para ayudar y cuidar	Pertenencia al campo de los jubilados del IMSS Pertenencia al grupo de Tai-chi	Reglas dictadas por UI y el programa	Marginal en el programa	Los viejos somos frágiles Los viejos terminamos enfermos Los viejos somos débiles Tengo miedo a la vejez	Los viejos ya no cambiamos Los viejos estamos enfermos Los viejos ya no aprendemos	Actividad de cuidadora Realizar ejercicio	Tristeza Abandono Sobrepeso
DESPUÉS	Los mismos más: Aprendizajes adquiridos durante el PFDIG	Los anteriores más: Pertenencia al campo de los promotores para el desarrollo integral gerontológico Apoyo institucional	Reglas que genera su equipo de trabajo	Un tanto marginal en el grupo de promotoras al que pertenece	Ahora sé lo que es la gerontología En la vejez se pueden hacer cosas La vejez es una etapa más de la vida	Los viejos podemos hacer muchas cosas. Los viejos podemos ayudar a los jóvenes Ya he formado a muchos grupos Toma de decisiones	Cambio en la alimentación Hablar en público	Sensación de bienestar Baja de peso

Fuente: Elaboración propia

Para la promotora 7 las acciones de la UI tuvieron impacto en el sentido de su propia vida. Como recientemente había sido jubilada y cuidadora primaria de un familiar, hizo que estas acciones le dieran sentido a su vida y que modificara sus significados acerca de la vejez y de la salud. La subordinación, que el campo de la enfermería le había impuesto, se mantuvo en el campo de la UI y en el campo de los viejos.

TABLA 8.8 CAMBIOS OCURRIDOS COMO RESULTADO DE LOS PROCESOS UI- PROMOTORA 8

	Capital cultural	Capital social	Juego de capital	Posición	Disposición	Toma de posición	Práctica significativa	Inscripción en el cuerpo
ANTES	Conocimientos del campo de la mujer Capacidades para las relaciones públicas	Pertenencia a un círculo social de Pachuca	Reglas dictadas por UI y el programa	Marginal en el programa	Hay que prepararse para vejez	A los viejos hay que ayudarles. Los viejos están muy necesitados	Frecuentar las redes sociales	Secuelas de parálisis facial
DESPUÉS	Los mismos más: Aprendizajes adquiridos durante el PFDIG	Los anteriores más: Pertenencia al campo de los promotores para el desarrollo integral gerontológico Apoyo institucional	Reglas que genera su equipo de trabajo. Reglas que genera al interior de su grupo de viejos	Un tanto central en el grupo de promotoras al que pertenece Central en su grupo de viejos	La gerontología me ha abierto las puertas	Hay que prepararnos para la vejez La vejez no tiene por qué ser triste Ya he formado a muchos grupos Toma de decisiones Soy promotora y eso me llena de orgullo	Cambio en la alimentación Hacer ejercicio Tomar otros cursos	Seguridad Desvanecimiento de las secuelas de parálisis facial

Fuente: Elaboración propia

Se puede observar en la tabla 8.8 que la promotora contaba con escaso volumen de capital cultural, sin embargo el capital cultural proporcionado por las acciones de la UI, en combinación con el capital social que poseía, lo reconvierte en un volumen de capital social mucho mayor, que la posiciona en la centralidad en el campo de las promotoras y más aún, en el campo de los viejos de la comunidad. El capital que la promotora acumula, lo juega en otros campos que a su vez la capitalizan más y la posicionan en lugares del campo de la política.

TABLA 8.9 CAMBIOS OCURRIDOS COMO RESULTADO DE LOS PROCESOS UI- PROMOTORA 9

	Capital cultural	Capital social	Juego de capital	Posición	Disposición	Toma de posición	Práctica significativa	Inscripción en el cuerpo
ANTES	Conocimientos de los idiomas Capacidad para relaciones sociales	Pertenencia a un círculo social de Pachuca	Reglas dictadas por UI y el programa	Marginal en el programa	La vejez es buena	Los viejos tenemos cosas que hacer	Realiza Tai-chi Practica idiomas	Delgada Erguida
DESPUÉS	Los mismos más: Aprendizajes adquiridos durante el PFDIG	Los anteriores más: Pertenencia al campo de los promotores para el desarrollo integral gerontológico Apoyo institucional	Reglas que genera su equipo de trabajo. Reglas que genera al interior de su grupo de viejos	Central en el grupo de promotoras al que pertenece Central en su grupo de viejos	La gerontología me ha abierto las puertas	Hay que prepararnos para la vejez La vejez no tiene por qué ser triste Ya he formado a muchos grupos Toma de decisiones Soy promotora y eso me llena de orgullo	Seguir estudiando Trabajar con otros viejos	Delgada Erguida Contenta

Fuente: Elaboración propia

Al igual que en otros casos, la tabla 8.9 muestra que el capital con el que contaba la promotora, en este caso el material y social, es aumentado por su cercanía a la UI, lo que permite su posicionamiento en un punto central en el campo de su comunidad. Pero no es sólo por las acciones de la UI, sino por la posición que ella ha tenido en sus campos de origen. Al igual que en otros casos, el poder simbólico que les proporciona el “título de promotor” los hace que tengan un papel en la sociedad que no tenían, o que habían perdido.

En síntesis puedo decir, que el efecto de las acciones de la UI sobre el campo de los viejos promotores repercutió en la consolidación de sus redes de apoyo, ya que el capital cultural que les proporcionó el programa, principalmente el diploma, además del prestigio por la vinculación con la UI y saberes especializados, los dotó de un enorme volumen de capital simbólico que los posicionó en el campo de su comunidad en una posición central. Esto hizo que se potencializara su capital social y que ellas mismas se sintieran reconocidas por los otros viejos. La reactivación en sus redes sociales reanimó el sentido de sus vidas y esto se inscribió como mejoría en el funcionamiento de sus cuerpos.

Por lo que respecta a los procesos de participación y construcción de autonomía, si bien en mis observaciones algunos de los promotores ejercieron resistencia a la autoridad médica, esa resistencia no se constituye ni deriva en conciencia de derecho, ni en acciones de exigibilidad y justiciabilidad. De hecho, la posibilidad de promover la conciencia de derecho, exigibilidad y justiciabilidad se vio limitada por la acción de la autoridad institucional.

Por lo que respecta a los agentes profesionistas no hubo movimiento en sus posiciones ni disposiciones. Su capitalización se dio en la acumulación de grados académicos, aprobación de proyectos, nuevos financiamientos para la investigación, pero no en la modificación de sus prácticas significantes como se muestra en la tabla 8.10.

En la tabla muestro que en los agentes de la UI no se produjeron cambios como resultados de la interacción con el campo promotores. Se puede observar que no hubo capitalización, que las posiciones y disposiciones de los agentes permanecieron intactas, las prácticas significantes de los profesionistas, se mantuvieron en la orientación de obtener “lo que necesitamos para alcanzar los objetivos de nuestro proyecto”, por lo que no se presentaron cambios en las inscripciones en los cuerpos. Considero que lo anterior se debe a los obstáculos

epistemológicos producto de la postura positivista de la investigación, en donde se piensa que la acción investigativa ocurre sólo en un sentido y a una intencionalidad que obedecía al cumplimiento y posicionamiento en el campo de la IES, más que a una intención de cambio. De esa manera, puedo concluir que en tanto los viejos miraban al programa como una posibilidad de cambio para ellos, los profesionistas de la UI miraban el programa y no a los viejos ni la vejez.

TABLA 8.10 CAMBIOS OCURRIDOS COMO RESULTADO DE LOS PROCESOS UI- PROFESIONISTAS

UI	CAPITAL CULTURAL	CAPITAL SOCIAL	JUEGO DE CAPITAL	POSICIÓN	DISPOSICIÓN	TOMA DE POSICIÓN	PRÁCTICA SIGNIFICATIVA	INSCRIPCIÓN EN EL CUERPO
MÉDICO	Grados y títulos académicos Conocimientos del campo de la medicina, de la gerontología Capacidades de liderazgo Jefe de la UI	Pertenencia al campo "IES". Pertenencia al campo de la "UI"	Reglas dictadas por UI y el programa Reglas dictadas por el campo de la investigación	Central	Autoridad	EL PFDIG dice lo que el viejo debe hacer	Hay que enseñar a los viejos para que practiquen el envejecimiento activo	Autoridad
PSICÓLOGA	Maestra en Psicología Conocimientos del campo de la psicología y de la gerontología Conocimientos del campo de la enseñanza	Pertenencia al campo "IES". Pertenencia al campo de la "UI"	Reglas dictadas por el jefe de la UI Reglas dictadas por el campo de la investigación	Central	Subordinación	Hay que enseñar a los viejos para que adopten el envejecimiento activo Resistencia a usar bata blanca Hay que conocer a los viejos	Enseñar a los viejos a ser promotores Conocimiento de las tradiciones y costumbres	Tristeza Emoción Inseguridad
ENFERMERA	Lic. en Enfermería Conocimientos del campo de la enfermería y de la gerontología Capacidades de servicio	Pertenencia al campo "IES". Pertenencia al campo de la "UI" Pertenencia al campo de la enfermería	Reglas dictadas por el jefe de la UI Reglas dictadas por el campo de la investigación	Marginal	Subordinación	Hay que ayudar a los viejos	Enseñar a los viejos prácticas de enfermería	Sumisión Subestimación

TABLA 8.10 CAMBIOS OCURRIDOS COMO RESULTADO DE LOS PROCESOS UI- PROFESIONISTAS (Continúa)

ODONTÓLOGA	Lic. en odontología Conocimientos del campo de la odontología	Pertenencia al campo "IES". Pertenencia al campo de la "UI" Pertenencia al campo de la enfermería	Reglas dictadas por el jefe de la UI Reglas dictadas por el campo de la investigación	Marginal	Subordinación	Hay que atender a los viejos	Atenderle los dientes a los viejos	Displicencia Superioridad
QFB	Maestra en Epidemiología clínica Conocimientos del campo de la QFB Obtención de grado de doctor	Pertenencia al campo "IES". Pertenencia al campo de la "UI" Pertenencia al campo de la investigación clínica	Reglas dictadas por el jefe de la UI Reglas dictadas por el campo de la investigación	Muy marginal (por ella misma)	Autoridad	Hay que sacarle sangre a los viejos	Sacarle sangre a los viejos	Displicencia Molestia Sentido de pérdida de tiempo
QFB	Maestra en Ciencias Conocimientos del campo de la QFB Obtención de grado de doctor	Pertenencia al campo "IES". Pertenencia al campo de la "UI"	Reglas dictadas por el jefe de la UI Reglas dictadas por el campo de la investigación	Muy marginal (por ella misma)	Autoridad	Hay que sacarle sangre a los viejos	Sacarle sangre a los viejos	Indiferencia
PASANTES	Título de pasantes Conocimientos de su área (enfermería, psicología, medicina, relaciones internacionales)	Pertenencia al campo de los servicios sociales de la UI	Reglas dictadas por el jefe de la UI Reglas dictadas por el campo de la investigación	Muy marginal dentro de la UI	Obediencia, Hay que cumplir el servicio	Hay que ayudar a los viejos. Hay que formarlos como promotores	Cumplimiento de tareas	Alegría Desconfianza

Fuente: Elaboración propia

8.4. Acumulación y reconversión de capital

Con base en el análisis e interpretación de los datos en el capítulo anterior y lo que va de este, procedo a responder las preguntas que guiaron este estudio.

¿Cuál fue el efecto de los procesos de la UI sobre el capital de los agentes del campo promotores?

Los agentes pueden jugar para aumentar o conservar su capital, pero también pueden ingresar en él para transformar, total o parcialmente las reglas del juego. Los agentes son detentores de capitales y, dependiendo de su trayectoria y posición que ocupen en el campo, en virtud de su dotación (volumen y estructura) de capital, tienen una propensión a orientarse activamente, ya sea hacia la preservación de la distribución o hacia la subversión de dicha distribución.

Los jugadores, en este caso los viejos que entraron al juego consideraron que valía la pena jugarlo y entran en disputa con otros jugadores, a través de distintas estrategias que dependen de su posición en el juego y de sus capitales. En este contexto, el campo “promotores” fue un campo de lucha entre los agentes de este campo, ya que cada uno de ellos buscó reposicionarse, tanto en el campo UI, como al interior de sus campos vecinales a partir de la reconversión, del capital cultural ofertado por la UI, en capital social.

Asimismo, la capitalización también ocurrió, por la reconversión del capital cultural ofertado por el programa, en capital simbólico, al designarlos “promotores” ya que este “título” los posicionó en un lugar central dentro del campo viejos, dentro del campo “familia” pero no, en el campo UI.

Los procesos UI posibilitaron que los agentes con trayectorias de movilidad en el mundo social y que han ocupado posiciones centrales en los diferentes campos

por lo que han atravesado, orientaron sus prácticas hacia la preservación de la distribución del capital ofertado por la UI. Sin embargo, con el paso del tiempo, sus mismas historias y biografías, de movilidad en el mundo social, llevaron a los agentes, a cambiar las reglas del juego, a crear sus propios espacios y a la subversión hacia la UI. Esto es, si bien, seguían las reglas impuestas por el programa, poco a poco fueron incorporando otras prácticas, que a juicio de los agentes, eran más importantes para la capitalización de los agentes “viejos”.

Sin embargo, es importante remarcar que las nuevas prácticas que implementaron los agentes promotores fueron resultado de su disposición a la reproducción, de su estructura de capitales y de las oportunidades del contexto, tanto por el programa de la UI. La estrategia más recurrente que emplearon los agentes promotores para acceder a los recursos materiales fue el capital social, para su conversión en otras especies de capital.

En líneas generales los agentes promotores fueron receptivos a las propuestas de las UI. Esto se explica en parte, por su necesidad de “ser reconocidos”, de “ser integrados a la sociedad”, “de tener un proyecto propio” y porque las estrategias propuestas por la UI fueron compatibles con la articulación con la comunidad.

Sin embargo, la consolidación del trabajo de los agentes promotores implicó un proceso de adquisición de confianza y de reconocimiento entre sus miembros y de los miembros de otros campos (familiar, político, instituciones, UI), por lo que muchos proyectos fracasaron.

También debo mencionar que, para que un programa tenga efecto sobre el capital de los agentes e impacte de manera perdurable en sus prácticas, debe considerar los capitales de los agentes, sus objetividades y subjetividades y la interrelación que se establece entre los agentes de los diferentes campos.

¿Qué tanto la capitalización sucedió a partir de los contenidos gerontológicos?

Con base en lo anterior, encuentro que la capitalización no sucedió a partir de los contenidos gerontológicos. Los contenidos gerontológicos por sí mismos no pueden capitalizar, ello depende del volumen y de la estructura de los capitales de los viejos promotores, además de que la salud es mucho más que contenidos de este tipo.

Para los promotores, el “título de promotores” y no sus contenidos, fue lo que los capitalizó, para todos significó adquirir reconocimiento y poder para establecer redes sociales y reconvertir ese poder, en otro tipo de capital para ser llevado a sus comunidades.

Por lo que respecta a los viejos de la comunidad, no les interesaba que los promotores manejaran o no los conceptos gerontológicos o de envejecimiento activo, para ellos era importante que acudieran a sus comunidades y les ofertaran otro tipo de capital que les fuera útil, esto es el capital material y la posibilidad de acumular capital social en el contacto con los otros viejos. Por lo anterior, surgieron diferentes proyectos productivos (comercialización de artesanías) y proyectos sociales (formación de redes sociales).

Para los promotores, acceder a los recursos que se les presentan escasos a partir de reforzar la red de relaciones sociales significó la implementación de diferentes mecanismos. En particular destaca la vinculación con agencias externas y con sus pares.

¿En qué consistió entonces esa capitalización?

La capitalización hacia del subcampo promotores, se focalizó en la construcción de una red de nuevas relaciones de sociabilidad centradas en la mujer, y visibles en los intercambios cotidianos de bienes materiales y de servicios que ofertaron a las comunidades en donde trabajaron. Fue un espacio que cobró fuerza fundamentalmente por la iniciativa de las mujeres y que desempeñaron no solo el papel de gestoras, sino también de líderes. Esta red de relaciones les permitió también la toma de decisiones hacia sí mismas y hacía la solución de problemáticas a nivel personal, a nivel familiar y a nivel comunitario.

¿Ante qué campo sucedió la capitalización?

De acuerdo con Bourdieu el principio de la dinámica de un campo yace en la forma de su estructura y, en particular, en la distancia, las brechas, las asimetrías entre las diversas fuerzas específicas que se confrontan entre sí. Como espacio de fuerzas potenciales y activas, el campo es también un campo de luchas tendientes a preservar o transformar las configuraciones de dichas fuerzas. El campo como estructura de relaciones objetivas entre posiciones de fuerza, subyace y guía a las estrategias mediante las cuales los agentes buscan individual o colectivamente, salvaguardar o mejorar su posición e imponer los principios de jerarquización más favorables para sus propios productos.

Como señala Bourdieu, la interrelación entre los campos es muy compleja y no se define de una vez y para siempre, Asimismo, es necesario mencionar que los agentes sociales son producto de la historia del campo social en su conjunto y de la experiencia acumulada por un trayecto de un campo específico. De ahí que para comprender lo que un agente puede hacer en un momento dado, es necesario saber qué posición ocupa en el campo y, cómo ha llegado hasta allí.

En este sentido, en la medida en la que el campo UI pertenece a uno más grande que es el campo IES y que sus agentes, tienen una posición y una disposición acerca de lo que los promotores deben ser, saber y hacer y ejercen el poder que les confiere la investidura de la IES, así como la distancia del campo profesionistas del campo promotores viejos, dificultó la capitalización en ambas direcciones.

La capitalización se produjo en el subcampo promotores, no sólo por la acción de la UI, sino como ya lo mencioné en las líneas anteriores, por la historia de los agentes promotores. Por lo que puede observar, que esta capitalización se produjo de manera muy diversa, atendiendo a la individualidad y a la subjetividad de cada uno de ellos.

¿Cuáles fueron los cambios ante el poder observados en los agentes del campo promotores?

Como señala Bourdieu, los que dominan un campo están en posición de hacerlo funcionar para su conveniencia pero siempre deben enfrentarse a la resistencia, a las pretensiones, a la discrepancia de los dominados. Asimismo, el campo del poder es el espacio de las relaciones de fuerza entre los diferentes tipos de capital, o con mayor precisión, entre los agentes que están suficientemente provistos de uno de los diferentes tipos de capital para estar en posición de dominar el campo correspondiente y cuyas luchas se intensifican todas las veces que se pone en tela de juicio el valor relativo de los diferentes tipos de capital.

Ante el poder ejercido por la UI los promotores siempre oponen resistencia, resistencia que está en función del volumen de capital. En este sentido, si bien en un principio los promotores, responden al poder seductor que la UI ejerce sobre ellos para asistir a los cursos y después trabajar como la UI manda, más tarde

algunos informan que ya no trabajarán, otros adoptan sus propias formas de trabajo, incluyendo actividades que el programa no había considerado.

Otros reaccionan ante la medicalización del cuerpo y la invasión del cuerpo. Aunque el programa habla de la importancia de tomar medicamentos, varios de ellos rechazaron esas prácticas y continuaron con sus prácticas tradicionales. También, particularmente las mujeres promotoras reaccionaron al poder ejercido por las parejas, por los hijos o por otras instancias de poder como el Instituto de Atención a Adultos mayores del Estado de Hidalgo, o por la Secretaría de Desarrollo Social al grado de no querer trabajar con ellos, ni para ellos.

Asimismo, poco a poco reaccionan ante la investidura del poder del médico, y poco a poco “el poder de la bata blanca” se desvanece en el campo de los viejos.

¿Cuál fue el efecto sobre el proyecto de los agentes del campo promotores?

El efecto del programa en el proyecto de los agentes del campo promotores también varió dependiendo del volumen de capital de los promotores. Para aquellos que poseían mayor volumen de capital el programa les ofreció una forma de desarrollo en diferentes campos de su vida. Para algunas significó tener un proyecto personal, un proyecto para seguir estudiando, un proyecto para desarrollarse personalmente o profesionalmente. Por otro lado, para varias de las promotoras, las acciones de la UI, les ayudó a superar conflictos personales, de pareja, de jubilación, de enfermedades, de viudez. Esto es, les ayudó a darle sentido a su vida, incluso una promotora decidió iniciar una vida de pareja. En tanto que para los que su capital era escaso el programa no cambió sus proyectos.

Para otros, el proyecto de ser promotores se vio trunco, en la medida de que en el campo de las políticas, esta figura no fue reconocida y mantenían la idea de que

su “título” tendría un impacto a nivel de las instituciones. Situación que la UI tampoco pudo sostener debido a sus tiempos, a sus proyectos y a sus intereses.

¿Cuál fue el efecto sobre las inscripciones en los cuerpos de los agentes del campo promotores?

Los cuerpos se van construyendo dentro de un sistema de dominación, el *habitus* se inscribe en una trayectoria que, a la vez que soporta la línea vital de un sujeto, dibuja las formas y las modalidades de sus posibles transformaciones. Podemos encontrar en esta producción de sentido, realizada y actualizada en la línea significativa de una trayectoria social, la posibilidad, no sólo de jugar dentro del territorio y con las leyes del otro, sino también de modificar las mismas reglas de juego, aun cuando para ello sea necesario contar con capital cultural, el que sólo parece pertenecer a un sector de la sociedad.

En este contexto, la UI llega y con su programa intenta imponer formas de pensar, formas de sentir y prácticas que realizar. El campo de los viejos, es un campo que es relegado, marginado y discriminado, en las últimas épocas, en sociedades como la nuestra, estas prácticas se han venido perpetuando. Se ha producido un efecto tal que cuando, una institución se ocupa de este sector, lo perciben como algo que hay que “agradecer”, que hay que “aprovechar”, independientemente de la acción.

En este sentido, al llegar al campo de los viejos y ofrecer una posibilidad de trabajar con ellos, se convierte en un asunto que hay que “aprovechar” ya que se están “preocupando por nosotros”. Esto facilita la entrada, la aceptación del poder y de la dominación sobre sus cuerpos. Así aceptan incorporarse al campo UI y a sus procesos, los cuales invaden sus cuerpos imponiéndoles prácticas. Ellos aceptan y nos dicen que los incorporan. Tal vez ellos saben que eso queremos

escuchar. Sin embargo, no las significan, no las incorporan a sus *habitus*, porque éstos no han sido considerados.

¿Cuál fue el efecto sobre el capital de los agentes del campo IES?

La UI siempre mantuvo su posición de autoridad, de poseedora del conocimiento, de transmisora del Envejecimiento Activo. Si bien, en la interacción con los viejos se detectaron los capitales que ellos poseían, éstos no tuvieron ningún efecto sobre la UI. Incluso podría decir que se rechazaban esos capitales (significados, tradiciones, formas de alimentarse, formas de convivencia, gustos, conocimientos, saberes, idioma). La capitalización de la UI estuvo en función de las publicaciones logradas, de la aprobación de nuevos proyectos, de nuevas formas de financiamiento, de la obtención de grados académicos, del reconocimiento de otras instituciones al trabajo de la UI. Puedo decir que las prácticas significantes de los viejos, no repercutieron en las prácticas significantes de la UI.

¿Cuáles fueron los cambios ante el poder observados en los agentes del campo IES?

Como señala Bourdieu, los campos de producción cultural ocupan una posición dominante en el campo de poder, poder que no se está dispuesto a perder. En este caso, los agentes del campo IES llegamos al campo de los promotores haciendo uso del poder que el propio campo nos otorga. El ejercicio de poder estuvo presente siempre, en cada una de las acciones que la UI realizaba (reglas del juego, definición de contenidos, definición de tareas, tiempos, formas de trabajo, información proporcionada, imposición de prácticas, etc.). Sin embargo, también hubo resistencia y la UI tuvo que reconocer que sus acciones, necesitan de una mirada distinta, de otros puntos de partida, de otras

metodologías. No obstante lo anterior, el poder sigue presente, a veces investido de seducción.

¿Cuál fue el efecto sobre el proyecto de los agentes del campo IES?

El proyecto se vio fortalecido, el contar con el reconocimiento de CONACYT capitalizó a la UI. Para este organismo, los resultados fueron buenos, ya que se cumplieron los objetivos y las metas, incluso los resultados fueron publicados en la Revista Ciencia y Tecnología. Por otro lado, el Instituto de Atención al Envejecimiento del Estado de Hidalgo firmó un convenio con la Institución de Educación Superior para trabajar con base en esta propuesta.

De este proyecto surgieron otros, en donde se incorporó la experiencia adquirida, aunque no se ha modificado mucho las prácticas, debido tal vez, a que no se han hecho reuniones académicas para discutir la experiencia de la puesta en práctica de ese proyecto.

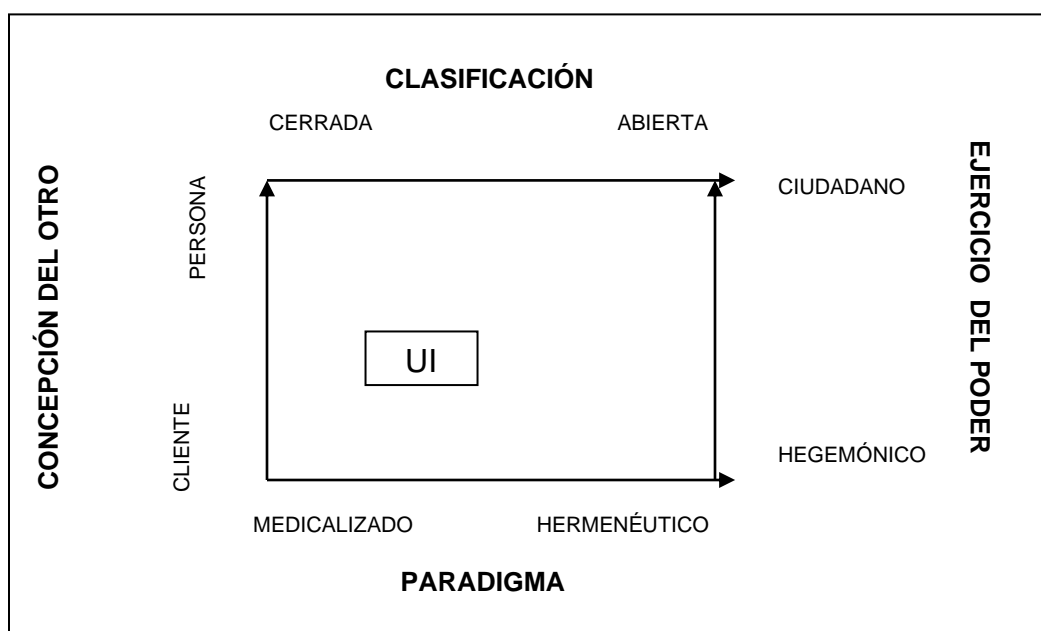
¿Por qué las inscripciones de los agentes IES no cambiaron?

Como menciona Bourdieu (1997), las prácticas significantes no son simples ejecuciones sino el conjunto de inclinaciones a percibir, pensar, apreciar y actuar y están determinadas por la posición de los agentes dentro de un campo específico, por el tipo de capital que posee y por las disposiciones de los distintos agentes en el campo, en este marco, y como le mencioné en párrafos arriba, el poder que el capital cultural le otorga a la UI, nunca estuvo en disputa, nunca fue cuestionado, ni por los viejos, ni por los miembros de la UI. Los poseedores de los saberes y conocimientos fueron siempre los agentes de la UI, bajo esta posición, los agentes no mostraron porosidad, no se implicaron con los agentes del campo “viejos”, por lo que no hubo un efecto en las inscripciones en su cuerpo.

Conclusiones con respecto a la UI

En el siguiente diagrama presento la región epistémica en la cual se sitúan las prácticas de la UI, si bien hay una tendencia hacia una promoción de salud empoderante, parte fundamentalmente de un paradigma medicalizado en donde el viejo no es visualizado como persona y agente en la construcción de su propia vida y de su vejez.

DIAGRAMA 8.1 REGIÓN EPISTÉMICA DE LAS PRÁCTICAS DE LA UI



Fuente: Elaboración propia a partir de Chapela, 2010:154

Por lo anterior podemos concluir que la concepción medicalizada de salud de la UI fue muy reducida en relación con la que los viejos tienen, en sus relatos muestran que para ellos la salud implica el desarrollo de las capacidades humanas.

Se evidenciaron cambios en las inscripciones de los cuerpos de los viejos por la reconversión del capital cultural en capital social. Es decir, este capital posicionó o re-posicionó a los viejos dándoles un papel hacia el interior de sus comunidades,

no al interior de la UI, lo que me remite a preguntarme ¿cualquier programa o intervención haría los mismo?

El enfoque de promoción de la salud con el que trabajó la UI fue muy reducido, por lo que se requiere trabajar desde otro enfoque de promoción de la salud en el que se propicie tanto el desarrollo de las capacidades humanas, como una modificación de sus entornos y alcanzar autonomía de pensamiento y práctica. Propongo trabajar desde una Promoción de la Salud Emancipadora vinculada con procesos de exigibilidad y autonómicos.

Para los promotores, el “título de promotores” y no sus contenidos, fue lo que los capitalizó, para todos significó adquirir reconocimiento y poder para establecer redes sociales.

La UI siempre mantuvo su posición de autoridad; las prácticas significantes de los viejos, no repercutieron en las prácticas significantes de la UI.

CONCLUSIONES

"El ser humano es complejo y lleva en sí de manera bipolarizada los caracteres antagónicos: sapiens y demens (racional y delirante), faber y ludens (trabajador y lúdico), empiricus e imaginarius (empírico e imaginador), economicus y consumans (económico y dilapidador), prosaicus y poeticus (prosaico y poético)."

Edgar Morin (2001)

Introducción

En este apartado presento al lector las conclusiones derivadas del estudio y sustentadas en los capítulos anteriores, con particular referencia a la forma en la que diversas acciones llevadas a cabo por la Unidad de Investigación (UI), a partir de su Programa de Formación para Promotores para el Desarrollo Integral Gerontológico (PFPDIG), han dado lugar a cambios en las prácticas de los viejos que participaron en él considerando en qué medida el enfoque del Envejecimiento Activo (EA) influyó en dichas prácticas. Por otro lado, dedico una atención central a la discusión del grado en el que se dio respuesta a las preguntas principales que orientaron mi investigación, así como a la reflexión sobre el alcance de los objetivos planteados y la fuerza de la metodología desarrollada para responder a dichas preguntas. Con sustento en la argumentación teórica y empírica que constituyen los capítulos uno a siete de esta comunicación, presento un conjunto de tesis que formulo para su análisis y discusión ante la comunidad de investigadores de la Salud Colectiva, las nuevas preguntas que se derivan de ellas y lo que considero son contribuciones de este trabajo para el avance de la Salud Colectiva.

Las prácticas construidas por el programa

En este apartado expondré la forma en la que contesté la pregunta de investigación inicial: ¿Cómo repercute el PFPDIG y su enfoque de “envejecimiento activo” en las prácticas significantes y en los cuerpos de los viejos del Valle del Mezquital, Hidalgo que participan en el programa? De manera específica, integro una serie de reflexiones sobre los significados que cobró en el estudio la vejez, el envejecimiento activo y la Promoción de la Salud Emancipadora, así como mis preocupaciones sobre la limitación inherente a mirar el envejecimiento desde una mirada única, la gerontológica, y sobre las prácticas desiguales entre poderes desiguales, puntos todos ellos abordados en los capítulos 1, 2, y 3 y 5 de esta comunicación.

¿Qué saberes, sentidos y significados operan en la UI?

La UI como instancia de investigación, docencia y servicio, ha transitado por diferentes procesos. Si bien está constituida como una entidad multidisciplinaria y ha hecho un gran esfuerzo para entender el envejecimiento y a la vejez desde esta perspectiva, no ha logrado escapar a la mirada unidisciplinaria. Esto es, sus prácticas se sustentan primordialmente en saberes producidos desde un paradigma medicalizado a partir del cual se han elaborado construcciones que incorporan como determinantes del envejecimiento aspectos químicos, biológicos, fisiológicos, psicológicos y ambientales en un intento por promover una visión multidimensional pero permaneciendo en el marco de los discursos biologicistas-médicos. A partir de dichos saberes se pretende que el viejo de hoy se convierta en un individuo activo, en un promotor de salud que oriente a sus pares para que adopten estilos de vida saludables (alimentación ‘adecuada’, ejercicio físico, higiene del sueño, higiene corporal, control de la presión arterial, control de la diabetes). En estas prácticas subyace una idea de homogeneizar los cuerpos de los viejos a través de conceptos, imágenes, ideas, opiniones y símbolos

transmitidos por la UI. La idea es que los viejos los adopten, y que vayan desarrollando en ellos mismos y en los demás esquemas de conocimiento y acción específicos, lo que los sitúa en condiciones desiguales ante una apropiación y construcción simbólica que debilita su autonomía al estar asociada a una imposición de estos saberes.

En estas nuevas mediaciones, los sistemas de símbolos que entran en juego siguen siendo dispositivos estructurados y estructurantes (*habitus*) que afectan específicamente el campo de los saberes, lenguajes, creencias, valores e identidades tanto de los viejos como de los profesionistas de la UI. Así, la UI impone saberes e imágenes y los viejos los adoptan incorporándolos a sus discursos y prácticas. Tal es el caso de la medición de la presión arterial y de la glucosa, de la práctica del ejercicio físico y de la disminución de las grasas en la alimentación, así como de la apropiación del discurso gerontológico de autocuidado, ayuda mutua y autogestión, entre otros.

La UI parte del reconocimiento de la historicidad del sujeto que envejece y de la influencia que tienen diferentes factores en la forma de significar la vejez. No obstante, en sus prácticas se deja de lado la biografía de los viejos y se adopta una posición que los tiende a concebir más como clientes que como personas o ciudadanos, es decir, como sujetos a quienes se oferta un programa de promotores y una propuesta de envejecimiento activo, independientemente de sus deseos, historias y capitales. En las prácticas de la UI se escucha muy poco la voz de los viejos, esto es, si bien la UI habla de la individualización del envejecimiento, en la práctica mira a los viejos como personas iguales para quienes se diseñó un programa de acciones para la promoción de nuevos estilos de vida que habrán de mantenerlos “sanos” y “funcionales” ante un contexto social que pretende desentenderse de su responsabilidad en la atención del envejecimiento. Asimismo, la UI se adscribe más a la idea de “verdades únicas” vinculada con visiones positivistas en donde se privilegian las explicaciones

unívocas y las generalizaciones, en donde quedan fuera categorías tales como el género, las etnias y la desigualdad, entre otras.

Con respecto al envejecimiento activo -discurso propuesto por los organismos internacionales que la UI retoma como marco para sus prácticas y que tiene como meta crear una nueva cultura del envejecimiento-, los resultados de esta investigación dan evidencias de que esta estrategia no puede ser aplicada de manera indiscriminada.

¿Qué sentidos, saberes y significados operan en el PFPDIG?

Toda acción pedagógica y toda práctica tienen sentidos, razones e intenciones que en la mayoría de los casos no son evidentes ni explícitos. El PFPDIG fue diseñado y elaborado por la UI desde una perspectiva gerontológica médica, por lo que subyace en él un entendimiento parcial de la vejez, mismo que impone significados a los viejos e ignora los significados que los viejos previamente poseen. Como se mostró en el capítulo 6, si bien el PFPDIG es un programa para la formación de promotores de salud, el concepto de promoción de la salud no fue discutido ni incorporado al programa de manera explícita (aunque implícitamente es entendido como la “adopción de estilos de vida saludables”).

El concepto de salud es incorporado en el programa a partir de su vinculación con el de enfermedad y, aunque reconoce sus determinantes sociales y su carácter objetivo y subjetivo, en la práctica prioriza a la enfermedad y a los contenidos biológicos y médicos. A partir del programa se propició que los viejos entendieran y adoptaran los conocimientos contruidos y seleccionados desde la UI, a través de la reflexión sobre problemas desde la óptica del conocimiento “experto”. Lo anterior de alguna manera tiene que ver con la realidad de los viejos, más no con los problemas detectados por ellos, es decir, la voz, las necesidades, las historias, las biografías de los viejos, no fueron contemplados en el programa. No obstante,

el programa en su conjunto tuvo repercusiones en las prácticas de los viejos y en las inscripciones en sus cuerpos, al reconocer y aceptar la autoridad de la UI y de la IES.

Por otro lado, la propuesta fue elaborada desde una pedagogía tradicional en la que el maestro se concibe como el poseedor del conocimiento y el viejo como receptor, pasándose por alto el hecho de que tanto el experto como el viejo participante, viven su vida en un contexto físico habitado por símbolos, cultura y significados que orientan sus acciones y les permiten el entendimiento con los demás integrantes de sus respectivas comunidades y que este contexto dista mucho de ser el mismo. En otras palabras, en su intento de dar sentido al mundo de la vejez, el programa no reconoció la importancia de los significados construidos por las personas.

Los sentidos, saberes y significados del PFPDIG correspondieron a los de las instituciones dominantes y a los saberes hegemónicos que emanan desde los grupos de poder. En este sentido, la UI y los organismos internacionales como la OMS proponen el 'envejecimiento activo' y buscan, por un lado, homogeneizar los modos de ser, hacer, estar y querer de las personas en el mundo y, por el otro, pretenden configurar "identidades" individuales o colectivas con capacidades de construir, proclamar y ejercer desde allí sus derechos, situación que no puede lograrse con una propuesta pedagógica tradicional ni con una promoción de la salud basada exclusivamente en estilos de vida saludables.

En función de lo anterior, sostengo que los procesos educativos y de investigación comunitaria enmarcados en el enfoque del envejecimiento activo, lejos de cooptar, homogeneizar y eludir la diferencia o la contradicción, tendrían que operar a la par de procesos que permitiesen esclarecer fines y objetivos desde la voz de los viejos, esto es, expresar la singularidad, la diversidad, la diferencia y la desigualdad, promoviendo formas de resignificación de la participación de los

viejos en lo cultural, lo social, lo político y lo económico. Dichos procesos tendrían que partir de la discusión crítica de conceptos esenciales como los de vejez, envejecimiento, salud y promoción de la salud, analizando los capitales con los que cuentan quienes participan en estas acciones y superando los enfoques medicalizados para adoptar posturas teóricas y metodológicas que consideren las diferentes dimensiones que están determinando tanto a la vejez como al envejecimiento, así como los mecanismos que operan en toda relación educativa, entre ellos los del poder.

¿Qué saberes, sentidos y significados operan en el viejo que participa en este programa?

A partir de mi inmersión como investigadora en este proyecto y del análisis e interpretación de los datos que he presentado en el capítulo anterior, se hizo para mí cada vez más evidente que los saberes, sentidos y significados de los viejos y sus consecuentes valores y prácticas, son muy diversos y que se construyen de manera formal e informal, es decir, son creaciones individuales producto de interacciones personales e institucionales que evolucionan, se reestructuran, se reconocen y permanecen en la vida del viejo. Estos saberes, sentidos y significados no fueron reconocidos por la UI.

En este sentido, cada uno de los viejos, a partir de sus trayectorias individuales y de sus saberes, imprime a su vida un sentido y un significado. Sin embargo, es un hecho que los viejos se ven también influidos por los significados que las instituciones imponen. Al entrar en contacto con una institución como la IES y su programa, los viejos son conscientes de que en esta etapa de la vida pueden encontrar un nuevo sentido a su existencia al convertirse en promotores. Esto es, la acción pedagógica les permite tener un “título” con el que adquieren un capital cultural que se reconvierte en un capital simbólico reconocido inicialmente por la IES y posteriormente por sus pares, su familia, su comunidad y por algunas

instituciones como el Instituto para la Atención de los Adultos Mayores del Estado de Hidalgo (IAAMEH). Asimismo, muchos de ellos consideraban que a partir de la obtención de dicho “título” podrían abrirse nuevas oportunidades, nuevos proyectos (incluso la propia UI lo pensaba). Sin embargo, a partir de la reflexión crítica y profunda sobre el impacto del programa, fue cada vez más evidente la necesidad de ir más allá de la mera transmisión y asimilación de la información vertida por el programa, comprometiendo a diferentes agencias (el Estado y sus instituciones) en la elaboración de políticas que realmente promuevan los cambios que se requieren para que los viejos desarrollen sus capacidades humanas y tengan un contexto social, económico y político *ad hoc* para ello.

Así, a partir del trabajo pedagógico de la UI, los viejos la asumen de manera inicial como autoridad legítima y aceptan el poder que ésta les impone. La UI es reconocida como una institución que tiene la capacidad para decir y decidir lo que tienen que pensar, hacer y sentir. No obstante, bajo este esquema (de los que saben y los que no, de los que tienen la autoridad y de los que no la tienen), también surgen resistencias que impiden a algunos de ellos desempeñarse como promotores y que los llevan a rechazar al envejecimiento activo.

De manera paralela, para otros viejos el participar en el programa implicó dar un sentido a sus vidas, recuperar roles perdidos, superar las pérdidas, ser reconocidos, ser vistos por la sociedad. Lo anterior me llevó a plantearme la siguiente pregunta ¿ante la marginalidad, discriminación y olvido que sufren los viejos, el acercamiento de cualquier institución o programa tendría el mismo efecto? Respondo que sí, el efecto inmediato en muchos de ellos fue decir “sí” a lo que fuese, con el fin de estar presentes en la sociedad y de darle un sentido a su vida con la posibilidad de recuperar una posición en el mundo.

¿Cuáles son los discursos que imprimen su significado en la construcción de la identidad del viejo y cuál es el resultado de todo esto en términos de la salud de los viejos y de sus inscripciones corporales?

Fueron tres los discursos que imprimieron su significado en la construcción de la identidad de los viejos: los biológico-médicos, los gerontológicos y los del envejecimiento activo. La UI se instituyó como transmisora de imágenes, nociones, ideas, opiniones, códigos y símbolos enfocados a desarrollar en los sujetos esquemas de pensamiento, formas de percibir su realidad así como formas de actuar. En primer término, la UI, a partir de su discurso médico-biológico, incorpora discursivamente algunos conceptos de la promoción de la salud como la ayuda mutua y la autogestión. En la práctica, incorpora conceptos y prácticas de la prevención y el autocuidado; biología del envejecimiento que incluye, cambios biológicos durante el envejecimiento, enfermedades más frecuentes, primeros auxilios, cuidados para el adulto mayor sano en casa –visitas al médico, vigilancia de la presión arterial, vigilancia del peso, vigilancia de la estatura, vacunación o exámenes de detección-.

A través de este discurso y prácticas, el programa intenta que los viejos se responsabilicen de su salud, no obstante, construye una identidad de viejo determinada por la enfermedad, es decir, en la práctica no se ve a la persona que envejece, ni a su salud, sino a la enfermedad que se produce en el individuo y la forma de “controlarla”, de “vigilarla” (diabetes, hipertensión arterial, obesidad, osteoporosis, cáncer, entre otras). Desde esta perspectiva, el viejo es un cuerpo al que hay que “vigilar” y “controlar” para que no enferme, un cuerpo al que hay que decirle que ‘no debe exponerse a los riesgos’, un cuerpo al que hay que ‘curar’ a través de los medicamentos; un cuerpo al que hay que aplicar densitometrías, mastografías y otros controles; un cuerpo al que hay que medir la glucosa, la presión arterial, el antígeno prostático, las hormonas, el calcio, etc. El cuerpo del

viejo se convierte en un cuerpo – territorio proclive a la invasión, no sólo por la UI, sino por los mercados, las instituciones y las políticas.

En segundo lugar, y por lo que respecta al discurso gerontológico que la UI promueve, éste imprime otra identidad al viejo, la de “estar funcional”. Desde esta perspectiva el interés se centra en que su cuerpo sea capaz de realizar las actividades básicas, instrumentales y avanzadas de la vida diaria con el fin de no generar dependencia física, económica o social. Hay que evaluar de manera sistemática la funcionalidad de su cuerpo desde instrumentos “objetivos” que midan y proporcionen puntajes y calificaciones, independientemente de que se lleven o no a cabo acciones destinadas a mejorar los resultados de las mediciones. La identidad que se promueve es la de “viejo funcional” por lo que tienen que hacer ejercicio físico; de no llevarlo a cabo, son responsables (léase culpables) de la pérdida de su funcionalidad física. También se impone la idea de que para estar funcionales cognitivamente es fundamental asistir a los grupos comunitarios, platicar, formar grupos, hacer uso de las redes de apoyo social; de no hacerlo quedan fuera de las expectativas de las instituciones y de la misma sociedad. Por lo que cabe la pregunta ¿funcional para qué o para quiénes?

En tercer lugar, para el discurso del envejecimiento activo la identidad a promover es “el cuerpo activo”, un cuerpo que debe optimizar sus recursos para mejorar su calidad de vida a medida que envejece a través de la salud, la participación y la seguridad. Este discurso soslaya el hecho de que muchos viejos continúan participando en la sociedad no por propia decisión, sino por la necesidad de trabajar para solventar las necesidades básicas más inmediatas (personales o familiares). Por otro lado, pasa por alto el derecho a decidir que no desean participar. Es un discurso que impone que si no se optimizan los propios recursos, los viejos se convierten en responsables de su discapacidad, de su disfuncionalidad y de su marginación. Es totalizante, universalizante y homogeneizante.

Estos tres discursos en su conjunto imprimen en el viejo una identidad de un cuerpo primordialmente biológico al que hay que proteger de la enfermedad, sobre todo de las grandes enfermedades actuales: la hipertensión arterial y la diabetes mellitus. Por lo tanto, tienen que eliminarse los riesgos comiendo bien, durmiendo bien, haciendo ejercicio, llevando a cabo una buena higiene corporal y adoptando como modo de vida al “envejecimiento activo”. Es decir, el viejo debe permanecer activo en la sociedad, participando, cuidando a otros, aplicando el autocuidado, la ayuda mutua y la autogestión en él mismo y con otros. Tiene que incorporar a sus prácticas, entre otras cosas, la de “ser promotor para el desarrollo integral gerontológico” de manera altruista, para responder a la institución, a las normas que los organismos internacionales le han impuesto.

En la construcción de esta nueva identidad de viejo, estos tres discursos miran su cuerpo más en su dimensión material, invisibilizando su dimensión subjetiva, es decir, sus deseos, significados, valores y saberes. La salud y la promoción de la salud son vistas como la adopción de estilos de vida saludables pero no incorporan una reflexión a partir de la cual el individuo pondere sus capacidades y potencialidades, ni le posibilitan tomar conciencia de lo que es como persona, como ciudadano y como agente de cambio en la sociedad. Al no considerar lo anterior, los viejos adoptan de manera inicial estos discursos, sin embargo, el efecto es perecedero.

¿Cuál fue el efecto de las prácticas pedagógicas de la UI sobre las prácticas de los viejos?

Las prácticas pedagógicas de la UI, aun con sus limitaciones, tuvieron un efecto reforzador de los elementos empoderantes de cada viejo. Es decir, sobre la base de lo que ya existía en el viejo como tomador de iniciativas y decisiones, los conocimientos y habilidades adsorbidos en el programa fueron funcionales a sus proyectos. Es por esto que el efecto del curso fue diferencial de acuerdo con los

capitales diferenciados con que ya contaban los viejos. Además de este efecto diferencial en el reforzamiento del empoderamiento, también la durabilidad del efecto fue diferencial de acuerdo con la diferencia del capital de entrada al programa. Cuando lo hubo, el efecto de reforzamiento del empoderamiento de inicio se pudo observar en el control sobre sus cuerpos, en la recuperación o afianzamiento de un rol en la sociedad, en el fortalecimiento de las redes sociales, en la potenciación de sus capitales, así como en el vínculo que establecieron con las instituciones, en la capacidad para cambiar los entornos en algunas comunidades y para decidir sobre sus vidas. Para algunos esta acción pedagógica sirvió de pivote para continuar formándose de manera formal e informal en otros temas en tanto que, para otros, sirvió de motivación para socializar, para ganar espacios propios y para lograr recuperar su proyecto de vida.

¿Cuáles fueron los beneficios y problemas de la repercusión de las prácticas significantes de la UI sobre las prácticas significantes de los viejos que participan en el PFPDIG?

Los beneficios de las prácticas de la UI sobre las de los viejos fueron diversos, dependiendo de cada biografía, de cada volumen y composición del capital con el que llegaron a la UI y de cada posición dentro del campo. A nivel personal, el asistir al curso brindó a algunos un espacio para la adquisición de información, para recuperar la seguridad en sí mismos, para tomar el control de sus cuerpos o para recuperar una posición en el mundo social. Otro efecto fue la posibilidad de entrar en contacto con una institución como la IES, para decir “puedo aprender”, hacer amigos, platicar, para seguir poniendo en práctica sus habilidades y destrezas adquiridas y desarrolladas en el ejercicio de su profesión anterior, para recuperar “poder” a nivel de pareja, de familia, en los grupos de viejos y en la comunidad. Otro beneficio está relacionado con la posibilidad que tuvieron algunos de ellos para vincularse con redes de apoyo social y seguir preparándose en otras áreas de conocimiento. Con respecto a la información que

recibieron, en algunos casos encontraron las condiciones para ponerla en práctica a partir de la propia experiencia y de la transmisión a sus familias y a otras personas de sus comunidades.

Algunas de las mujeres se movilizaron y participaron en actividades educativas, sociales, políticas y recreativas, lo que las llevó a fortalecer su identidad al ejercer el poder de decidir sobre sí mismas y de disfrutar de la variedad de posibilidades implícitas o explícitas en su cotidianidad. Mediante las relaciones con los miembros de la UI aprendieron y descubrieron nuevas perspectivas y las adoptaron, incorporando a sus vidas nuevas ideas, gustos y valores. Es decir, los recursos con los que contaban se convirtieron en puntos de anclaje, esto es, crearon redes de amistad, vecindad y comunidad con lo que compensaron algunas de las exclusiones de las que habían sido víctimas en sus parejas, en sus familias, en su comunidad y en la sociedad en general. Algunas generaron procesos de fortalecimiento personal, lo que les permitió la re-codificación de los mandatos establecidos socialmente alrededor de sus personas. Asimismo, el programa posibilitó la habilitación de espacios de convivencia y de participación para este colectivo que, como producto de la misma construcción social de lo femenino, en pocas ocasiones tienen acceso a dichos espacios por lo que les resulta difícil ingresar a procesos de socialización fuera del ámbito familiar. En este caso, se abrieron estos espacios y las mujeres los disfrutaron. Es decir, el beneficio se originó porque las mujeres recuperaron u obtuvieron un espacio y un sentido de pertenencia, al interior de las comunidades, así mismo, alcanzaron un prestigio y un poder transmitido por la UI, lo cual no tiene que ver ni con los contenidos gerontológicos, ni con los planteamientos del envejecimiento activo.

Uno de los problemas que produjeron las prácticas de la UI sobre las de los viejos fue el no haberse considerado los capitales de los participantes, ya que al salir a trabajar con las comunidades estuvieron en posiciones desiguales. Aquellos que poseían volúmenes de capital mayores, tuvieron un importante poder de

convocatoria, lograron congregarse a otros viejos manteniéndolos reunidos a través del poder que poseían por su capital cultural y social. Esto les permitió capitalizar sus potencialidades. No obstante, aquéllos que poseían poco capital no pudieron acercarse a la población lo que repercutió en un alejamiento.

Por otro lado, el tener la información proporcionada por el programa para muchos significó hacerse conscientes de las carencias y necesidades de muchos de los viejos, las que no pudieron ser resueltas ni por ellos ni por las instituciones, lo que devino en sentimientos de incompetencia, en sensación de fracaso e incapacidad. En este sentido, los mensajes transmitidos por el programa en cuanto a que habría que “permanecer activos” y constituirse en promotores, haciendo ejercicio o participando en grupos, llevaron a algunos viejos a generar una sensación de distanciamiento, sobre todo en algunas mujeres al compararse con las otras que sí lo consiguieron. Estos efectos negativos a lo largo del tiempo acentuaron su marginación y su aislamiento, así como la sensación de no identificarse con la idea de viejo que demandan los sentidos y significados de sus comunidades.

Por otro lado, el PFPDIG y su enfoque de envejecimiento activo conllevan nuevos sistemas de representación (conceptuales, simbólicos, normativos, de expresión, de valores y de acción) y muestran tener un doble efecto en los viejos: por un lado contribuyen a desintegrar sus roles, representaciones y valores históricos y, por el otro, inducen a la construcción colectiva entre los viejos participantes, de una nueva identidad de viejo, con valores, conocimientos y prácticas particulares. Este enfoque global está propiciando la aparición de una nueva forma de concebir a los viejos, quienes son colocados de alguna manera ante una encrucijada identitaria, Esto es, a la forma de envejecer se suma ahora la exigencia de envejecer de manera ‘activa’, adoptando ‘estilos de vida saludables’, de acuerdo con las prescripciones de profesionistas que se encuentran de forma eventual en el contexto de los viejos. De no obedecer a esa exigencia, se corre el riesgo de estar “doblemente pasado de moda” y ser doblemente excluido.

¿Qué dice el viejo que está en contacto con la UI sobre sí mismo y sobre otros viejos?

El discurso hegemónico en salud y en otras áreas, particularmente el de la economía, nos enseña a sentirnos mal por envejecer, situación en la que la UI encontró a los viejos participantes. En un inicio, todos aquellos que habían perdido sus roles en la sociedad (pareja, padres, profesionistas, empleados) y ahora experimentaban la soledad, la pérdida de estatus social, e incluso el ser jubilados, dio como resultado que se asumieran como desvalidos, devaluados, marginados. El contacto con la UI llevó a muchos de ellos a cambiar dicha percepción al tener una tarea que cumplir, una encomienda a realizar, una posibilidad de “dejar de ser viejos”, esto es, al asistir nuevamente a la escuela, adoptarían la nueva identidad “ser activos” y los nuevos roles asociados a los discursos de la UI y, sin ser conscientes de ello, a la autoridad de las instituciones. La UI pudo haber ofrecido a los viejos otros temas de estudio, e incluso abrir empleos, no siendo el énfasis gerontológico o el enfoque en la actividad física o el ejercicio lo que logró esa posibilidad de ‘dejar de ser viejos’, sino la apertura de proyectos vitales y afectivos nuevos, en donde se renovó el ejercicio intenso de sus capacidades humanas al cobijo de la autoridad institucional.

Los viejos, tras el contacto con la UI, ahora se reconocen como viejos sanos, activos, como “viejos menos viejos”, viejos saludables porque comen menos grasa, hacen Tai-chi, acuden a las redes de apoyo, porque duermen bien y conocen sus enfermedades, porque ayudan a otros y saben de gerontología. Esto es, adoptan los discursos y las prácticas que la UI propone. Sin embargo, cuando miran a otros viejos los perciben enfermos, desvalidos, marginados, solos, explotados, necesitados, como individuos a quienes hay que asistir, ayudar, darles cosas, decirles qué hacer, decirles qué comer, etc. Es decir, se miran en el otro y replican lo que la UI hizo con ellos.

¿Quién es el “viejo” en la época actual y en el contexto de la UI?

Aunque se han planteado nuevos discursos desde los organismos internacionales y nacionales, que enfatizan que el viejo debe ser reconocido como un ciudadano, como sujeto de derechos, y que debe participar activamente en la sociedad en todos los campos, en la práctica sigue siendo objeto de prácticas segregantes, marginadoras, asistencialistas y pasivas. Asimismo, ante el escenario económico mundial y las políticas globalizantes y mundializantes, el viejo en la época actuales asumido como un problema, como una carga social como carga económica o un cuerpo enfermo, no productivo, como cuerpo a invadir, o como el que tiene que ser responsable de su propio envejecimiento, como cuerpo al que hay que decirle qué debe ser y hacer. El cuerpo del viejo se convierte hoy en un campo de consumo para los intereses de instituciones médicas, mercantiles, financieras, políticas, educativas, recreativas, entre otras.

Al viejo de hoy se le crea una nueva identidad: “ser activo”. Las preguntas obligadas son: ¿para qué?, ¿para quién?, ¿ante qué y cómo el viejo se reconocerá como activo?, ¿tiene que ser activo de la misma manera, por lo mismo y para lo mismo que el niño, el joven o el adulto? Ante la ineficiencia y el deslindamiento que los estados han mostrado para la atención de los grandes temas sociales en relación a la vejez, como son la salud, la seguridad social, la pobreza o el desarrollo social, los organismos internacionales elaboran discursos y prácticas en los que se pretende naturalizar que el envejecimiento es un problema, que la responsabilidad de envejecer sin enfermedades es del propio individuo y que el viejo de hoy, para ser aceptado, reconocido y, sobre todo, para permanecer socialmente integrado, debe de ser activo, productivo y consumidor. Sin embargo, en la realidad el discurso tiende a volverse retórico, ya que los viejos frecuentemente se encuentran en condiciones más graves que otros grupos de sujetos marginados como las mujeres y los niños, dado que éstos últimos tienen actualmente mayores posibilidades que los viejos, de ser admitidos en las tareas

productivas. La vejez, así, se convierte en una amenaza constante para todas las demás etapas de la vida, amenaza que se intenta conjurar con el consumo de conjuros anti-vejez, de los que cada día el mercado pone más en circulación.

La UI ha incorporado en sus prácticas el discurso del envejecimiento activo con la idea de que el viejo, a partir de los conocimientos adquiridos a través del PFPDIG, se empodere y logre reposicionarse en la sociedad desde otra mirada, con otros saberes, con otros significados y sentidos. Para la UI los conocimientos provenientes de la gerontología y de la medicina son los que le van a proveer las herramientas para que el viejo adopte lo que ha llamado 'estilos de vida saludables' que le permitan permanecer funcional en la sociedad. No obstante, la experiencia derivada de nuestra propuesta formadora permite establecer la importancia insoslayable de ampliar las ópticas prevalecientes dentro del esquema médico, reconociendo de manera crítica las múltiples aristas del envejecimiento y abriendo sus propuestas formadoras para incorporar las subjetividades, las historias y las necesidades inherentes al envejecer en una sociedad como la nuestra.

¿Qué dicen las instituciones sobre qué es el viejo?

Para los organismos internacionales como la OMS, la Unión Europea, la OECDE y la CEPAL, el viejo es visto como población o como cliente. Esto es, todos son iguales y aunque en el discurso las instituciones sostienen considerar las diferencias en sus prácticas, se diseñan y proponen estrategias homogéneas que implican darle al viejo una identidad construida a través del ejercicio del poder hegemónico (viejos activos, trabajadores, productivos) ya que el neoliberalismo deslinda a los estados de su responsabilidad ante los ciudadanos. De este modo, para estos organismos el viejo debe ser un viejo activo para que no envejezca. Debe hacer ejercicio, ir a la escuela, permanecer funcional física, psicológica y

socialmente, adoptar estilos de vida saludables para que no enferme ni genere gastos, dicho de otro modo, es necesario someterlo a la “disciplina de la actividad”, vigilarlo, controlarlo y castigarlo con la amenaza del estigma y de la culpa, para alcanzar una mejor calidad de vida. Para las instituciones de salud, el viejo es un paciente enfermo, una carga social que está consumiendo una gran cantidad del presupuesto y que, por lo tanto, constituye un gasto. Es un cuerpo diabético o hipertenso que enfermó por falta de cuidado de sí mismo (por no tomar sus medicamentos, no hacer ejercicio, no comer bien, no dormir bien, etc.), es decir, es un cuerpo responsable de su situación y condición. Es un cuerpo al que desde la medicina hay que “controlar” a partir del consumo de medicamentos. Aún más, al ser un cuerpo viejo, no es candidato para tratamientos y procedimientos asociados a la medicina moderna.

Para las instituciones de desarrollo social, el viejo es un objeto de protección sujeto de políticas asistencialistas a quien hay que dar sillas de ruedas, aparatos auditivos o prótesis dentales aunque no las necesiten. Son viejos que hay que congregar en reservaciones de ‘iguales’. Son objetos a los que hay que entretener, distraer, poner a hacer gelatina artística, artesanías y manualidades y activarlos físicamente con la práctica de tai chi, “cachi bol” o yoga. Todas estas actividades son impuestas desde la perspectiva de los que dirigen las instituciones, sin preguntar a sus usuarios. Lo que es más, las organizaciones públicas o privadas crean “instituciones de encierro” que disimulan esta función con los más diversos eufemismos: casa de día, villas para ancianos, centros gerontológicos, guarderías para ancianos, etc. Por otro lado, cada una de estas instituciones generan discursos y prácticas a través de un poder que seduce y que hace que los viejos acepten lo que sea (hay significados tan negativos hacia ellos que cualquier acción que se realice a favor ellos la consideran altamente significativa).

¿Qué dice la UI sobre quién es el viejo a través de sus prácticas?

Mi experiencia como participante del proyecto de la UI me ha llevado a través del proceso de investigación a vislumbrar la existencia de prácticas contradictorias. Por un lado, sostenemos que el viejo es un sujeto que tiene las potencialidades para participar y para decir sobre sí mismo. Reconocemos que constituye un importante capital social a considerar en la construcción de las políticas públicas, evitando el proteccionismo o el asistencialismo; consideramos la importancia de construir una nueva cultura del envejecimiento en la que las instituciones, la sociedad y los propios viejos dejen de mirar al viejo, al envejecimiento y a la vejez como sinónimos de pérdida, de enfermedad y como procesos aislados y descontextualizados.

Nuestras prácticas investigativas tienden a mirar al viejo como un cuerpo biológico, compuesto por mecanismos bioquímicos y fisiológicos patológicos como consecuencia de la contaminación, la alimentación, la falta de sueño, el estrés, su nivel socioeconómico, lugar de residencia, nivel de estudios, la depresión, su baja autoestima o por enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, la demencia o la osteoporosis. En su esencia dichas prácticas se sustentan en posturas explicativas centradas en una visión hegemónica de la ciencia para la cual el objetivo es formular generalizaciones basadas en la estadística. Específicamente, se hace evidente una tendencia a elaborar explicaciones que incorporan fundamentalmente visiones y clasificaciones binarias cerradas (activo-pasivo, sano-enfermo, funcional-disfuncional, diabético-no diabético, hipertenso-no hipertenso). Por lo tanto, los viejos son vistos primordialmente como pacientes, como expedientes, como fuente de datos o justificación de recursos.

¿Hasta qué punto el enfoque dominante de la visión gerontológica sobre la manera de entender tanto la promoción de la salud como a los viejos y al envejecimiento activo, limita nuestra percepción tanto de los viejos como de las acciones que sigue la UI sobre sus propios procesos de vida?

A lo largo del trabajo de investigación y a partir de los aportes teóricos de la Salud Colectiva, de la sociología de Pierre Bourdieu y de los postulados de la Promoción de la Salud Emancipadora, puedo afirmar que, si bien los aportes de la gerontología son innegablemente valiosos, su poder para alcanzar un entendimiento comprensivo de la vejez y del envejecimiento se ve limitado por su entendimiento parcial de la vejez, antepuesto a la complejidad de ambos procesos, por la orientación disciplinaria de la gerontología y por el predominio de los intereses centrados en la institución más que en los viejos. En la UI y otras instituciones que atienden a los viejos en el Valle del Mezquital, los planteamientos del envejecimiento activo, aun cuando tienen una gran congruencia, se ven permeados por una serie de ocultamientos y naturalizaciones que dificultan acceder a otras dimensiones del viejo. Propongo que, para lograr una comprensión crítica de la realidad de los viejos es necesario aproximar su estudio desde teorías y conocimientos que permitan entenderlos como sujetos individuales, poseedores de saberes que determinan los diferentes sentidos y significados que dan a sus propios procesos de vida en función de sus biografías, de sus visiones del mundo y de sus culturas. Este entendimiento no lo logran la gerontología y el envejecimiento activo.

Muchos viejos, debido a su situación de pobreza, permanecen activos no porque conozcan los planteamientos propuestos por la OMS sino porque para sobrevivir necesitan trabajar, cuidar a sus enfermos (aun cuando ellos también lo estén) y seguir participando en el cuidado de los hijos, de los nietos, es decir, permanecer funcionales aún sin responder a los parámetros de evaluación institucionales.

Desde las visiones institucionales de viejo y vejez y con sus enfoques de trabajo, la evaluación de la intervención fue muy exitosa. Sin embargo, a lo largo de los años de seguimiento de los grupos de viejos que participaron en el programa de la UI, y desde la teoría formulada en este estudio, observo y analizo que la circunscripción a una mirada única desde las perspectivas de la gerontología y del envejecimiento activo, impide avanzar en el análisis de la complejidad de las prácticas, sentidos y significados que los viejos dan a sus vidas.

¿Cómo poder definir qué cambiar, qué seguir haciendo, qué proponer como modelo de promoción de la salud para los viejos?

Para responder esta pregunta, con base en la teoría y en la información empírica de este estudio, es necesario reflexionar a varios niveles. En primer lugar, la importancia de que quien pretende ayudar al alivio del sufrimiento de los viejos, reflexione sobre sus prácticas y esclarezca su forma de relación con el mundo, su conocimiento del mundo y la manera en que se acerca a él. En el caso de este estudio, al adentrarme en el mundo de los viejos surgieron dentro de mí una serie de preguntas a responder, entre otras las siguientes: ¿qué concepción tengo de ese “otro” con quien interactúo?, ¿cómo lo miro?, ¿es un objeto, un paciente, un cliente, una persona o un agente de su propia vida? Y, por otro lado, ¿quién soy yo?, ¿una diseñadora de programas, una ejecutora de ellos, una investigadora que necesita recolectar los datos, una observadora, una persona, ¿quién soy que se me adjudica la autoridad para intervenir en la vida de los otros? Estas preguntas me llevaron a una reflexión profunda sobre lo que busco y mis intenciones de trabajar con los viejos, ¿qué tanto intento validar con el programa las intenciones de las “instituciones” al imponer una nueva identidad para los viejos?, ¿qué tan conscientemente pretendo imponer y decidir los sentidos y significados que los viejos deben tener y lo que deben hacer con sus cuerpos y con su subjetividad?, ¿busco que los viejos participen en la construcción de un viejo que haga ejercicio de sus libertades, del cuidado de sí y del cuidado de los

otros?, ¿de qué concepciones y recursos parto para acercarme a la realidad?, ¿cómo categorizo al mundo?, ¿qué tan consciente soy de las clasificaciones binarias que no aceptan la variabilidad, los matices, las miradas caleidoscópicas de la realidad de la vejez y el envejecimiento? A partir de estas reflexiones, comprendí que habría que cambiar mi forma de mirar el mundo, a los viejos y a mí misma. Entendí que el mundo es un universo que cambia, que se mueve, y en ese movimiento es en el que los viejos construyen sus historias, biografías, deseos, saberes, intenciones, sentidos y significados, por lo que en mis prácticas tendría que considerar todos estos elementos para valorarlos, analizarlos e incorporarlos a mis intervenciones. Comprendí la importancia fundamental que tiene escuchar a los viejos, dejar que hablen, que expresen lo que sienten, lo que piensan, lo que quieren, lo que necesitan, lo que saben. Advertí que desconocer todo lo anterior me impediría el avance en el entendimiento de lo que significa ser viejo.

Asimismo, me percaté de que, para poder cambiar, necesitaba llegar al campo no con propuestas acabadas, sino a partir de un acercamiento sensible a la realidad, a la realidad de los viejos, construir en conjunto con ellos estrategias para resolver los problemas detectados por ellos mismos a partir de una reflexión seria y compartida. Llevar a cabo una práctica de esta naturaleza me llevaría a pensar en el viejo como un ser ético, como un agente de su propia vida, por lo que las acciones se enfocarían a alcanzar la integridad del sujeto con el objetivo de que se tornase en un agente autónomo para construir conocimiento a través de la reflexión continua, del acceso a todo tipo de conocimientos que coadyuvasen a la resolución de los problemas y a la construcción de habilidades. Es decir, comprendí la necesidad de una aproximación de Promoción de la Salud Emancipadora para la mejora de la salud colectiva en el caso de los viejos. Sé que esto es difícil de alcanzar, pero creo que es importante que las prácticas se vayan enfocando hacia el logro de esos objetivos y avanzar en la construcción de políticas y de programas dirigidos a los viejos bajo esa perspectiva.

Por otro lado, reflexioné que con mis prácticas contribuía al empoderamiento de los viejos, pero también favorecía la legitimación del poder hegemónico que se sustenta en un enfoque médico en el que las enfermedades tienen un lugar prioritario y en el que se responsabiliza al viejo de su situación y condición. Con este estudio y estas reflexiones, hoy puedo afirmar que para cambiar las políticas, programas y prácticas en relación con los viejos, es necesario leer y analizar a fondo los discursos institucionales con el fin de develar sus propósitos, alcances, intenciones y ocultamientos. Afirmino que la eficiencia de la promoción de la salud de y con los viejos se logra pensando en ellos más como personas y menos como clientes; superando o, al menos reconociendo, que en el paradigma medicalizado la enfermedad es el centro de atención y no la salud; replanteando la visión gerontológica que resalta la funcionalidad como categoría básica por encima de perspectivas críticas que añadan elementos de género, poder, etnia, desigualdad, pobreza, subjetividad y colectividad, entre otros. Afirmino la necesidad de incorporar otras formas de hacer investigación que permitan reconocer las subjetividades, los mecanismos de poder en juego, así como las intenciones que infiltran nuestras prácticas, y de considerar la reflexividad como un elemento indispensable en la práctica de investigación. Igualmente, afirmo la pertinencia de trabajar desde posturas pedagógicas críticas que reconozcan la importancia de los saberes de los viejos para la construcción de nuevo conocimiento y para propiciar el desarrollo de sus capacidades humanas.

A partir de todo lo anterior, no niego la necesidad y derecho de los viejos a los servicios médicos en sus diferentes niveles de atención, sin embargo, sostengo que para promover la salud de y con los viejos, es fundamental orientar las prácticas individuales, colectivas e institucionales desde una Promoción de Salud Emancipadora que coloque al viejo como agente de cambio, como agente con conocimientos y lo dote de herramientas que le posibiliten resolver los problemas que le resulten prioritarios, un agente que tenga como prioridad la salud entendida como la capacidad de construirse futuros, de desarrollar día a día su capacidad de

pensar, de crear, de disfrutar, de trabajar, de soñar. Un agente que conozca sus derechos, incluidos los de la atención médica y que identifique cuándo y cómo hacerlos válidos; que construya o se incorpore a una base colectiva desde donde puedan hacer válidos esos derechos y planeen su vida colectiva.

Una Promoción de Salud Emancipadora no permitiría la acción geriátrica tradicional, ni las acciones de las múltiples instituciones con programas dirigidos a los viejos, ya que la verdad única de la geriatría, extendida a las instituciones, se vería cuestionada por los promotores de salud al cobrar conciencia de sus derechos y ejercer acciones de justiciabilidad y exigibilidad; este estudio revela la necesidad de considerar las restricciones de la acción de la sociedad organizada con respecto a la salud de los viejos en promover la exigibilidad y la justiciabilidad como práctica de la Salud Colectiva con respecto a los viejos.

Hasta aquí he presentado la forma en la que respondí a las preguntas de investigación que se fueron generando a lo largo de la investigación, así como la pregunta inicial: ¿Cómo repercute el PFPDIG y su enfoque de “envejecimiento activo” en las prácticas significantes y en los cuerpos de los viejos participantes del Valle del Mezquital, Hidalgo? A continuación presento el alcance de los objetivos.

Los objetivos y su acercamiento a la realidad

Reflexiono aquí sobre cómo los objetivos guiaron mi trabajo y qué tanto me acerqué a ellos. En este trabajo he planteado una apuesta primordial a entender la repercusión que tienen las acciones de las instituciones, en este caso las de la Unidad de Investigación (UI) sobre las prácticas significantes y las inscripciones en los cuerpos de los viejos del Valle del Mezquital, Hidalgo. Para alcanzar este objetivo y dar respuesta a mi pregunta de investigación elegí, como ya lo mencioné a lo largo de este trabajo, sustentar su análisis en el encuadre teórico de

la Salud Colectiva, en la sociología de Pierre Bourdieu y en sus conceptos de campo, capitales, *habitus* y poder, así como en los aportes de la Promoción de la Salud Emancipadora. Estos aportes en su conjunto me permitieron alcanzar los objetivos planteados para este trabajo. A continuación describo cada uno de ellos.

Con respecto a examinar los significados de viejo presentes en las prácticas significantes de los participantes de la UI, en primer lugar reconozco que este objetivo fue fundamental para entender que en las prácticas que llevan a cabo las instituciones, es imprescindible indagar los significados que se tienen respecto al objeto de estudio, ya que ellos están filtrados en todas las acciones. En segundo lugar, esta exploración me llevó a realizar un análisis epistémico de las prácticas de la UI, en otras palabras, me condujo a revisar qué relación con el mundo, qué conocimiento del mundo y qué manera de conocer el mundo sostiene la UI en sus acciones. Lo anterior, me llevó a entender por qué el programa adoptó esa estructura y no otra, por qué la selección de los contenidos, por qué las formas de acercamiento a los viejos y a la comunidad y, por qué los resultados obtenidos. En tercer lugar, esta indagación inicial me llevó a examinar otros significados como el de salud, el de promoción de la salud y de envejecimiento activo lo que me permitió entender las intenciones, los ocultamientos, invasiones y naturalizaciones que el programa impuso. Considero, que este objetivo fue rebasado en su planteamiento inicial.

Con respecto a examinar y describir el impacto de las prácticas significantes de la UI sobre las prácticas significantes de los viejos y las inscripciones en sus cuerpos, considero que este objetivo constituyó la guía para el trabajo de campo, ya que fundamentalmente me dirigí a examinar y a describir, en los diferentes encuentros comunicativos y en los diferentes espacios de interacción el impacto y la repercusión de las acciones de la UI sobre los viejos. En esta tarea, encontré efectos diferenciales tanto en las prácticas como en las inscripciones en los cuerpos de los viejos. Lo anterior me llevó a entender la importancia de realizar,

en cualquier acción dirigida a los viejos, un análisis minucioso de los capitales con los que cuentan, considerarlos y establecer las estrategias para potencializarlos, de manera que la capitalización sea el objetivo de los programas a través de la atención de los problemas a los que se enfrentan las comunidades de manera local. Asimismo, descubrí que los planteamientos de una Promoción de Salud Emancipadora proporcionarían las estrategias para que los viejos desarrollen sus capacidades y se planteen proyectos que les permitan coadyuvar a la resolución de los problemas identificados por ellos mismos y de esta manera, aumenten su capital social.

Asimismo, y a partir de los planteamientos de la Promoción de la Salud Emancipadora, analicé qué de las acciones del programa favorece el desarrollo de los viejos, así como aquellos elementos del mismo que pudiesen limitarlo. Este objetivo me condujo no sólo a interpretar sino a realizar un análisis minucioso y detallado del impacto del programa y a develar que no fueron los contenidos gerontológicos, ni los del envejecimiento activo los que provocaron los beneficios, sino el prestigio y el poder transmitido por la institución, que a su vez, les dio la posibilidad de ejercer poder al ser 'promotor' o 'promotora' y poseedor o poseedora de conocimientos que se transformaron en capital social.

Finalmente y a partir de las reflexiones producto del alcance de los objetivos anteriores, puedo plantear que las intervenciones de las instituciones dirigidas a los viejos deberían partir de los planteamientos de una Promoción de la Salud Emancipadora que incluya las siguientes elementos:

- Pensar al viejo como ser encarnado, ético y de responsabilidad, agente de su propia vida.
- Fomentar y participar en la construcción de un poder ciudadano.
- Fomentar el desarrollo de las capacidades humanas con responsabilidad.
- Reconocer la dimensión material y la dimensión subjetiva del viejo.

- Reconocer los capitales de los viejos y trabajar para la capitalización.
- Reconocer e incluir los saberes de los viejos.
- Partir de los problemas que los viejos detecten como prioritarios.
- Priorizar la salud.
- Priorizar la integralidad del viejo.
- Reconocer la autonomía del viejo para generar conocimiento.
- Dotarlos de herramientas y estrategias para la construcción autónoma de conocimiento y habilidades nuevas.

A continuación los aportes de la metodología para las investigaciones dirigidas a viejos.

La fuerza de la metodología

Para dar respuesta a la pregunta de investigación y alcanzar los objetivos de este trabajo fue fundamental la metodología seleccionada. Mi objeto de estudio demandaba: (1) comprender más que explicar, (2) encontrar el sentido y los significados, (3) la construcción clara del contexto, (4) la identificación de espacios y momentos en donde se revelasen con mayor claridad los contenidos de las prácticas significantes, (5) armar espacios poéticos y por tanto intertextuales e intersubjetivos, (6) la construcción de datos e interpretación densa y (7) la verificación de datos e interpretaciones con los agentes.

Considero que la metodología empleada permitió dar respuesta a la preguntas de investigación y acceder a los sentidos y significados de las prácticas de las instituciones y de las de los viejos. A través de la entrevista a profundidad, la observación, las visitas al campo, los registros, el diario de campo, los videos, los relatos y el análisis de documentos como fotografías, reportes de los promotores, testimonios y trabajos que los promotores preparaban me fue posible la construcción de los datos. Elementos que a su vez me permitieron realizar

triangulaciones que mejoraron la interpretación. Considero que tal vez hubiera sido importante poder triangular con otro observador y haber abierto espacios poéticos con los miembros de la UI. Asimismo, hubo un desfase temporal, lo que impidió la verificación de datos y de la interpretación por parte de los agentes. Considero asimismo, que el trabajo metodológico realizado a partir de este trabajo constituye un aporte importante para investigadores de la vejez y de la salud colectiva.

En el apartado que sigue, reflexiono sobre las implicaciones de las principales tesis derivadas de esta investigación para su análisis y discusión.

Tesis para su análisis y discusión

A lo largo de los ocho capítulos que conforman esta comunicación y sustento de tesis, he formulado propuestas conceptuales, metodológicas y prácticas para el entendimiento de los viejos, su salud, la salud colectiva de los viejos y su relación con las instituciones. Entre ellas, destaco aquí dos que propongo para su análisis y discusión ante la comunidad de investigadores de la Salud Colectiva y que se han sustentado en el desarrollo de esta comunicación.

1. La vejez es un constructo individual y colectivo que implica formas de percibir, apreciar y actuar que se generan en espacios socio-históricos determinados por una cultura y adopta los significados y características generales de éstos, por lo que es un concepto dinámico, sujeto a cambios en función del espacio y del tiempo por lo que no podemos hablar de vejez sino de vejezes.

Uno de los planteamientos centrales es que en la construcción de las vejezes inciden diversas experiencias históricas y correlaciones que se expresan dentro de una cultura de diferentes campos de saber y tipos de normatividad, pero también

dentro de una variedad de formas de subjetividad mediante las cuales los individuos se reconocen como sujetos.

Sostengo que las vejeces son un conjunto de discursos y prácticas en cuyo seno cobran sentido y significado el cuerpo, las voces, los discursos, las prácticas y los deseos, por lo que sólo se puede estudiar a las vejeces y a los viejos en situaciones concretas, es decir, entendiendo que poseen una conciencia con libertad dentro una temporalidad, con un pasado, con un presente y con un futuro, en un espacio relacional con 'los otros'. Sin embargo, como lo mencioné en el capítulo 2, para entender a los envejecimientos y a las vejeces desde esta perspectiva, es esencial romper con racionalidades impuestas, normativas y supuestamente universales y abrir nuevas posibilidades para experimentar nuevas formas de producción de conocimiento y abandonar preguntas explicativas para retomar aquellas que nos hablen de cómo se construyen verdades tan diversas y que nos permitan aproximarnos a la mirada comprehensiva de las múltiples "vejeces".

Asimismo, es importante trabajar desde perspectivas teóricas y metodológicas que permitan poner en tela de juicio la idea de que 'la vejez' y 'el envejecimiento' son un problema y que constituyen meramente hechos biológicos y replantear la manera de acercarse al estudio de las vejeces y los viejos. Derrumbar y reconstruir implica también incorporar perspectivas fuera del campo de la biomedicina y no perder de vista el contexto histórico, geográfico, social y económico del que toman significado los contenidos culturales del momento histórico actual.

Lo anterior implica entender a los envejecimientos y las vejeces a partir de diferentes marcos conceptuales y metodológicos; principalmente abonar a los de la Salud Colectiva enfatizando a los envejecimientos como procesos vitales en sus sentidos y significados, así como en las respuestas sociales que se generan, expresan hechos histórico-sociales que atañen a los colectivos humanos y que

por lo tanto tienen que ser comprendidos en toda su complejidad para que de esta forma se puedan construir proyectos que permitan dar soluciones a los problemas derivados del aumento de la población de vejece. Esto también implica tomar un marco de referencia que los recupere como procesos insertos en un mundo material y simbólico, y que por lo tanto, requiere observar desde dónde y cómo las prácticas del poder dominante afectan a las personas que envejecen. Implica diseñar estrategias para que el viejo desarrolle sus capacidades humanas y lograr cambios en las condiciones de existencia individual y social, en donde se considera a la Promoción de la Salud Emancipadora como acciones encaminadas a potenciar esas capacidades y que permiten al ser humano el desarrollo de esfuerzos y acciones emancipadoras para cambiar sus relaciones con el poder y modificar las inscripciones en su cuerpo. Una promoción de salud con estas características tendrá como objetivos que los cuerpos-territorio invadidos recuperen su autonomía y la capitalización de los agentes sociales y los campos subordinados o en riesgo de mayor subordinación. Implica también involucrar a los sujetos en procesos de independización y construcción de autonomía.

Resulta indispensable y urgente llamar la atención sobre la necesidad de conocer y visibilizar cómo se viven las vejece en las diferentes realidades y zonas en nuestro país así como reconocer y respetar los derechos de las personas viejas en la totalidad de nuestros entornos físicos y sociales. Sostengo que los modos de transitar las vejece son múltiples porque también lo son los modos en que la sociedad en su conjunto nos posicionamos frente a los viejos. Es allí en donde se inscriben los modos de transcurrir esa edad de la vida que no sólo es biológico-cronológica sino también social, cultural, económica, política y subjetiva. Mirar desde la perspectiva de las vejece, constituye un desafío ético por lo que tenemos que mantener un compromiso crítico con quienes trabajamos, respeto a la cultura popular, la multiculturalidad, la diferencia, el ejercicio de la flexibilidad como condición necesaria para el trabajo y construir una agenda de cuestiones

para pensar hoy a los viejos, al tiempo que pensarnos en relación con ellos como investigadores y como instituciones.

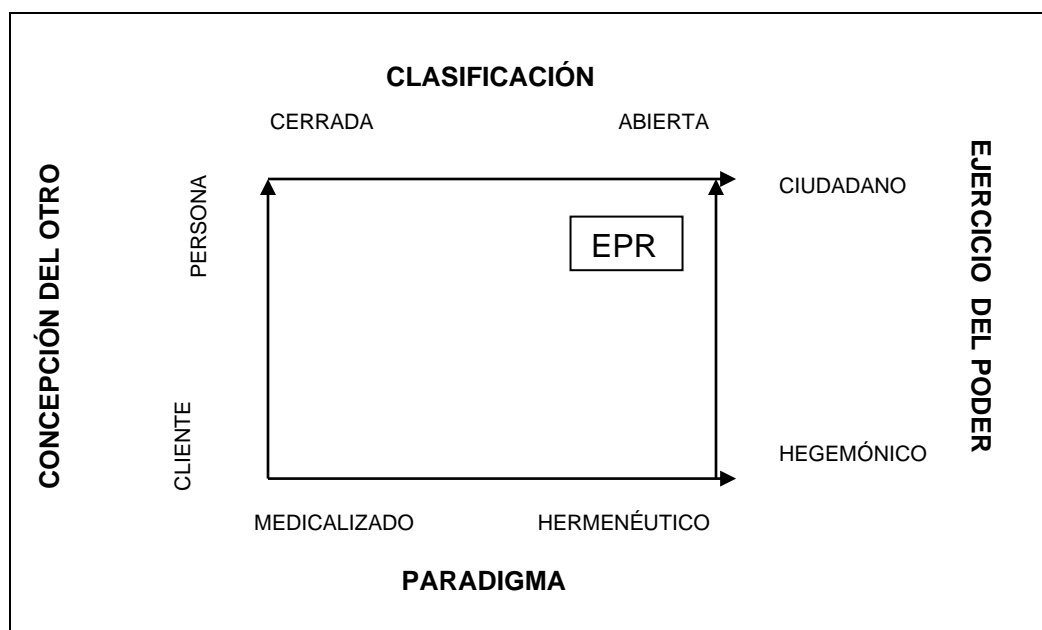
2. El envejecimiento activo (EA) tiene que ser resignificado y renombrado: de ‘envejecimiento activo’ a ‘Envejecimiento participativo con responsabilidad’.

El EA está validado por diferentes organismos internacionales que naturalizan que el envejecimiento es un problema y que se requiere sólo del establecimiento de políticas en las que los Estados *solidaria y desinteresadamente* se comprometen a dar solución a este problema en conjunto con diferentes sectores (empresarial, sanitario, educativo, etc.). Sin embargo, tanto los envejecimientos como las vejeces son procesos que forman parte de nudos problemáticos mucho más complejos que no se resuelven con el establecimiento de una política como la del EA, sino que, para dar respuestas sólidas a las necesidades que demandan, se requiere que las propuestas enfocadas a dichos procesos incorporen verdaderamente las cuestiones políticas, históricas, sociales, económicas, éticas y de derechos humanos que involucran a todos los agentes sociales, viejos, no viejos, enfermos, sanos. Además se debe tomar en cuenta las desigualdades sociales, el rezago histórico, la deuda social, la ineficiencia de los gobiernos que sostienen instituciones poco informadas sobre los problemas que pretenden atender, en este caso las vejeces.

Con base en lo anterior, propongo que las prácticas de EA se fundamenten en una visión de la promoción de la salud orientada por una utopía emancipadora, en donde se considere al “otro” como un verdadero agente de cambio de las estructuras, de la conformación social y de su propia vida. Para ello se requiere del desarrollo de diferentes acciones como dejar de ver a las vejeces y a los envejecimientos como hechos biológicos, cambiar la visión medicalizada, mirarlos en toda su complejidad, pensar transdisciplinariamente, generar metodologías que permitan tener un entendimiento más profundo en donde se tomen en cuenta tanto

a los individuos como a los colectivos; realizar investigación que incorpore, por un lado, la voz de los agentes, y por el otro la reflexión constante del quehacer del investigador, sin perder de vista los elementos de carácter ético. Asimismo, y sustentado en lo anterior, pugnar por políticas de Estado que superen el mercantilismo y lleven a políticas en donde se considere al viejo como un agente, como un constructor de su realidad en donde se plantee como objetivo el fomento del ejercicio de sus capacidades humanas. Por lo que habría que renombrar al EA por Envejecimiento participativo con responsabilidad. En el diagrama 8.2 se puede observar la región epistémica de las prácticas orientadas desde esta perspectiva.

DIAGRAMA 8.2 REGIÓN EPISTÉMICA DE LAS PRÁCTICAS DEL ENVEJECIMIENTO PARTICIPATIVO CON RESPONSABILIDAD



Fuente: Elaboración propia a partir de Chapela, 2010:154

El envejecimiento participativo con responsabilidad deberá priorizar la integralidad y la autonomía del sujeto viejo para construir conocimiento; en otras palabras, deberá proveer los medios para que el sujeto viejo reflexione sobre los problemas de la realidad que ellos mismos detecten, y tengan acceso libre a los

conocimientos para estudiar y resolver los problemas, así como acceso a los instrumentos para construir autónomamente conocimientos y habilidades nuevas que contribuyan a cuestionar los paradigmas hegemónicos.

La medida en que se puedan delinear programas que coadyuven al fortalecimiento del desarrollo de las capacidades humanas de los viejos será la medida en que se pueda incidir en sus prácticas y en las conciencias individuales y colectivas. Esto es congruente con la Salud Colectiva, que busca reconocer las construcciones sociales y que reconoce que la problemática de la salud es más amplia y compleja que la lectura realizada por la medicina; por lo que incorpora una diversidad de objetos y discursos teóricos sin reconocer en ellos perspectivas jerárquicas y valorativas, en donde el contexto geográfico histórico y socio cultural del viejo es fundamental para comprender su existencia.

Contribuciones a la Salud Colectiva

Considero que las aportaciones de este trabajo para la Salud Colectiva se centran en los siguientes aspectos.

1. Abren una gama de posibilidades para estudiar las vejez desde una perspectiva social que incorpora una nueva epistemología, teorías innovadoras como la Salud Colectiva, la sociología de Pierre Bourdieu y la Promoción de la Salud Emancipadora.
2. Incorpora una metodología interpretativa que permite acercarse al objeto desde diferentes aristas. Asimismo, considera analizadores que recuperan al objeto desde las diferentes dimensiones que lo conforman y que lo determinan.

3. Incorpora la dimensión material y subjetiva de los agentes en el proceso de intervención, así como las dimensiones micro y macro de la construcción de vejezes
4. Invita a una constante reflexión, a una permanente crítica y a un compromiso explícito para que en la elaboración de propuestas y proyectos se reconozcan los saberes y capitales como elementos a potenciar y alcanzar el desarrollo del viejo como un agente con responsabilidad ciudadana.

Finalmente, sabemos que en pocas décadas habrá por primera vez en la historia de la humanidad más viejos que niños, entre ellos estaremos muchos de nosotros. Hago una invitación al lector a pensar en el mundo que queremos para vivir nuestras vejezes, a reflexionar si queremos que la vejez siga siendo vista como enfermedad, como una condición a negar o evadir; si queremos que las instituciones continúen decidiendo por nosotros e imponiendo las identidades que desde sus escritorios diseñen. En este sentido, resulta fundamental analizar los sentidos, significados e intenciones de las prácticas de los viejos y de las instituciones que tienen por encargo su atención, así como develar los significados de viejo entre quienes viven la vejez y entre quienes se encargan de realizar las políticas y los programas. Esto debe de convertirse en una tarea continua, cuyo propósito sea que el viejo sea reconocido como persona con responsabilidad y con la capacidad para plantearse futuros de manera autónoma.

REFERENCIAS

Alba V. (1992). *Historia social de la vejez*. Barcelona: Editorial Alertes.

Aldeguería, H. J. (1995). La medicina social y la salud pública ante los desafíos del siglo XXI. *Rev. Cubana Salud Pública*, 21 (2), 10-12
Disponibile en [www:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34661995000200005&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34661995000200005&lng=es&nrm=iso)>.

Almeida, F. N y Silva, P. N. (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos médico sociales*, 75, 5-30.

Alves, M. D. S. (2007). Investigaciones sobre la vejez con la teoría de las representaciones sociales en cursos de post-grado de Brasil. *Enfermería integral*, 79, 49-55.

American Psychological Association (2002). Resolution on ageism 2002. Consultado el 13 de febrero de 2011 en <http://www.apa.org/pi/aging/ageism.html>

Arredondo, A. (1992). Análisis y reflexión sobre modelos teóricos del proceso salud-enfermedad. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 8 (3): 254-261.

Arroyo. M. A. (2001). *El valle del Mezquital. Una aproximación*. Hidalgo: Consejo Estatal para la Cultura y las Artes de Hidalgo.

Ávila. F. M. (2005). Socialización, Educación y Reproducción Cultural: Bourdieu y Bernstein. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 19, 159-174.

Avlund, K. L. (2004). Social relations as determinant of onset. *Arch. Gerontol. Geriatr* 85-99.

Ayres J. R. (2008). Para comprender el sentido práctico de las acciones de salud: contribuciones de la Hermenéutica Filosófica. *Salud Colectiva*, 4(2), 159-172.

Baker, J. L. (1958). The unsuccessful aged. *Journal of American Geriatrics Society*, 7, 570–572.

Bambrick P. B. B. (2005). Older adults' perceptions of work. *Work*, 77-84.

Baranger, D. (2004). Epistemología y metodología en la obra de Pierre Bourdieu. Buenos Aires: Prometeo Libros.

Barja, G. (1998). El problema del envejecimiento. Akal. Ediciones. Madrid.

- Barrow, R. (2002). *Los romanos*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Bass, S. (2002). Gerontology education in transition: Considering disciplinary and. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 1-11.
- Bass, S., Caro, F. & Yung-Ping Chen (1993). *Achieving a Productive Aging Society*. Michigan: Auburn House.
- Bay, G. y Macada, D. (2003). *América Latina y el Caribe: El envejecimiento de la población. 1950-2050*. Boletín Demográfico, 72, 39.
- Bazo, M. T. (1996), (coord.), "Monográfico sobre Sociología de la Vejez", *Reis Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 73, 9-298.
- Belando, M.M. (2000). *Educación y vejez social. Ámbitos y propuestas de intervención*. Barcelona: PPU.
- Bermejo, G. L. (2006). Promoción del envejecimiento activo. Programas de preparación a la jubilación. En Giro, M. J. (Coord.), *Envejecimiento activo, envejecimiento positivo*. España: Universidad de La Rioja, 65-88.
- Blau, Z. S. (1973). *Old age in a changing society*. Nueva York: New Viewpoints.
- Brenner, H. (2004). Epidemiology in aging research. *Exp Gerontol*, 679-86.
- Bonnewitz, P. (2003). *La sociología de Pierre Bourdieu*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Bourdelaís, P. (1993). *Le nouvel âge de la vieillesse. Histoire du vieillissement de la population*. Paris: Ediciones Odile Jacob.
- Bourdieu, P. (1991). *La distinción*. España: Taurus.
- Bourdieu, P. (2000). *Cosas dichas*. Barcelona: Gedisa.
- Bourdieu, P. (2007). *El sentido práctico*. Argentina: Siglo XXI Editores.
- Bourdieu, P. (2007^a). *Razones prácticas. Sobre la teoría de la Acción*. Barcelona: Anagrama
- Bourdieu, P. (2008). *Homo academicus*. Argentina: Siglo XXI Editores.
- Bourdieu, P.; Chamboredon, J.C. y Passeron, J. C. (2008). *El oficio de sociólogo. Presupuestos epistemológicos*. México: Siglo XXI

Bourdieu, P. y Wacquant, L. (2005). *Una invitación a la sociología reflexiva*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Braithwaite, V. (2004). Reducing ageism. En Nelson T.D. *Ageism* (pp. 331-332). Cambridge: The MIT Press.

Bravo, J (2000). Envejecimiento de la población y sistemas de pensiones en América Latina. *Revista de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe*, 72, 121-146.

Bravo, G. (2004). *Historia del mundo antiguo. Una introducción crítica*. Madrid: Alianza.

Breilh, J. (1995). *Nuevos conceptos y técnicas de investigación*. Quito: Centro de Estudios y Asesoría en Salud.

Breilh, J. (2004). *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar.

Brenner, H. Y. (2004). Epidemiology in aging research. *Exp Gerontol.* , 679-86.

Briggs, C. (2005). Perspectivas críticas de salud y hegemonía comunicativa: aperturas progresistas, enlaces letales. *Revista de Antropología Social*, 14 101-124.

Bühler, J. (2005). *La cultura en la Edad Media. El primer renacimiento de occidente*. España: Círculo Latino.

Bureau, P. R. (2009). *Cuadro de datos de la población mundial, 2009*.

Burges, E. W. (1960). *Aging in western culture*. Chicago: University of Chicago Press

Butler, R. (1969). Ageism. Another for of bigotry. *Gerontologist*, 9, 243-246.

Butler, R. (1975). *Why survive? Being Old in America*. New York: Ed. Harper & Row.

Butler, R. (1974). Successful aging. *Mental Health*, 58, 6–12.

Butler, R y Lewis, M. (1997). *Aging and Mental Health*. St. Louis: Mosby.

Butler, R. y Schechter, M. (1995). Productive Aging. En G.L. Maddox (Ed.), *The encyclopedia of aging* (pp. 763-764). New York: Springer.

Cachorro, G. (2008). Cuerpo y subjetividad: rasgos, configuraciones y proyecciones. *Jornadas del cuerpo y cultura de la UNLP*, La Plata. Disponible en: <http://www.fuentesmemoria.fahce.unlp.edu.ar/trab/eventos/ev.697.pdf>

Caicedo, BML. (2007). La muerte en la cultura occidental: antropología de la muerte. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36 (2), 332-339.

Calsanati, T. (2004). Feminist Gerontology and Old Men. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 305-314.

Campos, G. (2000). Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Saúde e Sociedade*, 5 (2), 219-230.

.Canabal, C. B. y Martínez, A. C. (1973) Explotación y dominio en el Mezquital en *Acta sociológica. Serie: Los indígenas*, México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Caponi, S. (2005). Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud'. *Historia, ciencias, saude*, 4 (2), 287-307.

Caponi, S., & Robelo, F. (2005). Sobre juízes e profissões: a avaliação de um campo disciplinar complexo. *Saúde e Sociedade*, 59-82.

Cárdenas, V. C. L. y González, G. C. A. (2012). *Numeralia de los Adultos Mayores en México*. Instituto de Geriatria. México.

Carmona, M. L. D.; Roza, R. C. M. y Mogollón, A. S. (2005). La salud y la promoción de la salud: una aproximación a su desarrollo histórico y social. *Cienc. Salud / Bogotá*, 3 (1), 62-77.

Castillo, S. D. (2009). Envejecimiento exitoso. *Revista Médica Clínica Las Condes. CONDES*, 20(2) 167 – 174.

Cerda, G. A., Chapela, M. C., & Jarillo, S., E. (2009). Acontecimiento, sentido y referencia. Claves para comprender la experiencia de los sujetos en procesos globales. *Argumentos*, 22, 29-47.

Cerda, G. A. (2010). Políticas dominantes en promoción de la salud. En Chapela, M. C. y Cerda, G. A. (cooms.), *Promoción de la salud y poder: reformulaciones desde el cuerpo-territorio y la exigibilidad de derechos*. México: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

Cerda, G. A. (2010). Procesos emancipadores y acción colectiva en salud. En Chapela, M. C. y Cerda, G. A. (coomps.), *Promoción de la salud y poder: reformulaciones desde el cuerpo-territorio y la exigibilidad de derechos*. México: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

Cerda, G. A. y Chapela, M. C. (2010). Los sentidos de las experiencias traumáticas: testimonio, salud y resignificación. En: Martínez, S. C. (Coord.). *Por los caminos de la investigación cualitativa*. Exploraciones narrativas y reflexiones en el ámbito de la salud. México: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

Chackiel, J. (2000). El envejecimiento de la población latinoamericana: ¿hacia una relación de dependencia favorable? División de Población, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Chile.

Chapela, M. C. (2004). La Universidad-sujeto. Utopía para el reencuentro. Reencuentro [en línea] 2004, [citado 2012-05-12]. Disponible en Internet: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=34004104> ISSN 0188-168X.

Chapela, M. C. (2008). ¿Qué promoción de la salud ha fracasado? En Chapela, M. C. y Cárdenas, R. (Coomps.), *Aspectos de las políticas y prácticas públicas de salud en México. Seguridad Social, servicios, promoción de la salud*. México: Universidad Autónoma Metropolitana.

Chapela, M. C. (2008a). Promoción de la salud para la disminución del riesgo y el cuidado de las enfermedades crónicas. En Mendoza Núñez, V., Sánchez Rodríguez, M. y Correa Muñoz, E. *Estrategias para el Control de enfermedades crónico-degenerativas a nivel comunitario*. México: Facultad de Estudios Superiores- Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México, 23-45.

Chapela, M. C. (2008b). Una definición de salud para promover la salud. En Martínez Salgado (Coomp.), *Seis miradas sobre la salud y sus relaciones con el mundo social*. México: Universidad Autónoma Metropolitana.

Chapela, M. C. (2010). Contenidos de poder en la historia de la promoción de la salud. En: Chapela, M. C. y Cerda, G. A. *Promoción de la salud y poder: reformulaciones desde el cuerpo-territorio y la exigibilidad de derechos*. México: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

Chapela, M. C. y Cerda, G. A. (2010). Investigación cualitativa sanadora. En: Martínez, S. C. (Coord.). *Por los caminos de la investigación cualitativa*. Exploraciones narrativas y reflexiones en el ámbito de la salud. México: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

Chapela, M. C. y Consejo, R. (2010). Cuerpo-territorio. En: Chapela, M. C. y Cerda, G. A. *Promoción de la salud y poder: reformulaciones desde el cuerpo-territorio y la exigibilidad de derechos*. México: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

Chapela, M. C. (2010a). Diabetes, obesidad, ocultamientos y promoción de la salud. En C. Chapela, *En el debate: diabetes en México*. (pp.135-163). México: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

Chapela, C. y Mosqueda, A. (2009). La perspectiva médico-social y su contribución al quehacer científico en salud. 35 años de desarrollo en UAM Xochimilco. En M. Andrade, E. Jarillo, O. López, A. Granados, J. Blanco, J. Castro, et al., *De la clínica a lo social: luces y sombras a 35 años* (pp. 25-51). México: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

Chapela, M. C. y Jarillo, S. E. (2001). Promoción de la salud, siete tesis del debate. *Cuadernos Médico Sociales* 79, 59-69.

Childe, G. (1978). *Los orígenes de la civilización*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.

Christensen D. A.; Ervik, R y Helgoy I. (2003). *The impact of institutional legacies on active ageing policies: Norway and UK as contrasting cases*. Stein Rokkan Centre for Social Studies. Consultado el 19 de marzo de 2011 en <http://www.ub.uib.no/elpub/rokkann/N/N18-03.pdf>

Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Cohen, E. (2001). The complex nature of ageism: What is it? Who does it? Who perceives it? *The Gerontologist*, 576-577.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL. (2003). *Panorama Social de América Latina 2002-2003*. Santiago: Autor.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL (2008). *Informe de México: el cambio demográfico, el envejecimiento y la migración internacional en México*. Santo Domingo, República Dominicana: Consejo Nacional de Población.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL (2009). *El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores sociodemográficos para América Latina y el Caribe*. Santiago, Chile: Organización de las Naciones Unidas/CEPAL.

Conferencia Internacional de Promoción de la Salud (1986). Ottawa charter for health promotion. Geneva: WHO.

Consejo de Seguridad de la Organización de las Naciones Unidas (2009). Informes del secretario general al Consejo de Seguridad e 2009. Consultado el 4 de abril de 2011 en <http://www.un.org/spanish/docs/report09/repl09.htm>

Consejo Nacional de Población (CONAPO) (2010). *Principales causas de mortalidad en México 1980 – 2007*. México: Autor.

Consejo Nacional de Población. *Comunicado de prensa. Boletín No. 09/09*.

Consejo Nacional de Población (2002) Envejecimiento de la Población de México Reto del siglo XXI

Consejo Nacional de Población (2010). Secretaría General del Consejo Nacional de Población. Principales causas de mortalidad en México 1980 – 2007 Documento de Trabajo para el *XLIII Periodo de Sesiones de la Comisión de Población y Desarrollo* “Salud, morbilidad, mortalidad y desarrollo” Nueva York, 12 a 16 de abril de 2010

Contandriopoulos. A. (2006). Elementos para una “topografía” de concepto de la Salud. *Ruptures, Revista Interdisciplinaria de la Salud*, 11 (1), 86-99.

Corcuff, P. (1995). Citado en Giménez, G. (1999). La sociología de Pierre Bourdieu. En Proyecto Antología de teoría sociológica contemporánea (eds.), *Perspectivas teóricas contemporáneas de las ciencias sociales*, 151-171

Corrales, C. (1996). Sobre la Constitución o Construcción del Sentido. Disponible: <http://iteso-mx/-carlosc/pagina/documentos/sentido3.htm>. Citado en: Narváez, X (2007), Perspectiva de la acción social desde los sentidos y los significados de los actores. CONHISREMI, Revista Universitaria de Investigación y Diálogo Académico, Vol. 3, No. 1

Craig, G. (2001). *Desarrollo Psicológico*. México: Prentice Hall.

De Beauvoir, S. (1983). *La vejez*. México: Editorial Hermes.

Deglinnocenti, M. (2001). *El capital cultural y la reproducción social*. Lomas de Zamora: UNLZ, Facultad de Ciencias Sociales, Ficha de Cátedra.

De la Rue M, C. I. (2003). The meaning of health and well-being: voices from older rural women. *Rural and Remote Health 3 (online)*, 192.

Dilman, V. M. (1970). *The Law of Deviation of Homeostasis and Diseases of Aging*. Littleton: John Wright.

Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva (DCSC) (2002). *Plan de Estudios*. México: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

Engler, T. (2002). Una ventaja para la vejez: población, pobreza y posibilidades. En Engler, T. y Peláez, M. (Eds.). *Más vale por viejo*. Estados Unidos de América: Banco Interamericano de Desarrollo.

Engler, T. (2002a). Marco conceptual del Envejecimiento exitoso, digno, activo, productivo y saludable. En Engler, T. y Peláez, M. (Eds.). *Más vale por viejo*. Estados Unidos de América: Banco Interamericano de Desarrollo.

Engler, T. (2005). Envejecimiento exitoso, empleo y emprendimiento del adulto mayor. Ponencia presentada en la *XXI Asamblea General del CISS: Trabajo, envejecimiento y discapacidad*. Mar del Plata, 7–9 de noviembre.

Eslava, C. J. (2006). Repensando la promoción de la salud en el sistema general de seguridad social en salud. *Rev. Salud pública*, 8 (2): 106-115.

Eurosocial. (2008). *Extensión de la protección social en salud a poblaciones en condiciones especiales de vulnerabilidad*. Madrid: Organización Iberoamericana de Seguridad Social.

Fabila, A. (1938). *Valle de El Mezquital*, México, Editorial Cultura.

Feito, L. (1996). La definición de la salud, *Diálogo Filosófico*, 34, 61-84.

Fericgla, J. (2002). *Envejecer. Una antropología de la ancianidad*. Barcelona: Herder.

Fernández, B. R. (2000). La Gerontología positiva. *Rev Mult Gerontol*, 10(3), 143-145.

Fernández, J. M. (2005). La noción de violencia simbólica en la obra de Pierre Bourdieu: una aproximación crítica. *Cuadernos de Trabajo Social*, 18, 7-31

Ferreira, R. y Dos Santos, I. (2005). Trascender com a natureza: A Espiritualidade para os idosos. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 7 (2), 148-158.

Fierro, J.; Garret, M. G y Moreno, B. (2006). *Otomíes del Valle del Mezquital*, México: Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas.

Figueras, A. J. (1991). Análisis del mercado de la salud. *Económica*. La Plata, XXXVII, 1-2.

Filardo V. y Muñoz, C. (2002) *Vejez en Uruguay ¿Hacia una sociología de las relaciones de edad?* En Mazzei E. (Comp.) *El Uruguay desde la Sociología*. Las Brujas. Disponible en:
<http://www.rau.edu.uy/fcs/soc/Publicaciones/Libros/Uruguay.html>

Filardo, V. (2008). Temporalidades juveniles, en *El Uruguay desde la sociología* VI. Montevideo: Universidad de la República, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Sociología, 119-134.

Finch, C. E. y Hayflick, L. (1977). *Handbook of biology of aging*. New York: Van Reinhold Co.

Fisher, B. J. (1995). Successful aging, life satisfaction, and generativity in later life. *Int J Aging Hum Dev.* , 239-50.

Fleury, S. (2009). Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3):743-752.

Foucault, M. (1992). *Microfísica del poder*. Ed. La piqueta, Madrid.

Franco, A. (2006). Teorías y tendencias en salud pública. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 24 (2). 119-130.

Fromholt, P, L. P. (1994). Own aging: future time perspectives and scenarios perceived by females employed in old age care. *Aging*, 73-9.

Garay, S, Ávalos R. (2009). Autopercepción de los adultos mayores sobre su vejez. *Rev Kairós*, 12(1), 39-58.

García, G. F. (2005). Vejez, envejecimiento e historia. En García, González (Ed.), *Vejez, envejecimiento y sociedad en España siglos XVI-XXI*. Universidad de Castilla-La Mancha: Cuenca.

García, M. B. (2008). *Las regiones de México. Breviario geográfico e histórico*. México: El Colegio de México.

García, V. O. (1991). ¡Las aguas negras! ¿Hacia una nueva vida? en Martínez Assad, C. y Sarmiento, S. (Coords.). *Nos queda la esperanza. El Valle del Mezquital*, México: Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.

Gastrón, L. (2008). Las ciencias sociales en el campo del envejecimiento: líneas teóricas vigentes en investigaciones en Latinoamérica. En Trujillo; Z. Becerra, M. y Rivas M. *Latinoamérica envejece. Visión gerontológica/ geriátrica*. México: Mc Graw Hill Interamericana.

Giménez, G. (1999). La sociología de Pierre Bourdieu. En Proyecto Antología de teoría sociológica contemporánea (eds.), *Perspectivas teóricas contemporáneas de las ciencias sociales*, UNAM / FCPyS, 151-171.

Giménez, G. (2002). *Introducción a la sociología de Pierre Bourdieu*. Colección Pedagógica Universitaria 37-38.
http://www.uv.mx/cpue/coleccion/N_3738/B%20Gilberto%20Gimenez%20Introduccion%202.pdf

Giraldo, O. A; Toro, R. Y.; Macías, L. A.; Valencia, G. C. y Palacio. R. S. (2010). La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. *Hacia la Promoción de la Salud*, 15 (1), 128 – 143.

Gloria, M., Rubio, F. G. (2010). *Análisis comparativo sobre los programas para adultos mayores en México*. Santiago de Chile: Organización de las Naciones Unidas /CEPAL.

Gómez-Arias, D. (2004). Evaluando la prevención de la enfermedad y la Promoción de la salud: factores a considerar. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 22 (1), 87-106.

Gómez-Arias, R. D. (2004). Evaluando la prevención de la enfermedad y la Promoción de la salud: factores a considerar. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 22 (1), 87-106.

González, A. M. (2002). Aspectos éticos de la investigación cualitativa. *Revista Iberoamericana de educación*, 29, 85-103.

González, C. L. (2009). Estudio de casos bajo el enfoque transdisciplinar. *Multiciencias*, 303-312.

González, G. N., Ángeles, C. M. (2009). Apuntes para repensar la "teoría de la transición epidemiológica" y su importancia para el diseño de políticas públicas. *Espacios Públicos*, 12, 151-162.

González, G. X. (2010). Diálogo fenomenológico-científico. Una propuesta para la medicina actual. *Ludus Vitalis*, 33 (18), 301-304.

González, S. B. (1998). *Sistema de irrigación con aguas residuales y pueblos indígenas del Mezquital, Estado de Hidalgo. 1865-1895*, México: Escuela Nacional de Antropología e Historia, (tesis de licenciatura).

González-Molina, J. (2002). Educación, movilización social y abogacía para promover la salud. *Rev. Med.*, 18, 192-197.

Gorman, M. (1999). Development and the rights of older people. En Randel J.; German, T. & Ewin, D. (Eds.). *The ageing and development report: poverty, independence and the world's older people*. London: Earthscan Publications Ltd., 3-21.

Gracia, D. (2011). La salud se ha convertido en un bien de consumo. *Revista Juanciedad* No. 553, 16-18. Sevilla.

Gramsci, A. (1975). *Quaderni del carcere*. Turin: Einaudi.

Granados, C. y Delgado, S. G. (2006). Temas médico–sociales en México. La maestría en Medicina Social y la revista Salud Problema. *Perfiles Educativos*, 28 (113), 129-141.

Granda, E. (2003). Formación de salubristas: Algunas reflexiones. En Universidad de Antioquia (Ed.). *La salud colectiva a las puertas del siglo XXI*. Colombia: Autor, 1-46.

Granda, E. (2004). ¿A qué llamamos Salud Colectiva hoy? *Rev Cubana de Salud Pública*, 30(2), 1-20.

Grbich, C. (2007). *Qualitative Data Analysis: An Introduction*. London: SAGE Publications.

Grin, D. G. (1999). *A reinvencao da velhice*. Sao Paulo: Editora da Universidade de Sao Paulo.

Grin, D. G. (2003). A antropología e o estudo dos grupos e das categorías de idade. En Myriam Moraes (Ed.). *Velhice ou Tercera Idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memoria e política*. Río de Janeiro: FGV.

Gubrium, J. F. Holstein, A. y Buckholdt, D. R. (1994). *Constructing the life Course*. Dix Hills. New York: General Hall, Inc.

Guerra, D. (2006). El neoliberalismo como amenaza para el acceso a la salud de los colombianos. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, (24) 142-146.

Guzmán, J. (2002). *Envejecimiento y desarrollo en América Latina*. Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe-Centro Latinoamericano de Demografía.

Ham, R. (1999). Conceptos y significados del envejecimiento en las políticas de población. En Consejo Nacional de Población (Ed.). *Envejecimiento demográfico en México: Retos y perspectivas*. México: Autor.

Ham, R. (2003), Enfoques y perspectivas sobre el envejecimiento en México. En: Salgado, N. Y Wong, R. (Eds.). *Envejeciendo en la Pobreza. Género, salud y calidad de vida*, México: Instituto Nacional de Salud Pública.

Harman, D (1956). "Aging: a theory based on free radical and radiation chemistry". *Journal of Gerontology* 11 (3), 298–300.

Haro, J. A. (2009). Epidemiología convencional, epidemiología sociocultural y salud colectiva. Requerimientos para un diálogo entre disciplinas. Artículo sometido para su publicación en la Revista Salud Colectiva (en revisión).

Hayflick, L. (1999). *¿Cómo y por qué envejecemos?* Barcelona: Herder.

Hazard, P. (1991). *El pensamiento europeo en el siglo XVIII*. Madrid: Alianza.

Heathcote, G. (2000). Autonomy, health and ageing: transnational perspectives. *Health Education Research*, 13-24.

Hernández, M. A. (1964). *El valle del Mezquital*, México: Secretaría de Educación Pública.

Hessel, R. (2008). Envejecimiento activo en una sociedad de personas mayores: formación para todas las edades. *Revista Europea de Formación Profesional*, 45, 158-180.

Hidalgo, G. J. G. (2009). *El envejecimiento. Aspectos sociales*. Costa Rica: UCR

Hindley, G. (2010). *Las cruzadas. Peregrinaje armado y guerra santa*. Barcelona: Vergara.

Hirsch, H. (1996). *Lecturas básicas II. Contexto cultural, social y económico de México y América Latina*. México: Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco.

Hobsbawm, E. (2000). *Historia del siglo XX*. Barcelona: Ariel.

Hochschild, A. R. (1973). *The unexpected community*. California: Prentice Hall.

- Hourani, A. (2003). *Historia de los árabes*. Barcelona: Vergara.
- Holstein M. B., M. M. (2003). Self, society, and the "new gerontology". *Gerontologist*, 787-96.
- Huenchuan, S.; Morlachetti, A. (2006). Análisis de los instrumentos internacionales y nacionales de derechos humanos de las personas mayores. *Notas de Población*, 81, pp. 162.
- Hutchison, T., Morrison, P., Mikhailovich, K. (2006). *A review of the literature on active ageing*. Camberra: Australian Government Department of Health and Ageing.
- Iacub, R. (2003). La Post-Gerontología: hacia un renovado estudio de la gerontología. *Revista de Trabajo Social, Perspectivas Notas sobre Intervención y Acción Social*, 31-40.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). (2002). *XII Censo General de Población y Vivienda*. México: Autor.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). (2005). *Los adultos mayores en México. Perfil sociodemográfico al inicio del siglo XXI*. México: Autor.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). (2007). *Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad. Datos nacionales*. México: Autor.
- Iriart, C., Waitzkin, H., Breilh, J. y Estrada, A. (2002). Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2 (12), 128-136.
- Jara, N. I. (2001). Ética de la salud como ética de la vida. *Gerencia y Políticas de Salud*, 1 (1), 86-102.
- Johnson, P. (1991). *El nacimiento del mundo moderno*. Barcelona: Vergara.
- Johnson, P. (2004). *Historia del cristianismo*. Barcelona: Vergara.
- Judge, K., Platt S., Costongs C. y Jurczak, K. (2005). *Health inequalities: a challenge for Europe*. UK Presidency of the European Union. Consultado el 9 de junio de 2011 en http://www.fco.gov.uk/Files/kfile/HI_EU_Challenge,0.pdf
- Kalache, A. (2011). Una sociedad para todas las edades. En: *Libro Blanco sobre Envejecimiento Activo*. España: IMSERSO.

- Kazez, R. (2009). Los estudios de casos y el problema de la selección de la muestra: Aportes del sistema de matrices de datos. *Subj. procesos cogn.* [online]. 13 (1) 71-89. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73102009000100005&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1852-7310.
- Kehl, W, S. Fernández, F. J. (2001). La construcción social de la vejez. *Cuadernos de Trabajo Socia*, 14: 125-161.
- Kending, H. (2003). Directions in Environmental Gerontology: A Multidisciplinary Field. *The Gerontologist*, 611-614.
- Kuckelman, A. F. (2002). Qualitative research: What does it have to offer to the Gerontologist. *Journal of Gerontology: Medical Sciences* , 197-202.
- L'Abbatte, S. (2003). A análise institucional e a saúde coletiva. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. Vol.8, n.1 [cited 2012-07-05], pp. 265-274 . Disponible en: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000100019&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000100019>.
- Langarica, R. (1985). *Gerontología y Geriatria*. México: Interamericana.
- Reyes, G. L. (2001). *El envejecimiento de la población zoque de Chiapas*. México: Demos.
- Laurell, C. (1994). Sobre la concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad. En: Rodríguez, M.I. (Coord.). *Lo biológico y lo social*. 101, 1-19.
- Lifshitz, G. A. y Estrada, G. C. (1998). El envejecimiento. Un enfoque médico-social. *Ciencia y desarrollo*, 142, 11-17.
- Lombardo, E. y Krzemien, D. (2008). La Psicología del curso de vida en el marco de la Psicología del desarrollo. *Revista Argentina de Sociología*, 10, 111-120
- López, J. y Bonfil, X. (2008). Sobre la salud pública basada en pruebas. *Revista Española de Salud Pública*, 82 (1), 1-4.
- López, O. y Blanco, J. (1994). Modelos sociomédicos en Salud Pública. Coincidencias y desencuentros. *Revista Salud Pública de México*, 36(4): 374-384.

López, S., Chápela, C., Hernández, G., Cerda, A., Outón, M. (2011). Concepciones sobre la salud, la enfermedad y el cuerpo durante los siglos XIX y XX, En: Chapela, C. Contreras, M.E. *Pensar el futuro de México*. Colección conmemorativa de las revoluciones centenarias. La salud en México. UAMX. México.

López, O. y López, S. (2005). *Seminario Teórico I*. Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva. México: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

López, O. y Peña, F. (2005). Salud y sociedad. Aportaciones del pensamiento latinoamericano. En: Garza, E. (Coord.). *Tratado de Sociología*. México: Universidad Autónoma Metropolitana (en prensa).

López, O. y Peña, F. (2006). Salud y sociedad. Aportaciones del pensamiento latinoamericano. *Medicina Social*, 1 (3), 82-102.

López-Austin, A. (1996). *Cuerpo humano e ideología, las concepciones de los antiguos nahuas*. México: Instituto de Investigaciones Antropológicas Universidad Nacional Autónoma de México.

McMullin, J. (2000). Diversity and the state of sociological ageing theory. *Gerontologist*, 40, 517–530.

Madriz, G. (2008). La entrevista en profundidad: Dos entre-vistas y una mirada. *Ensayo y Error*. [online]. ago. 2008, vol.17, no.35 [citado 26 Mayo 2012], p.137-152. Disponible en la World Wide Web: <http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-21492008000200008&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1315-2149.

Márquez, F. (1993). Las políticas del Instituto Mexicano del Seguro Social relacionadas con la tercera edad. En *Atención médico social a la tercera edad en América latina* (39-60). México: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social.

Martín, G. A. V. (2000). Diez visiones sobre la vejez: Del enfoque deficitario y de deterioro al enfoque positivo. *Revista de Educación*, 323, 161-182.

Martínez, C. P. (2006). El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento y gestión*, No. 20. <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/646/64602005.pdf>

Martínez, M. L.; Vivaldo, M. y Mendoza, V. M. (2008). ¿Qué es el viejismo? En *Viejismo: prejuicios y estereotipos de la vejez*. México: Facultad de Estudios Superiores - Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México.

- Martínez, O. (2003). La promoción de la salud. *Némesis Médica*, 51(3), 158 – 163.
- Martínez, S. C. (2008). Los múltiples significados de la salud. Un recorrido bajo la guía de Canguilhem. En: Chapela, M. C., Echarri, C. y Vargas, H. (Coords.) *Seis miradas sobre la salud y sus relaciones con el mundo social*. México: Universidad Autónoma Metropolitana, 35-57.
- Martínez, S. C. (2010). Cultivando la relación médico-paciente en escenarios difíciles. En: Martínez, S.C. (Coord.) *Por los caminos de la investigación cualitativa. Exploraciones narrativas y reflexiones en el ámbito de la salud*. México: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.
- Mayz, D. C. (2009). ¿Cómo desarrollar, de una manera comprensiva, el análisis cualitativo de los datos? *EDUCERE Artículos Arbitrados* (44), 55 – 66.
- Méndez, G. P. (2007). La concepción social de la vejez: entre la sabiduría y la enfermedad. *Zerbitzuan* 41, 153-160.
- Mendoza, V. M., Sánchez, M. A. y Correa, E. (2008). *Estrategias para el control de enfermedades crónico-degenerativas a nivel comunitario*. México: Facultad de Estudios Superiores- Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Menéndez, E. y Di Pardo, R. (2008). La representación social negativa de los procesos de salud/enfermedad/atención en la prensa escrita. *Salud Colectiva*, 4(1), 9-30.
- Meneu, G., R. (2008). Conceptos básicos de Salud, Módulo III. En *1ª Edición del Curso on-line "Interculturalidad y Extensión de la Cobertura de la Protección Social en Salud para Trabajadores Agrícolas y Pueblos Indígenas"*. Consorcio Eurosocial Salud, España.
<http://biblioteca.programaeurosocial.eu/PDF/Salud/Modulo3.pdf>
- Minois, G. (1987). *Historia de la vejez. De la antigüedad al renacimiento*. Madrid: Editorial Nerea.
- Montes de Oca, V. (2010). Pensar la vejez y el envejecimiento en el México contemporáneo. *Renglones*, 62, 159-181.
- Moñivas, A. (1998). Representaciones de la vejez (modelos de disminución y crecimiento). *Anales de Psicología*, 14 (1), 13-25.
- Moraes, M. y De Barro, L. (1998). *¿Velhice ou Terceira Idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política*. Editora Fundacao Getulio Vargas. Rio de Janeiro.

Moragas, R. (1991). *Gerontología Social Envejecimiento y Calidad de Vida*. Barcelona: Editorial Herder.

Moreno, A. B.; Garret, R. M. G., Fierro, A. U. J. (2006). *Otomíes del Valle del Mezquital*, México, Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas.

Munchinik, E. (2006). *Envejecer en el siglo XXI. Historia y perspectivas de la vejez*. Buenos Aires: Lugar.

Muñoz, O., Peña, C. y Durán, L. (2004). *La salud en el adulto mayor*. México: Instituto Mexicano del Seguro Social.

Neri, A. y Cachioni, M. (1999). Velhice bem-sucedida e educação. En Neri A, Debert G. *Velhice e Sociedade* (113-140). Campinas: Papirus.

North, D. (1978). *El nacimiento del mundo occidental. Una nueva historia económica*. Madrid: Siglo XXI.

Nunes, E. (1996). Saúde coletiva: revisitando a sua história e os cursos de pós-graduação. *Ciência & Saúde Coletiva*, 1(1), 55-69.

Nutbeam, D. (1998). *Glosario Promoción de la Salud*. Consultado el 7 de enero de 2011 en www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf

Organización Iberoamericana de Seguridad Social (2008). *Situación, necesidades y demandas de las personas mayores en Bolivia, Colombia, Costa Rica, Ecuador y México*. OISS.

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. (2008). La salud y la salud pública en la historia. En OPS/OMS, *Salud Pública en las Américas. Fundamentos de la renovación conceptual*. Washington D. C.: Organización Panamericana de la Salud.

Organización de las Naciones Unidas. (1948). *Universal Declaration of Human Rights*. Washington: Autor.

Organización de las Naciones Unidas (1991). *United Nations Principles for Older People*. Consultado el 20 de marzo de 2011 en http://www.seniorindian.com/united_nation_principles_for_old.htm

Organización de las Naciones Unidas (2005). *Report on the world social situation 2005: the inequality predicament*. Consultado el 20 de marzo de 2011 en <http://www.un.org/esa/socdev/rwss/media/05/cddocs/fullreport05.htm>

Organización de las Naciones Unidas (2007). *Estudio Económico y Social Mundial 2007. El desarrollo de un mundo que envejece*. Departamento de Asuntos Económicos y sociales. Nueva York.

Organización de las Naciones Unidas (2010). *Ulterior aplicación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, 2002*. Consejo Económico y Social. ONU.

Organización de las Naciones Unidas (2010). *Estudio Económico y Social Mundial. Nuevos instrumentos para el desarrollo mundial*. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales: Nueva York.

Organización Iberoamericana de Seguridad Social, OISS (2008). *Situación, necesidades y demandas de las personas mayores en Bolivia, Colombia, Costa Rica, Ecuador y México*. Madrid: Autor.

Organización Mundial de la Salud (2002). *Active ageing. A policy framework*. Consultado el 7 de marzo de 2011 en http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf

Organización Mundial de la Salud (2003). *The Social Determinants of Health. The Solid Facts*. Consultado el 5 de abril de 2011 en <http://www.who.org/a/856>

Organización Mundial de la Salud (2005). Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado (2005). Consultado el 28 de febrero de 2011 en http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf

Organización Mundial de la Salud (2010). *Health statistics and health information system. Definition of an older or elderly person*. Consultado el 7 de junio de 2011 en <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/index.html>

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, OECD. (2000). *Reforms for an Ageing Society*. Paris.

Orgel, L. E. (1970). The maintenance of the accuracy of protein synthesis and its relevance to ageing. A correction. *Proc Natl Acad Sci*, 76, 14-76.

Orijuela, E. G. (1998). Envejecimiento en comunidades campesinas: proyecto envejecer en el campo. *Colombia Médica*, 121-124.

Orozco, P.; Reyes, S.; Robles, L. y Vázquez. B. (2006). *Miradas sobre la vejez. Un enfoque antropológico*. México: El Colegio de la Frontera Norte/ Plaza y Valdés Editores.

Ortiz, P. J. A. (1999). *Envejecimiento: ¿Programa genético o desgaste?* México: Instituto Nacional de Antropología e Historia.

Otero, P. A., Zunzunegui, P. M. V., Béland, F. Rodríguez, L. A., García de Yébenes, P.MJ. (2006). *Relaciones sociales y envejecimiento saludable*. Fundación BBVA. Bilbao.

Palmore, E. (1990). *Ageism: negative and positive*. New York: Springer.

Pillemer, K. C. (2003). Finding the Best Ways to Help: Opportunities and Challenges of Intervention Research on Aging. *The Gerontologist*, 5-8.

Pinquart, M. (2002). Good news about the effects of bad old-age stereotypes. *Exp Aging Res*, 317-336.

Pla, J.L. (2010). *Aproximaciones teórico filosóficas al problema de la movilidad y la reproducción social: una confrontación con Sartre y Bourdieu*, en *Contribuciones a las Ciencias Sociales*. Consultado el 22 de marzo de 2011 en www.eumed.net/rev/cccss/07/jlp.htm

Presidencia de la República Mexicana. Plan Nacional de Desarrollo (2007-2012). Consultado el 18 de enero de 2011 en <http://pnd.presidencia.gob.mx/>

Pressey, S. L., & Simcoe, E. (1950). Case study comparisons of successful and problem old people. *Journal of Gerontology*, 5, 168–175.

Population Reference Bureau. (2009). *Cuadro de datos de la población mundial*. Washington: Autor.

Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud (1986). *Carta de Ottawa Para la Promoción de la Salud*. Consultada el 5 de febrero de 2011 en www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf

Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud Promoción de la salud: hacia una mayor equidad Ciudad de México, 5-9 de junio de 2000. Consultado el 28 de junio de 2011 en http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/hpr_mexico_report_sp.pdf

Ramírez, G. T. (2010). El efecto de la migración en el envejecimiento demográfico de Máxio. En: Gutiérrez, R.L.M. y Gutiérrez, A. J. *Envejecimiento Humano. Una visión Transdisciplinaria*. Instituto de Geriatria. México.

Ramos, E. J., Meza, C. A., Maldonado, H. I, Ortega, M. M. P, Hernández, P. T. (2009) Aportes para una conceptualización de la vejez. *Revista de Educación y Desarrollo*, 11.

Restrepo, H. (2001). Antecedentes históricos de la Promoción de la Salud. En: Restrepo H. y Málaga, H. *Promoción de la Salud: Cómo construir vida saludable*, 15-23. Bogotá: Editorial Médica Panamericana.

Restrepo, H. (2001a). Conceptos y definiciones. En: Restrepo H. y Málaga, H. *Promoción de la Salud: Cómo construir vida saludable*, Bogotá: Editorial Médica Panamericana.

Rodríguez, I. J. E. (1979). Perspectiva sociológica de la vejez. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 7, 77-97.

Rodríguez, G. R. y Lazcano, B. G. (2007). *Práctica de la Geriátría*. México: McGraw Hill.

Rondero, C. (1999). *Vejez y subjetividad*. Universidad Nacional Autónoma de México: Facultad de Psicología. (Tesis de Maestría en Psicología Clínica).

Rosen, G. (1986). *De la policía médica a la medicina social*. México: Siglo XXI.

Rosow, I. (1974). *Socialization to old age*. Berkeley: Universidad de California.

Rowe, J. W. y Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433-440.

Ruiz, M.; Scipioni, A.; Lentini, D. (2008) Vejez e imaginario social. *Revista electrónica de psicología política* 16, (6), 1-11. [online]
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1669358266935822008000100009&lng=pt&nrm=iso. ISSN 1669-3582.

Sánchez, D. R. A. (2007). La teoría de los campos de Bourdieu, como esquema teórico de análisis del proceso de graduación en posgrado. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 9 (1). Consultado el 29 de enero de 2010, en: <http://redie.uabc.mxvol9no1/contenido/dromundo.html>

Sánchez, V. P. (1992). Bases y fundamentos para una aproximación sociológica a la vejez, *Papers. Revista de Sociología*, 40, 99-120.

Sapag, J. C. y Kawachi, I. (2007). Capital social y promoción de la salud. *Rev Saúde Pública*, 41(1), 139-49.

Schroeter, K. R. (2004). The Doxa of the social-gerontological field: successful and productive aging-orthodoxy, heterodoxy or allodoxy? *Z Gerontol Geriatr*, 51-5.

Séjourné, L. (2003). *Pensamiento y religión en el México antiguo*. México: Fondo de Cultura Económica.

Settersten, R. A. (2003), "Propositions and controversies in life-course scholarship", en Settersten, R. A. (ed.), *Invitation to the life course. Toward new understandings of later life*, Amityville (NY), Baywood, pp. 15-45.

Sexta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud (2005). Consultada el 20 de junio de 2011 en <http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/8/documentos12-1.pdf>

Shakespeare, W. (2010). *As You Like It: The Seven Ages of Man*. Consultado el 4 de marzo de 2011 en http://es.wikipedia.org/wiki/Como_gust%C3%A9is

Sheehan, S. (2002). *Illustrated Encyclopaedia of Ancient Greece*. Londres: The British Museum.

Silva, P. J. y Almeida-Filho, N. (2000). *A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade Editora.

Tate, R. L. (2003). Definition of successful aging by elderly canadian males. *The Gerontologist*, 735-744.

Torres, M. (2007). El reto por desarrollar una salud pública en contraposición a una salud privada. *Revista Cubana de Salud Pública* [en línea] vol. 33 [citado 2012-07-05]. Disponible en Internet: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=21433412>. ISSN 0864-3466.

Traxler, A. (1980). *Let's get gerontologized: Developing a sensitivity to aging the multi-purpose senior center concept. A training manual for practitioners working with the aging*. Illinois Department of Aging.

Trejo, M. C. (2001). El Viejo en la historia. *Acta Bioethica*, año VII (1).

Triado, C.; Celdran, M.; Conde, L.; Montoro, J., Pinazo, S. y Villar, F. (2008). *Envejecimiento productivo: la provisión de cuidados de los abuelos a los nietos. Implicaciones para su salud y bienestar*. Madrid: Informe de investigación para el Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

Troen, B. R. (2003). The biology of aging, *Mt. Sinai J. Med.*, 70, 3-22.

Vargas-Guadarrama, L. (2008). El viejismo a través de la Historia. En *Viejismo: Prejuicios y Estereotipos de la vejez*, México: Facultad de Estudios Superiores-Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México.

Varguillas, C. C., Siavil Ribot, F. S. Implicaciones conceptuales y metodológicas en la aplicación de la entrevista en profundidad *Laurus* [en línea] 2007, 13 [fecha de consulta: 26 de mayo de 2012] Disponible en:

<<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=76102313>> ISSN 1315-883X

Vega, F. L. (2002). Ideas, creencias y percepciones acerca de la salud: reseña histórica. *Salud pública Méx* [online], 44 (3), 258-265.

Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000300010&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0036-3634.

Vélez A. A. L. (2007). Nuevas dimensiones del concepto de salud: el derecho a la salud en el estado social de derecho. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12, 63-78.

Vergara, Q. M. C. (2007). Tres concepciones históricas del Proceso salud-enfermedad. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12, 41- 50.

Vidovicov, L. (2005). To be active or not to be Active, that is the question: The preference model of activity in advanced age. *Ageing International*, Fall 2005, Vol. 30, No. 4, pp. 343-362.

Villegas, M. M. y González, F. (2011). La investigación cualitativa de la vida cotidiana. Medio para la construcción de conocimiento sobre lo social a partir de lo individual. *Psicoperspectivas*, 10 (2), 35-59. Recuperado el 22 de mayo de 2012 desde <http://www.psicoperspectivas.cl>

Villela, W., Monteiro, S., y Vargas, E. (2009). A incorporação de novos temas e saberes nos estudos em saúde coletiva: o caso do uso da categoria gênero. *Ciênc. saúde coletiva* [online], 14 (4), 997-1006. Disponible en: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400002&lng=en&nrm=iso>ISSN1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000400002>.

Vivaldo, M. (2005). *Alcances y limitaciones en la aplicación de acuerdos internacionales sobre el envejecimiento. Estudio Comparado: México-España*. México, Universidad Nacional Autónoma de México. Tesis de licenciatura.

Vizcarra, F. (2002). Premisas y conceptos básicos en la sociología de Pierre Bourdieu. *Estudios sobre las culturas contemporáneas*, 8 (16), 55-68.

Von Storch, V. (2009) La vigencia del pensamiento de Pierre Bourdieu para analizar la relación entre sistema de valores y relaciones de poder en América Latina. *Prácticas de Oficio. Investigación y reflexión en Ciencias Sociales*, 5, 1-7.

Wahl, HW, W. G. (2003). Environmental gerontology at the beginning of the new millennium: reflections on its historical, empirical, and theoretical development. *The Gerontologist*, 616-627.

Walker, A. (2002). Una estrategia de envejecimiento activo. *Revista Internacional de Seguridad Social*. 55(1). P. 139-164.

Walters, W. A. (2003). Disciplinary Perspectives on Later-Life Migration in the Core Journals of Social. *The Gerontologist*, 758-760.

Yuste, N. (2000). *En pos de la comprensión de la adultez y senectud*. Almería: SPU.

Zúñiga, E. y Vega, D. (2004). *Envejecimiento de la población de México Reto del siglo XXI*. México: Consejo Nacional de Población.

ANEXOS

ANEXO 1. Envejecimiento activo en cinco países de la OCDE

Tabla 1.1 Envejecimiento activo en cinco países de la OCDE

Tabla 1.2 Envejecimiento activo en cinco países de la OCDE (Continúa)

Tabla 1.3 Envejecimiento activo en cinco países de la OCDE (Continúa)

Tabla 1.4 Envejecimiento activo en cinco países de la OCDE (Continúa)

Tabla 1.5 Envejecimiento activo en cinco países de la OCDE (Continúa)

Anexo 1. Envejecimiento activo en cinco países de la OCDE

Tabla 1.1. Envejecimiento activo en cinco países de la OCDE						
País	Fundamentos	Objetivos	Medidas clave	Metas	Fortalezas	Debilidades
CANADÁ	<p>El EA se define de acuerdo con la OMS.</p> <p>La calidad de vida se describe como “un concepto amplio que incorpora de una manera compleja, la salud física de las personas, el estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, creencias personales y la relación con las características más importantes del ambiente”.</p> <p>Se concibe al EA como una estrategia multidisciplinaria, multisectorial y coordinada que busca fomentar la participación y la igualdad para la gente mayor.</p> <p>Los agentes de apoyo son los mismos individuos, familia y amigos, servicios comunitarios y el Estado.</p>	<p>Fomentar la participación y la igualdad para la gente mayor.</p> <p>Investigar la repercusión de la discriminación por causa de la edad en el trabajo.</p> <p>Actualizar la evidencia en materia de actitudes y percepciones del empleado con respecto de los viejos.</p> <p>Remodelar los programas de empleo a fin de que se incremente la participación y éxito de los adultos mayores en su inserción laboral.</p>	<p>Promueve el EA como una estrategia multidisciplinaria, multisectorial y coordinada.</p> <p>Entre los elementos que posibilitan el EA se encuentran: vivir en un hogar seguro, alimentación adecuada, acceso al transporte apropiado e información sobre salud y servicios sociales.</p> <p>Se toman en cuenta factores como el género, los ingresos, el estado civil, la educación, los valores culturales, la etnia y la capacidad funcional.</p>	<p>Realizar reformas a las políticas de pensiones.</p> <p>Promover un nuevo enfoque para la salud pública en Canadá que enfatice los determinantes sociales de la salud.</p>	<p>Se basa en la OMS y retoma el modelo de determinantes de la salud.</p> <p>Apuesta por un enfoque multisectorial coordinado desde el gobierno.</p> <p>Reconoce las necesidades de los indígenas.</p> <p>Tiene programas para cuatro grupos específicos: (1) ancianos independientes; (2) ancianos con alguna discapacidad; (3) ancianos dependientes y (4) ancianos cercanos al fin de su vida.</p> <p>Establece una política para el apoyo de la investigación.</p>	<p>Son necesarias reformas más profundas en las políticas de pensión, a fin de posibilitar la participación de los ancianos en las actividades laborales.</p> <p>La actividad en materia de salud pública se lleva a cabo a partir de un enfoque biomédico para la protección de salud o mediante enfoques de comportamiento para la PS.</p>

Fuente: Elaboración propia a partir de: Hutchison, T., Morrison, P., Mikhailovich, K. (2006). *A review of the literature on active ageing*. Australian Government Department of Health and Ageing. Healthpact Research Centre for Health Promotion and Wellbeing. University of Canberra. Australia.

Tabla 1.2. Envejecimiento activo en cinco países de la OCDE (continúa)						
País	Fundamentos	Objetivos	Medidas clave	Metas	Fortalezas	Debilidades
NUEVA ZELANDA	<p><i>La Estrategia de envejecimiento positivo de Nueva Zelanda</i> fue lanzada antes de la política de EA de la OMS. Sin embargo, se trata de una estrategia de amplio alcance y refleja la estructura EA de la OMS.</p> <p>Nueva Zelanda ha integrado exitosamente su política de envejecimiento en una estructura multidisciplinaria que funciona adecuadamente a través de reportes anuales y de la re evaluación generada por los mismos.</p> <p>Su agenda incluye los siguientes aspectos: salud , vivienda, estadísticas, transporte, impuestos, apoyo en los ingresos, servicio de bomberos y policía, asuntos de los veteranos, inmigración, educación, justicia, empleo, ciudadanos de la tercera edad, desarrollo de la comunidad, políticas sociales, asuntos del consumo, indemnización por accidentes, asuntos rurales, asuntos étnicos, asuntos de las mujeres</p>	<p>Desarrollo de políticas y servicios a través de un amplio rango de áreas de trabajo.</p> <p>Establecer una sociedad en la que la gente pueda envejecer de manera positiva y donde los adultos de 65 años y más sean altamente valorados, dándoseles oportunidades para contribuir y participar en la sociedad en las formas que ellos mismos elijan.</p> <p>Se considera al EA como un proceso de toda la vida que empieza con el nacimiento.</p>	<p>Ingresos garantizados y adecuados</p> <p>Servicios de salud equitativos, oportunos, accesibles y asequibles</p> <p>Opciones de vivienda y transporte asequibles y adecuadas.</p> <p>Estabilidad y seguridad para envejecer.</p> <p>Asegurar que la gente que vive en las comunidades rurales no se vea desfavorecida al momento de acceder a servicios.</p> <p>Asegurar que la gente de todas las edades tenga actitudes positivas tanto hacia la vejez como hacia los viejos.</p> <p>Erradicación de la discriminación.</p> <p>Promoción de opciones flexibles de trabajo. Incremento de las oportunidades para el crecimiento personal y la participación en la comunidad.</p>	<p>Empoderar a la gente mayor para la toma de decisiones y tener tanto una vida satisfactoria como un estilo de vida saludable.</p> <p>Crear actitudes positivas hacia la gente mayor.</p> <p>Reconocer la diversidad de la gente mayor y el envejecimiento como una parte normal del ciclo de la vida.</p> <p>Fortalecer las capacidades de los mayores y sus familias.</p> <p>Apreciar la diversidad de identidades</p> <p>Reconocer las diferencias de género.</p> <p>Garantizar que la gente mayor (rural y urbana) cuente con un ambiente seguro y reciba los servicios necesarios.</p>	<p>Enfoque multisectorial a nivel gubernamental.</p> <p>“Envejecimiento positivo” como un proceso del ciclo vital.</p> <p>Reconocimiento de los determinantes sociales del envejecimiento.</p> <p>Enfoque de diez grandes áreas de trabajo con acciones clave específicas y la revisión anual de las áreas y de los objetivos planteados para cada una.</p> <p>Enfoque especial en la eliminación de la discriminación de los ancianos y en la promoción de opciones de trabajo flexibles.</p> <p>El Ministerio de Desarrollo Social coordina el desarrollo de los planes de acción.</p> <p>Acciones específicas destinadas al apoyo de la población Maori y de los habitantes de las Islas del Pacífico.</p>	<p>No hay referencias específicas sobre reformas en materia de pensiones ni a la posibilidad de trabajar más allá de la edad establecida para el retiro.</p>

Fuente: Elaboración propia a partir de: Hutchison, T., Morrison, P., Mikhailovich, K. (2006). *A review of the literature on active ageing*. Australian Government Department of Health and Ageing. Healthpact Research Centre for Health Promotion and Wellbeing. University of Camberra. Australia.

Tabla 1.3. Envejecimiento activo en cinco países de la OCDE (continúa)

País	Fundamentos	Objetivos	Medidas clave	Metas	Fortalezas	Debilidades
SUECIA	La estrategia de salud pública de Suecia fue lanzada a finales de la década de 1990 y es reconocida a nivel internacional por tratarse de un programa avanzado e innovador y por estar orientada a los condicionantes de la salud de la OMS en todas las edades	<p>El objetivo general de esta estrategia es la creación de condiciones sociales para garantizar buena salud para toda la población</p> <p>Garantizar que las personas mayores de 65 años sean capaces de una vida activa y de influir en aspectos sociales que afectan sus vida diaria</p> <p>Envejecer con garantías, preservando su independencia</p> <p>Tratar a los ancianos con respeto y darles acceso a buena salud, seguridad económica y a servicios sociales a través de la participación e influencia en la sociedad</p>	<p>Accesibilidad al hogar y a transporte</p> <p>Pensiones y prestaciones, cuidado del anciano y responsabilidad del cuidado</p> <p>Decreto de la salud y servicios médicos</p> <p>Decreto de los servicios sociales</p> <p>Ayuda en el hogar y residencias para ancianos</p> <p>Actividades de día y cuidados a corto plazo</p> <p>Alojamiento en hogares especializados</p> <p>Cuidado privado.</p>	<p>Ayudar a crear y mantener fuertes redes sociales para la gente mayor a fin de reducir la soledad y el aislamiento</p> <p>Animar a participar en actividades sociales, actividades diarias y culturales como teatro, cine, conciertos, exposiciones</p> <p>Proporcionar acceso a lugares públicos, a los servicios necesarios y al transporte público</p> <p>Garantizar hogares seguros y comunidades libres de violencia</p> <p>Ayudar a la gente que vive en su casa, incluso cuando requieran cuidados exhaustivos y servicios sociales para sentirse seguros y confiados en que tienen el control de su vida</p>	<p>Enfoca los condicionantes sociales de la salud de la OMS a todas las edades</p> <p>Los condicionantes sociales, económicos y ambientales de la salud influyen en el desarrollo de la política nacional de salud</p> <p>La responsabilidad de alcanzar objetivos corresponde a individuos, organizaciones sin fines lucrativos y gobierno.</p> <p>La implementación de una política de salud que involucra a la mayoría de las secretarías</p> <p>Reforma profunda del sistema de pensión pública, son neutrales para la elección entre trabajar o retirarse</p> <p>Opciones para combinar trabajo y pensión a partir de los 61 años. Los sistemas de seguridad social y de impuestos se basan en el ingreso de cada individuo y no en el ingreso familiar</p>	No se percibieron debilidades.

Fuente: Elaboración propia a partir de: Hutchison, T., Morrison, P., Mikhailovich, K. (2006). *A review of the literature on active ageing*. Australian Government Department of Health and Ageing. Healthpact Research Centre for Health Promotion and Wellbeing. University of Camberra. Australia.

Tabla 1.4. Envejecimiento activo en cinco países de la OCDE (continúa)

País	Fundamentos	Objetivos	Medidas clave	Metas	Fortalezas	Debilidades
REINO UNIDO	<p>El envejecimiento activo se define a partir de la OCDE</p> <p>Este país ha desarrollado los siguientes programas</p> <p>“Un mejor gobierno para los adultos mayores (Mejor gobierno para los ancianos: mejor Gobierno para todos)”</p> <p>Aprendizaje de por vida (<i>Life Long Learning</i>)</p> <p>Mayores y más audaces (<i>Older and Bolder</i>).</p>	<p>Combatir la discriminación hacia los ancianos</p> <p>Participación efectiva de los adultos mayores en actividades relacionadas con el envejecimiento activo, (aprendizaje, empleo y voluntariado)</p> <p>Optimización de procesos de toma de decisiones</p> <p>Satisfacción de las necesidades de los ancianos a través de la transmisión de información de calidad y de la adecuada entrega de servicios</p> <p>Promoción de un enfoque estratégico e integral</p>	<p>Eliminar la falta de empleos para continuar trabajando</p> <p>Cambiar la actitud de los empleadores a partir de una campaña de envejecimiento positivo y de un código de la práctica de la diversidad de edad en el empleo</p> <p>Incrementar la participación en el mercado laboral a través del “Nuevo acuerdo más de 50” y de a iniciativa sobre el valor de la experiencia</p> <p>Apoyar la capacitación a través del programa entrenamiento de empleados y de aprendizaje para toda la vida, así como de programas para el desarrollo de habilidades</p>	<p>Eliminar la falta de motivación para continuar trabajando</p> <p>Cambiar la actitud de los empleadores hacia la campaña de envejecimiento positivo</p> <p>Incrementar la participación en el mercado laboral</p> <p>Poner en práctica el “Programa de entrenamiento de empleados para tener una visión para el aprendizaje de por vida y para el desarrollo de habilidades”</p>	<p>Cuenta con un subcomité gubernamental a cargo de asuntos de las personas viejas</p> <p>Establecimiento del programa “Un mejor gobierno y de un comité directivo de políticas de envejecimiento</p> <p>Variedad de iniciativas de estrategia política</p> <p>Identificación de tendencias y medición del desarrollo y éxito de políticas</p> <p>Medidas contra la discriminación, la exclusión social y abuso</p> <p>Identifica el trabajo remunerado y el voluntariado como áreas para el desarrollo</p> <p>Enfoque específico en la salud mental y el bienestar de los ancianos. Énfasis en el aprendizaje de por vida y en la educación</p> <p>Planes de reformas en el sistema de pensiones.</p> <p>Reducción de barreras a trabajadores ancianos que desean trabajar más tiempo.</p>	<p>No se percibieron debilidades.</p>

Fuente: Elaboración propia a partir de: Hutchison, T., Morrison, P., Mikhailovich, K. (2006). *A review of the literature on active ageing*. Australian Government Department of Health and Ageing. Healthpact Research Centre for Health Promotion and Wellbeing. University of Camberra. Australia.

Tabla 1.5. Envejecimiento activo en cinco países de la OCDE (continúa)

País	Fundamentos	Objetivos	Medidas clave	Metas	Fortalezas	Debilidades
ESTADOS UNIDOS	<p>En 1965 y en un contexto de creciente preocupación por el bienestar de los pobres y de los más desfavorecidos, se promulgó el Acta de los americanos mayores.</p> <p>Programa “Gente saludable 2010” (<i>Healthy People 2010</i>): Se trata de un programa de diez años destinado a la promoción de la salud y a la prevención de enfermedades pero además, como una meta de particular interés, se incorpora el EA</p>	<p>Lograr la mejor salud física y mental posible sin importar el estatus económico</p> <p>Obtención de viviendas a precios accesibles. Servicios para aquellos que requieren de cuidado especializado y un rango amplio de concepto de comunidad que incluye apoyo a los miembros de la familia</p> <p>Oportunidades de empleo y retiro en condiciones de salud, honor y dignidad. Ingresos adecuados para jubilados. Servicios comunitarios efectivos (que proporcionen la posibilidad de escoger) y que enfatizan cuidados continuos</p> <p>Beneficios inmediatos de conocimientos que contribuyan a mejorar la salud y a aumentar la felicidad</p> <p>Libertad, independencia y libre ejercicio de iniciativas individuales y protección en contra del abuso, explotación y negligencia</p>	<p>Crear un centro nacional cuyo objetivo es brindar información a los ancianos sobre beneficios de programas federales y estatales</p> <p>Creación de una oficina para la prevención del abuso de ancianos capaz de ejecutar programas a favor de la justicia</p> <p>Creación de modelos innovadores para permanecer en el propio hogar</p> <p>Reducción de la edad para ser elegibles para cuidados (de 60 a 55 años)</p> <p>Promoción de la salud mental</p> <p>Apoyo a comunidades para prepararse ante el incremento en el número de ancianos</p> <p>Atención en materia del empoderamiento</p>	<p>Incrementar la calidad y los años de vida de los individuos haciéndolos ganar en conocimiento, motivación y oportunidades para tomar decisiones correctas sobre su salud</p> <p>Eliminar las disparidades en materia de salud basadas en género, raza, tipo de educación, discapacidades, localización geográfica, ingresos económicos u orientación sexual</p>	<p>Creación de un centro nacional de atención a ancianos.</p> <p>Creación de una oficina de servicios para la prevención del abuso</p> <p>Desarrollo de modelos innovadores que permiten a los individuos mantenerse en su propia casa</p> <p>Adopción de un enfoque del curso de vida que reconoce que la calidad de la última etapa de la vida depende de la vida que se haya llevado antes</p> <p>Promoción de exámenes para determinar la salud mental. Importancia de las condiciones de salud mental y reducir los estigmas.</p> <p>Establecimiento de indicadores de salud, prevención y promoción de la salud. El programa “Gente saludable 2010” establece 467 objetivos de salud.</p>	<p>Enfoque en un envejecimiento saludable (condicionantes de las enfermedades) más que en un envejecimiento activo (condicionantes de la salud).</p> <p>Enfoque en la responsabilidad de un estilo de vida individual más que en los condicionantes sociales que son los que después requerirán cambios significativos en los sistemas y en el gobierno.</p> <p>Requiere de un acercamiento más balanceado a las reformas de seguridad social y mejorar los incentivos y las opciones de empleo para los ancianos estadounidenses.</p>

Fuente: Elaboración propia a partir de: Hutchison, T., Morrison, P., Mikhailovich, K. (2006). *A review of the literature on active ageing*. Australian Government Department of Health and Ageing. Healthpact Research Centre for Health Promotion and Wellbeing. University of Camberra. Australia.

ANEXO 2. Envejecimiento activo en la Unión Europea (Análisis comparativo entre países)

Tabla 2.1 Envejecimiento activo en la Unión Europea análisis comparativo entre países

Anexo 2. Envejecimiento activo en la UE (análisis comparativo entre países)

Tabla 2.1. Envejecimiento activo en la UE (análisis comparativo entre países)								
PAÍSES	ESTRATEGIAS DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO LLEVADAS A CABO POR 25 PAÍSES EUROPEOS							
	Oferta de incentivos para evitar jubilaciones anticipadas	Mejora condiciones de trabajo (higiene y seguridad)	Flexibilización de condiciones de trabajo: t. parcial, reducción de trabajo	Estrategias de formación continua y aprendizaje permanente	Prevenir desempleo con tratamientos individualizados	Medidas que eviten la discriminación laboral por edad	Estrategias de fomento de valoración del «factor edad»	Participación de los interlocutores sociales
ALEMANIA	X			X			X	
AUSTRIA		X			X		X	
BÉLGICA	X		X	X	X		X	
CHIPRE	X		X					
DINAMARCA	X		X	X	X	X	X	X
ESLOVAQUIA	X							
ESLOVENIA	X		X	X	X	X	X	
ESPAÑA	X	X	X	X	X			X
ESTONIA		X		X	X	X		
FINLANDIA	X	X		X	X	X		
FRANCIA	X	X	X	X	X	X	X	X
G. BRETAÑA	X			X	X	X	X	
GRECIA			X	X	X			
HOLANDA	X			X	X	X		
HUNGRÍA	X	X	X	X	X			
IRLANDA	X		X	X				X
ITALIA	X	X	X	X	X	X	X	X
LETONIA					X			
LITUANIA	X	X	X	X				
LUXEMBURGO					X			
MALTA				X	X			
POLONIA	X				X			
PORTUGAL	X			X		X		
R. CHECA	X		X		X		X	
SUECIA	X	X	X	X	X		X	X

Fuente: Elaboración propia a partir de: Hutchison, T., Morrison, P., Mikhailovich, K. (2006). *A review of the literature on active ageing*. Australian Government Department of Health and Ageing. Healthpact Research Centre for Health Promotion and Wellbeing. University of Camberra. Australia.

ANEXO 3. Avances en la implementación de la Estrategia regional sobre el envejecimiento en América Latina y el Caribe

Tabla 3.1 Envejecimiento en el marco de un desarrollo basado en derechos

Tabla 3.2 Derechos económicos, sociales, culturales, civiles y políticos garantizados en las leyes de protección especial de las personas mayores en países de América Latina y el Caribe

Tabla 3.3 Protección de ingresos y envejecimiento en América Latina y el Caribe

Tabla 3.4 Principales áreas de intervención de los programas de seguridad económica dirigidos a las personas mayores en América Latina y el Caribe

Tabla 3.5 Prestaciones sanitarias, formación profesional y cuidados de largo plazo

Tabla 3.6 Entornos favorables y envejecimiento en América Latina y el Caribe

Tabla 3.7 Principales ámbitos de intervención de los programas de entornos físicos y sociales dirigidos a las personas mayores en América Latina y el Caribe

Anexo3. Avances en la implementación de la Estrategia regional sobre el envejecimiento en América Latina y el Caribe

Tabla 3.1 Envejecimiento en el marco de un desarrollo basado en derechos

El enfoque de derechos	La protección social y las modalidades de inclusión de las personas mayores	La protección constitucional de los derechos	Leyes especiales de protección de los derechos en la vejez
<p>Obligación de respetar: los Estados partes deben abstenerse de interferir en el goce de los derechos económicos, sociales y culturales consagrados en los instrumentos de derechos humanos</p> <p>Obligación de proteger: los Estados partes deben impedir la violación de los derechos económicos, sociales y culturales por parte de terceros, por ejemplo, promover la protección del medio ambiente por las empresas o sancionar la discriminación en instituciones privadas</p> <p>Obligación de promover: los Estados partes deben realizar acciones positivas para que el ejercicio de los derechos no sea ilusorio. Esta obligación implica organizar todo el aparato gubernamental para que sea capaz de asegurar jurídicamente el libre y pleno ejercicio de los derechos humanos</p>	<p>Dimensión normativa. Las acciones públicas y las instituciones encargadas de la atención de personas mayores deben basarse explícitamente en las normas internacionales sobre derechos humanos, puesto que están protegidas por los instrumentos vinculantes de aquellos</p> <p>Dimensión procesal. La legislación y las políticas sobre envejecimiento deben promover y proteger los derechos y libertades fundamentales en la vejez. Para que se concreten, se requiere que los poderes políticos establezcan los medios y los recursos con que se harán efectivos (como la constitucionalización de derechos. Asimismo, es necesario asignar presupuestos que financien las disposiciones normativas y políticas a las que un país se compromete</p> <p>Dimensión de contenidos. La dimensión de contenidos se expresa en acciones concretas de aplicación y de responsabilidad que se ponen en práctica mediante programas sectoriales o específicos dirigidos a personas mayores (salud y vivienda, entre otros), considerando en especial que su orientación y sus prestaciones o servicios permitan avanzar en el cumplimiento de los derechos en la vejez</p>	<p>La titularidad de los derechos tiene como referente normativo los acuerdos y normas internacionales sobre derechos humanos, sin embargo, la Constitución de cada país es la que establece la jerarquía de dichos tratados dentro del ordenamiento jurídico interno (CEPAL, 2006)</p> <p>En las Constituciones de Brasil, Costa Rica, Colombia, República Dominicana, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay y Venezuela se establece que las personas mayores tienen derecho a una protección especial del Estado. Brasil, Guatemala, Ecuador, Panamá y Venezuela garantizan la protección integral de las personas mayores y reconocen algunos derechos económicos y sociales</p> <p>En la Constitución brasileña se garantiza un salario mínimo a la persona mayor que lo necesite. En la de Colombia se establece que el Estado garantizará un subsidio alimentario (en caso de indigencia). Cuba prevé de forma explícita la asistencia social a los ancianos sin recursos ni amparo</p> <p>Brasil y Ecuador identifican a las personas mayores como un grupo vulnerable. En Brasil, Ecuador y México, se condena la discriminación por edad en general; Panamá, Paraguay y Venezuela prohíben la discriminación por edad en el ámbito laboral</p>	<p>La mayoría de los países cuenta con una legislación especial que tiene como objetivo promover y garantizar los derechos humanos de las personas mayores. Esto significa que se integrarían al texto de la ley —al menos en términos de interpretación— las normas reconocidas en los tratados de derechos humanos y las previsiones constitucionales</p> <p>Las legislaciones existentes protegen algunos derechos civiles y políticos y, en todos los casos, se especifican los derechos con el fin de dar forma concreta a lo establecido en la Constitución o en los tratados. Por lo que respecta a los derechos económicos, sociales y culturales, las diferentes leyes prevén el derecho al trabajo, la seguridad social, la educación, la salud, la vivienda y a la asistencia social, entre otros</p>

Fuente: Informe sobre la aplicación de la *Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe* del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento. CELADE, 2007.

Tabla 3.2 Derechos económicos, sociales, culturales, civiles y políticos garantizados en las leyes de protección especial de las personas mayores en países de América Latina y el Caribe

PAÍSES	DERECHOS ECONÓMICOS SOCIALES , CULTURALES, CIVILES Y POLÍTICOS												
	Educación y cultura	Trabajo	Seguridad social	Salud física y mental	Vivienda	Nivel de vida adecuado	Protección de la familia	Igualdad de derechos hombres y mujeres	Derecho a la vida	Libertad y seguridad personales	Libertad de pensamiento, conciencia o religión	Asociación	No discriminación.
Brasil	X	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x
Costa Rica	X	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x
Ecuador	X			x	x	x							
El Salvador	X	x	x	x	x		x					x	x
Guatemala	X	x	x	x	x	x	x						
México	X	x	x	x	x	x	x	X	x	x		x	x
Paraguay		x		x		x	x						x
Perú	X	x		x		x	x		x				
Puerto Rico		x		x	x		x			x			
República Dominicana	X	x	x	x	x		x					x	
Uruguay	X		x	x	x		x			x			
Venezuela	X	x	x	x	x		x					x	

Fuente: Elaboración propia. Informe sobre la aplicación de la *Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe* del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento. CELADE, 2007

Tabla 3.3 Protección de ingresos y envejecimiento en América Latina y el Caribe			
La protección de ingresos y los sistemas de pensiones y jubilaciones.	El empleo en la vejez: tendencias y modalidades en participación económica.	Pensiones no contributivas y protección del riesgo de pérdida de ingresos en la vejez.	Avances en la implementación de la estrategia.
<p>Los países con reformas estructurales son: Chile, Perú, Colombia, Argentina, Uruguay, México, El Salvador, Bolivia (1998), Costa Rica (2000) y República Dominicana (2003). En Nicaragua y Ecuador se introdujeron cambios estructurales en la legislación que no se han implementado. Los países con cambios no estructurales son Brasil, Panamá, Colombia y Perú.</p> <p>Cobertura. Baja cobertura debido a las disímiles condiciones de acceso o a las dificultades de acceso al sistema de seguridad social, además de las desigualdades e inequidades que afectan la protección de ingresos durante la vejez (Paraguay, Bolivia, México y Perú).</p> <p>Limitada y desigual protección en la vejez. En la mayoría de los países de la región se cuenta con una limitada capacidad para otorgar medios de subsistencia a las personas mayores. Argentina y Brasil tienen un alto nivel de cobertura debido a programas no contributivos, así como Chile, Uruguay y Costa Rica. Las mujeres siguen teniendo menores ahorros previsionales y por lo tanto derechos a prestaciones y a garantías públicas restringidos. En las zonas rurales la cobertura es aún más baja.</p>	<p>En América Latina, a diferencia de la OCDE, la preocupación ha sido el proceso de envejecimiento de la población y sus consecuencias sobre las finanzas de los sistemas de pensiones y en la situación laboral en la vejez.</p> <p>En los países con menor cobertura de seguridad social se registran tasas más altas de actividad en la edad avanzada mientras que se reducen en contextos de mayor cobertura, ya sea mediante el sistema contributivo o el no contributivo. La excepción es Brasil.</p> <p>En los países más pobres, la participación económica de las personas mayores es más elevada (El Salvador, Paraguay, República Dominicana, Guatemala, Ecuador, Bolivia).</p> <p>La tasa de participación en la fuerza laboral de los mayores de 60 años ha crecido en 2005 por lo que un poco más de 3 de cada 10 personas mayores están trabajando o buscando empleo de manera activa. En Uruguay y Costa Rica se observa la misma tendencia de los países de la OCDE, donde la participación en la fuerza laboral de los mayores de 60 años decreció en torno al 10% en la década de 1990. Excepto Chile, Panamá y Brasil, en el resto de los países los mayores de 60 años se están insertando cada vez más en empleos informales.</p> <p>En Argentina, Brasil y Paraguay se ha duplicado la fuerza laboral femenina mayor de 65 años.</p>	<p>Se requiere establecer o consolidar esquemas no contributivos que brinden, independientemente de la historia laboral, pensiones básicas a la población que llegue a la vejez sin el ingreso o los activos necesarios para la subsistencia (CEPAL, 2006).</p> <p>Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Costa Rica y Uruguay ya han implementado este tipo de programas desde hace décadas (con un alcance limitado). En Chile, Bolivia y Brasil, éste ha sido significativo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los logros son heterogéneos en cuanto a población atendida, áreas y modalidades de intervención y recursos financieros destinados. ▪ Países que buscan mejorar la calidad de las pensiones aumentando el monto en prestaciones: Aruba, Antillas Neerlandesas, Chile, Honduras, Nicaragua, República Dominicana y Uruguay. ▪ Bolivia y Guatemala diseñaron un programa de protección especial para adultos mayores sin ingresos. Brasil, México y Belice han elaborado políticas para grupos específicos (población rural y mujeres). ▪ Brasil, México y Aruba otorgan a la población mayor de 70 una pensión en función exclusiva del criterio edad. ▪ Brasil, Colombia, Chile, Panamá y Uruguay entregan un subsidio económico a familias en pobreza que tienen un adulto mayor. ▪ Uruguay tiene un plan de protección para indigentes. ▪ Se ofrece capacitación para el empleo: Chile, El Salvador, Uruguay, Panamá, Honduras, Puerto Rico y Colombia. ▪ Cuentan con banco de datos sobre empleos para mayores El Salvador, México y Puerto Rico. ▪ Medidas para la eliminación de la discriminación por edad: Cuba, Colombia, Ecuador, Guatemala, República Dominicana y posteriormente en Brasil, El Salvador, México, Paraguay, Perú y Uruguay. ▪ En Panamá las personas mayores de 75 años pueden seguir laborando. ▪ En 2007 en México se firmó el decreto que otorga estímulos fiscales a las empresas que contraten a personas mayores y con discapacidad. <p>Emprendimientos. Apoyo financiero (créditos y donaciones) y apoyo técnico de la microempresa</p>

Fuente: Elaboración propia. Informe sobre la aplicación de la *Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe* del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento. CELADE, 2007.

Tabla 3.4 Principales áreas de intervención de los programas de seguridad económica dirigidos a las personas mayores en América Latina y el Caribe

Países	Seguridad social		Empleo		Emprendimientos		Otras ayudas económicas (bonos especiales, subsidios en especie, asignación familiar, otros)
	Protección especial para las personas sin capacidad contributiva o pobres	Cobertura o reajuste de pensiones del sistema contributivo	Legislación que prohíbe la discriminación por edad en el trabajo	Promoción del empleo para los trabajadores mayores	Fomento de oportunidad de créditos para actividades productivas	Promoción de iniciativas productivas de personas mayores	
Antillas Neerlandesas		x					
Argentina	x	x					
Aruba	x						
Belice	x					x	
Bolivia	x						
Brasil	x		x		X		
Chile	x	x	x	x		x	x
Colombia	x						
Costa Rica			x		X	x	
Cuba				x	X		x
El Salvador				x	X	x	
Guatemala	x			X			
Honduras	x	x		X	X	x	x
México	x		x	X		x	
Nicaragua		x					
Panamá			x	X		x	x
Paraguay			x	X			x
Perú			x	X		x	
Rep. Dominicana	x	x			X		x
Puerto Rico				X			x
Uruguay	x	x	x	X		x	

Fuente: Elaboración propia con base en el Informe sobre la aplicación de la *Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe* del Plan de Acción internacional de Madrid sobre envejecimiento. CELADE, 2007

Tabla 3.5 Prestaciones sanitarias, formación profesional y cuidados de largo plazo.								
Países	Prestaciones sanitarias			Formación de personal		Cuidados de largo plazo		Estrategias de promoción y prevención de la salud
	Inclusión del envejecimiento en la atención primaria en salud	Servicios Farmacéuticos	Atención especializada (ambulatoria, hospitalaria, domiciliaria, de urgencia)	Especialización en geriatría o gerontología a nivel de universidades	Formación en geriatría y gerontología para equipos de salud	Fomento de alternativas comunitarias de cuidados	Medidas que regulan la apertura o funcionamiento de instituciones de larga estadia	
Antillas Neerlandesas			X		X		X	X
Argentina		X	X		X			
Aruba			X				X	X
Belice		X	X		X			X
Bolivia								X
Brasil	X	X						X
Chile	X	X	X	X	X	X	X	X
Costa Rica			X	X		X	X	
Cuba	X				X	X	X	X
El Salvador					X			X
Guatemala							X	
Honduras	X				X		X	
México		X		X				X
Nicaragua			X					X
Panamá	X		X			X		X
Paraguay		X				X		X
Perú			X		X			
Rep. Dominicana		X		X				
Puerto Rico		X	X		X	X	X	X
Uruguay	X				X	X	X	X
Venezuela		X	X	X			X	X

Fuente: Elaboración propia con base en el Informe sobre la aplicación de la *Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe* del Plan de Acción internacional de Madrid sobre envejecimiento. CELADE, 2007

Tabla 3.6 Entornos favorables y envejecimiento en América Latina y el Caribe

Arreglos residenciales y envejecimiento.	Envejecimiento y sistemas de cuidados.	Vivienda, entorno y envejecimiento.	Entornos sociales: apoyo social, maltrato, participación y educación.	Entornos físicos: vivienda, transporte y accesibilidad.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ En la región dos de cada diez hogares incluyen a una persona mayor. En países con envejecimiento incipiente, los hogares multigeneracionales representan cerca del 20% (Nicaragua, Paraguay) y en los países con envejecimiento moderadamente avanzado se alcanza casi al 30% de los hogares (Chile, Argentina). Algunas excepciones son Ecuador y Brasil que, con un envejecimiento moderado, tienen un 27,3% y un 19,8% de hogares multigeneracionales, respectivamente. ▪ En el Caribe la residencia independiente es más elevada que en América del Sur y Centroamérica, donde las cifras son bastante inferiores (9%) contra África (8%), Asia (7%) y Europa y EU (26%). ▪ En AL y el Caribe, vivir solo podría más bien representar un riesgo. ▪ Los hogares multigeneracionales siguen constituyendo una opción favorable para las personas mayores y sus familias: Sus ingresos son una fuente importante de recursos para la familia 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Efecto del envejecimiento en los sistemas de cuidado. Se prevé que la población con necesidad de cuidados aumente notablemente en los próximos años. Si bien la población menor de 5 años seguirá representando un sector importante que proteger y cuidar. ▪ Si bien es cierto que muchas personas de esta edad gozan de buena salud y alto grado de independencia, no es menos cierto que el riesgo de sufrir una situación de fragilidad o discapacidad se eleva enormemente con la edad. ▪ Papel de la familia y de las mujeres en el cuidado. La mayoría de los países, opinan que la responsabilidad de que las personas mayores disfruten de condiciones de vida dignas depende de la familia, en menor medida del Estado, y muy lejanamente del propio individuo. Argentina es el único país donde más del 50% de los hombres y mujeres piensa que el Estado tiene la responsabilidad principal del bienestar de las personas mayores. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El tema de la vivienda se vincula con una alta inequidad social y con un importante rezago en la atención de las necesidades de la población. ▪ El proceso de envejecimiento se produce en un contexto de carencias de vivienda y de dificultades de accesibilidad a servicios básicos y de convivencia en las ciudades. ▪ La vivienda debe tanto satisfacer las necesidades de autonomía e independencia como ofrecer seguridad al amplio espectro de situaciones vitales y posibilitar el bienestar de las personas mayores y del resto de las generaciones que convive con ellas. La vivienda constituye una herramienta de fomento a la salud. ▪ La opción de envejecer en su entorno es la mejor solución, tanto para respetar la dignidad, voluntad e independencia de la persona como en términos económicos, si se contabiliza el gasto público asociado a los procesos de institucionalización. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fortalecimiento de las redes de apoyo social. Creación, fomento o consolidación de mecanismos de protección informal que desarrollan las familias y las comunidades con el fin de que las personas envejeczan en casa y se sientan integradas a la comunidad. ▪ Fomento al voluntariado (Argentina, Costa Rica, Puerto Rico y Uruguay). ▪ Personas de edad avanzada que prestan apoyo a sus similares. ▪ Prestación de servicios de alimentación. ▪ Programa de atención a personas institucionalizadas. ▪ Maltrato. En todos los países se expresa una preocupación al respecto, aunque las modalidades de intervención difieren bastante en términos de sus alcances y recursos (campañas de sensibilización). ▪ Brasil cuenta con el Plan de acción de enfrentamiento de la violencia. Argentina y Costa Rica mantienen con acciones específicas en torno a la violencia. Otros países cuentan con orientación socio-legal. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Transporte. Sólo algunos países ofrecen gratuidad y los demás establecen rebajas, las que no siempre son fiscalizadas o implican trámites burocráticos que las personas mayores no siempre están dispuestas a emprender. ▪ Accesibilidad. Las intervenciones más interesantes tienen que ver con estrategias de inclusión en la ciudad, pero en general están circunscritas a algunos países. ▪ Vivienda. Los países que reportan iniciativas son Aruba, Belice, Chile, Costa Rica, Cuba, El Salvador, México, Panamá, Perú y Uruguay. El envejecimiento de la población está planteando nuevas demandas relacionadas con la habitación, el transporte y el espacio público. Llama la atención que no se haya informado en relación a la ampliación de cobertura de servicios básicos o al desarrollo de iniciativas que favorezcan la convivencia intergeneracional a través de soluciones habitacionales específicas.

Fuente Elaboración propia. Informe sobre la aplicación de la *Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe* del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento. CELADE, 2007.

Tabla 3.7 Principales ámbitos de intervención de los programas de entornos físicos y sociales dirigidos a las personas mayores en América Latina y el Caribe							
Países	Entornos físicos			Entornos sociales			
	Vivienda.	Transporte.	Accesibilidad.	Redes sociales y apoyo familiar.	Participación social.	Maltrato.	Educación.
Aruba	x	x	X	x			
Antillas Neerlandesas				x			x
Argentina		x	X	x	x	x	
Belice	x			x	x	x	x
Bolivia						x	
Brasil		x		x	x	x	
Chile	x	x	X	x	x	x	x
Colombia			X			x	
Costa Rica	x	x		x	x	x	x
Cuba	x	x		x	x	x	
El Salvador	x					x	
Guatemala		x		x			
Honduras			X			x	
México	x		X			x	
Nicaragua			X	x		x	
Panamá	x			x		x	
Paraguay			X		x		
Perú	x					x	
Puerto Rico	x	x	X			x	
República Dominicana	x		X	x		x	
Uruguay	x			x	x	x	x
Venezuela		x		x		x	

Fuente Elaboración propia. Informe sobre la aplicación de la *Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe* del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento. CELADE, 2007.

ANEXO 4. Marco jurídico e institucional de México

4.1 Marco jurídico e institucional de México

4.2 Convenios y tratados ratificados por México a favor de los derechos de los adultos mayores

4.3 Planes y programas para personas mayores

4.4. Planes y programas para personas mayores (Continúa)

4.5 Seguimiento de la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento. El caso de México: visión del INAPAM

4.6 Seguimiento de la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento. El caso de México: visión del INAPAM (Continúa)

Anexo 4. Marco jurídico e institucional de México

Tabla 4.1 Marco jurídico e institucional de México

Reconocimiento de los derechos de los adultos mayores.	<p>Derechos constitucionales. Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos. Establece dentro del capítulo I de las garantías individuales la igualdad de género, la protección a la salud, derecho a un medio ambiente adecuado para su desarrollo y bienestar. La familia tiene derecho a disfrutar de vivienda digna y decorosa, derecho a la satisfacción de las necesidades de los niños y las niñas (todo esto sin hacer mención especial a los derechos de los viejos).</p> <p>Leyes específicas. Ley de los derechos de las personas adultas mayores del Distrito Federal (1999). Ley de los derechos de las personas adultas mayores (junio, 2002).</p> <p>Leyes en los estados de la federación. Hidalgo. Decreto por el cual el gobierno del Estado crea el Instituto para la Atención de los Adultos Mayores del Estado de Hidalgo, dicho decreto cuenta con 5 capítulos y transitorios. Jalisco. Constitución Política del estado de Jalisco. Artículo 15, fracción II. Código de asistencia social del estado de Jalisco, promulgado el 11 de diciembre de 1997 (actualizado el 12 de julio de 2006). Estado de México. Ley de desarrollo social del estado de México. Artículo 12°, II.- A la población indígena, mujeres, niños, adolescentes, adultos mayores, personas con capacidades diferentes o que se encuentren en situación de vulnerabilidad social. Nayarit. La Constitución Política del estado no contempla alguna previsión especial o específica que aluda a las personas adultas mayores. En el estado no existen leyes de protección a los adultos mayores. Quintana Roo. Ley del sistema para el desarrollo integral de la familia del estado de Quintana Roo. Tabasco. Comisión de atención a grupos vulnerables, personas con características especiales y adultos en plenitud. Tamaulipas. Ley de los derechos de las personas adultas mayores (tiene como objetivos proteger, garantizar y difundir los derechos de las personas adultas mayores, sin distinción alguna, para propiciarles una mejor calidad de vida y su plena integración al desarrollo social, económico, político y cultural). Tlaxcala. Ley de atención a las personas adultas mayores en el estado de Tlaxcala. Veracruz. Ley de asistencia social (menciona la atención sin profundizar las necesidades de la población senescente). Yucatán. Comisión de los Derechos Humanos. <u>Ley para la protección social de las personas en edad senescente.</u></p>
Otras normativas específicas.	<p>Acuerdo mediante el cual se emite el Programa de visitas médicas domiciliarias para adultos mayores de 70 Años en el Distrito Federal (2005). Reglamento de la Ley que establece el derecho a la pensión alimentaria para los adultos mayores de setenta años residentes en el Distrito Federal (2003). Norma oficial mexicana NOM-167-SSA1-1997 para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores (1999). Reglamentos y lineamientos nacionales en materia de derechos de las personas adultas mayores. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM). El 25 de junio del 2002 se publicó la Ley de los derechos de las personas adultas mayores, creándose por ella el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores-INAPAM.</p>
Leyes sectoriales.	<p>Ley general de salud (1984). Ley federal para prevenir la discriminación (2003). Ley de asistencia social (2004). Ley sobre el sistema nacional de asistencia social (1986). Ley general de desarrollo social (2004).</p>

Fuente: Elaboración propia. Situación, necesidades y demandas de las personas mayores en Bolivia, Colombia, Costa Rica, Ecuador y México. Apuntes para un diagnóstico. OISS, 2008.

Tabla 4.2 Convenios y tratados ratificados por México a favor de los derechos de los adultos mayores	
Organización de las Naciones Unidas. Convenciones y declaraciones de carácter internacional con incidencia en México en materia de derechos de las personas adultas mayores.	<p>1979. La Organización Mundial de la Salud, aprobó la primera resolución específica relativa a la atención de la salud del anciano.</p> <p>1982. Viena, Austria, 26 julio a 6 de agosto. La Organización de las Naciones Unidas realizó la primera asamblea mundial sobre el envejecimiento que promueve y aprueba el "Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento".</p> <p>1991. En el décimo aniversario de la Asamblea mundial sobre el envejecimiento se aprobó el proyecto "Declaración de derechos y responsabilidades de las personas de edad", presentado por la Federación Internacional de la Vejez-FIV.</p> <p>1994. Se realizó la Asamblea mundial sobre el envejecimiento con el fin de discutir el impacto poblacional y promover las políticas que permitieran prever oportunamente las consecuencias socioeconómicas a nivel mundial, especialmente en los países en desarrollo.</p> <p>1995. Copenhague, Dinamarca, del 6 a 12 de marzo. Se llevó a cabo la Cumbre mundial sobre desarrollo social o Declaración de Copenhague.</p> <p>1999. Montreal, Canadá, septiembre. Se realizó la Cuarta conferencia internacional de la Federación Internacional de la Vejez-FIV o "Declaración de Montreal".</p> <p>2002. Madrid, España; del 8 al 12 de abril. Se llevó a cabo la Segunda asamblea mundial sobre envejecimiento de donde emana el "Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento".</p> <p>2006. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y el Protocolo facultativo que están abiertos a la firma en la sede de la ONU.</p>
Organización de Estados Americanos. Instancias regionales con incidencia en México en materia de las personas adultas mayores.	<p>1948. La OEA aprobó la Declaración americana de los derechos y deberes del hombre, en Bogotá, Colombia (primer documento internacional de derechos humanos de carácter general).</p> <p>1959. Se crea la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), reuniéndose por primera vez en 1960.</p> <p>Principales disposiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Convención americana sobre derechos humanos. Pacto de San José de Costa Rica. ▪ Protocolo de San Salvador. Protocolo adicional a la Convención americana sobre derechos humanos en materia de derechos económicos sociales y culturales. ▪ Convención interamericana para la eliminación de todas las formas discriminación contra las personas con discapacidad de 1999. ▪ Convención interamericana de 1948. ▪ Concesión de los derechos civiles a la mujer. ▪ Convención interamericana de 1948, sobre Concesión de los derechos políticos a la mujer. ▪ Convención de Belem do Pará 1994. Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer.
Convenios internacionales.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Declaración universal de los derechos humanos. Jerarquía constitucional. ▪ Pacto internacional de los derechos económicos, sociales y culturales. ▪ Pacto internacional de derechos civiles y políticos. Jerarquía constitucional. ▪ Carta constitutiva de los estados americanos. ▪ Declaración americana de los derechos y deberes del hombre. Jerarquía constitucional. ▪ Convención americana sobre los derechos humanos (pacto de San José de Costa Rica). ▪ Protocolo adicional a la Convención americana de derechos humanos. (Protocolo de San Salvador). ▪ Ley 11.722 aprueba el Pacto de la sociedad de las naciones contenido en los 26 primeros artículos del Tratado de Paz firmado en Versalles el 28/06/1919. ▪ Convenio multilateral de seguridad Social del Mercado Común del Sur (MERCOSUR). ▪ Segunda asamblea mundial sobre el envejecimiento celebrada en Madrid en 2002. Convenio de colaboración con la Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Adultas Mayores (FIAPAM) 2006.
Cooperación Internacional en Materia de Derechos Humanos.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Programa de Cooperación Técnica con la Oficina de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. El cual abarca el Proyecto de cooperación sobre los derechos de los Pueblos Indígenas. ▪ Programa de Cooperación Técnica sobre Derechos Humanos México - Comisión Europea

Fuente: Elaboración propia. Situación, necesidades y demandas de las personas mayores en Bolivia, Colombia, Costa Rica, Ecuador y México. Apuntes para un diagnóstico. OISS, 2008.

Tabla 4.3 Planes y programas para personas mayores			
Nombre	Responsable	Objetivos	Descripción
Modelo de atención gerontológico.	INAPAM	Establecer una política pública de vejez que considera fundamentalmente aquellos factores que elevan la calidad de vida de las personas adultas mayores bajo un enfoque de derechos y con perspectiva de envejecimiento.	Eje 1: Transmisión de valores. Eje 2: Empleo y apoyo a la economía. Eje 3: Salud, investigación y formación del recurso humano en gerontología. Eje 4: Desarrollo social y comunitario: asesoría jurídica, actividades socioculturales, turismo y recreación, servicios educativos, servicios psicológicos, desarrollo comunitario y cultura física.
Programa de atención a adultos mayores en zonas rurales.	Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL).	Contribuir a que los adultos mayores de 60 años o más logren superar las condiciones de pobreza alimentaria en que se encuentran y accedan a mejores condiciones de vida. Opera en los 31 estados de la República Mexicana	El apoyo se otorga mediante la transferencia anual de \$2,100.00 (dos mil cien pesos 00/100 M.N.) en efectivo, que se entrega en un máximo de tres exhibiciones
Programa de atención a adultos mayores de 70 años y más	Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL)	Mejorar las condiciones de vida de los adultos mayores de 70 años y más que habitan en localidades de hasta 2,500 habitantes	Los beneficiarios reciben un apoyo mensual de \$500.00 (quinientos pesos 00/100 M.N.), el cual se entrega de manera bimestral. De acuerdo a la accesibilidad de las localidades se podrá espaciar la entrega de los apoyos de manera cuatrimestral
Programa nacional de atención al envejecimiento.	Secretaría de Salud, en conjunto con el Seguro Social, el ISSSTE y otras instituciones.	Contribuir a la prevención y control de las enfermedades de mayor prevalencia en la población mayor de 60 años así como al desarrollo de estrategias para su prevención oportuna. La finalidad en el desarrollo y progreso del presente programa es alcanzar un "envejecimiento activo", refiriéndose con ello al mantenimiento de la funcionalidad del adulto mayor en el contexto de la salud (Secretaría de Salud: 2007).	Los programas incluyen: Promoción de la salud y comunicación social. Detección y diagnóstico oportuno de enfermedades crónico degenerativas. Tratamiento y control de enfermedades. Modelo integrado de atención a la salud. Se cuenta con un esquema básico de atención a los adultos mayores mediante la cartilla nacional del adulto mayor. Con ella se pretenden lograr intervenciones de salud para las enfermedades más comunes como la diabetes, la hipertensión arterial y el cáncer, así como para los problemas visuales, de la boca y de la memoria.
Seguro popular.	Secretaría de Salud.	Brindar protección financiera a la población que carece de seguridad social a través de la opción de aseguramiento público en materia de salud.	Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) que cubre 249 intervenciones médicas y 307 claves de medicamentos.
Programa de atención integral a personas adultas mayores sujetas de asistencia social.	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF Nacional).	Proporcionar atención gerontológica a personas adultas mayores sujetas de asistencia social que se encuentran en desamparo, incapacidad, marginación o maltrato, ofreciendo servicios integrales multi e interdisciplinarios para satisfacer las necesidades de los usuarios así como a sus familiares; proveer alojamiento en los centros gerontológicos del DIF, educación continua gerontológica a la población en general y formar profesionales.	Los servicios que se proporcionan son: Centros gerontológicos y casas hogar. Atención a la comunidad. Rehabilitación e integración social. Formación y capacitación de recursos humanos. Sensibilización y difusión. Alojamiento, alimentación, vestido, actividades socioculturales, recreativas y deportivas; atención médica, psicogerontológica, psiquiátrica, asistencia jurídica y atención de día.

Anexo 4.4 Planes y programas para personas mayores (continúa)

Programa de protección al adulto mayor en el gobierno del Distrito Federal.	Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal.	A. Programa de apoyo alimentario. B. Servicios médicos y medicamentos gratuitos para adultos mayores, como un primer paso para instituir la pensión universal ciudadana.	Se proporcionan apoyos económicos para la adquisición de alimentos y medicinas por un monto de 600 pesos mensuales.
Programa de atención a la salud y el envejecimiento.	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).	Brindar atención preventiva de asuntos relacionados con la salud y el envejecimiento en el primer nivel de atención.	Se ha iniciado el funcionamiento de 139 módulos gerontológicos en las instalaciones de primer nivel del Instituto con una homogenización de los procedimientos con base en el manual de normas y las guías terapéuticas correspondientes a los problemas del envejecimiento más comunes, de los cuales 83 se han acreditado con base en el Manual de normas y guías terapéuticas. Asimismo, se han nombrado líderes regionales y responsables de la capacitación básica en 30 centros del país (hasta 2001 sólo existía un centro de capacitación). Para la atención de segundo nivel se facultaron 10 centros de segundo nivel. A la fecha se han establecido 40 servicios interconsultantes de esta especialidad en igual número de unidades hospitalarias. En cuanto a tercer nivel, se irán implementando servicios completos en hospitales regionales (en la actualidad sólo hay dos servicios de hospitalización geriátrica).
Programas estatales de salud.	Dependencias de salud de los estados.	Implementar acciones dirigidas a mejorar la calidad de vida de la población adulta, por medio de la adopción de los programas nacionales de atención al adulto mayor.	Existen planes y programas públicos y privados, de acuerdo a las necesidades particulares de los estados, que promueven el acceso de los adultos mayores a los servicios sanitarios, la prevención de enfermedades relacionadas con la vejez, la capacitación y el <u>apoyo a los familiares para el cuidado de este grupo de personas.</u>
Programa de Envejecimiento Activo (PREA).	Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).	Conservar y desarrollar el potencial de bienestar físico, mental y social del adulto mayor y mejorar su calidad de vida con salud, independencia, dignidad y participación en diversas actividades.	Servicios médicos, diversos espacios educativos, recreativos y de convivencia social, a fin de que tengan una atención integral de su salud física, mental, emocional y social.

FUENTE: Elaboración propia. Situación, necesidades y demandas de las personas mayores en Bolivia, Colombia, Costa Rica, Ecuador y México. Apuntes para un diagnóstico. OISS, 200

Tabla 4.5 Seguimiento de la segunda asamblea mundial sobre envejecimiento. El caso de México: visión del INAPAM

Eje empleo y apoyo a la economía	Eje desarrollo social y comunitario	Eje salud, investigación y formación de recursos humanos en gerontología	Eje transmisión de valores
<p>Fondo “Tercera Llamada”. Los adultos mayores que tienen proyectos productivos viables reciben el apoyo económico de éste, constituido por la Secretaría de Desarrollo Social, la Secretaría de Economía y el INAPAM.</p> <p>Capacitación para el trabajo y la ocupación del tiempo libre. Implementa actividades de capacitación para que los adultos mayores ingresen al mercado laboral. También da entrenamiento a trabajadores jubilados que deseen obtener algún ingreso.</p> <p>Promoción del empleo. Impulsa la igualdad de oportunidades de los adultos mayores en el campo laboral fomentando su reincorporación en actividades remuneradas de las diversas ramas del sector productivo.</p> <p>Casa de artesanías. En la primera Casa de artesanías de adultos mayores de la Ciudad de México, se puede adquirir una amplia gama de productos hechos por la gente grande que asiste a los clubes, centros culturales, albergues y residencias diurnas del instituto, así como de artesanos de diferentes comunidades del país.</p>	<p>Clubes de la tercera edad. En estos espacios se realizan actividades sociales, educativas, culturales, recreativas, deportivas, artísticas y productivas en talleres y oficios.</p> <p>Centros culturales de la tercera edad. Conjugan actividades recreativas, educativas, culturales y de cultura física que estimulan las capacidades y conductas del adulto mayor contribuyendo a su desarrollo humano.</p> <p>Actividades socioculturales. Favorecen la expresión y el desarrollo de los valores de las personas de edad avanzada y les facilita el acceso a otras manifestaciones de este ámbito.</p> <p>Cultura física. Este programa contribuye a la disponibilidad corporal del adulto mayor a través del diseño y ejecución de actividades físicas que estimulan y activan su capacidad motora y promueven el envejecimiento activo.</p> <p>Servicios educativos. Propician el desarrollo de conocimientos, habilidades y destrezas que conforman el proceso educativo de las personas de edad avanzada.</p> <p>Turismo social. Fomenta el turismo a bajo costo para que las personas de escasos recursos económicos viajen a diferentes lugares, contribuyendo al conocimiento de nuestra identidad cultural, riqueza natural y arquitectónica.</p> <p>Educación para la salud. Forma parte de los programas y actividades que se realizan para fomentar, preservar y restaurar la salud y capacidad del individuo mediante cursos, pláticas y talleres, insistiendo en el autocuidado y en la participación responsable de los adultos mayores.</p> <p>Servicios psicológicos. Están orientados a impulsar la participación de la gente grande en actividades que apoyen sus conductas de autocuidado, el desarrollo de relaciones interpersonales gratificantes y la prevención en el contexto de la salud mental.</p>	<p>Investigación gerontológica. Impulsa el conocimiento de las características de la población mayor, evalúa los programas institucionales, promueve la formación de recursos humanos especializados, así como la colaboración interinstitucional entre el INAPAM y las universidades del país.</p> <p>Enseñanza. Es una alternativa para la formación de recursos humanos en los campos de la geriatría y gerontología a fin de elevar la calidad de los servicios que se otorgan a la población y mejorar la asistencia y los sistemas de atención. El Instituto se ha constituido en un centro certificador de competencias laborales con lo que está contribuyendo a la formación y certificación de habilidades y destrezas específicas de personas adultas mayores como técnicos y profesionales.</p> <p>Información. Recopila y conserva información sobre gerontología, geriatría y temas afines para apoyar el conocimiento e investigación de la población.</p> <p>Centros de atención integral. Funcionan cuatro en la Ciudad de México en los que se proporcionan servicios de salud de primer nivel de atención, odontológicos, medicina general y especializada, asesoría jurídica, afiliación y promoción del empleo.</p>	<p>Abuelos en busca de amigos. Propicia el intercambio generacional entre la gente grande y menores infractores con el fin de favorecer la transmisión de valores sociales aceptables a través de la realización de actividades culturales, artísticas y deportivas.</p> <p>Abuelas y abuelos cuentacuentos. Se desarrolla en las escuelas primarias y parques. Busca fomentar entre la población infantil una cultura de transparencia por medio de la narración, discusión y análisis de cuentos.</p> <p>Campaña “Gente grande”. Se proyecta la calidad humana y las aportaciones que los adultos mayores hacen a la familia, la comunidad y la sociedad, con lo que se propicia la modificación de los estereotipos negativos con los que aún se representa a las personas de edad.</p>

FUENTE: Elaboración propia. Situación, necesidades y demandas de las personas mayores en Bolivia, Colombia, Costa Rica, Ecuador y México. Apuntes para un diagnóstico

Tabla 4.6 Seguimiento de la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento. El caso de México: visión del INAPAM (continúa)

<p>Centro de capacitación en cómputo. A un año de establecido, han egresado más de 1.500 adultos mayores quienes se han capacitado en el manejo de Office e Internet, lo cual los acerca a una posibilidad de empleo.</p> <p>Tarjeta de afiliación. Con ella los adultos mayores obtienen múltiples beneficios en la adquisición de bienes y servicios. Desde su creación, el instituto ha emitido más de cinco millones de credenciales en todo el país.</p>	<p>Voluntariado. El voluntariado del INAPAM realiza diferentes actividades a favor de los adultos mayores, como las visitas permanentes a residencias diurnas, la venta de artículos electrodomésticos, el bazar anual de artesanías y la manutención del banco de medicamentos y prótesis.</p> <p>Asesoría jurídica. Brinda asesoría jurídica gratuita a las personas mayores de 60 años que carecen de medios económicos para contratar un abogado. Se ha implementado el Programa Certeza Jurídica, que consta de tres acciones básicas: regularización de predios, testamentoarización, y certificación de actas de nacimiento.</p>	<p>Unidades gerontológicas. Funcionan trece, con las modalidades de residencias diurnas y albergues, y se ubican en la Ciudad de México y los estados de Guanajuato, Oaxaca y Zacatecas. En ellas se brinda atención integral a los residentes y albergue. Cuentan con servicios médicos, de enfermería, nutrición, terapia ocupacional y psicología.</p>	<p>Programa Nacional de Promoción y Difusión de los Derechos Humanos.</p>
---	---	--	--

FUENTE: Elaboración propia. Situación, necesidades y demandas de las personas mayores en Bolivia, Colombia, Costa Rica, Ecuador y México. Apuntes para un diagnóstico