

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
XOCHIMILCO**



Casa abierta al tiempo

**HACIA UN MODELO TEÓRICO–METODOLÓGICO
PARA LA COMPRENSIÓN DE LA CALIDAD DE
VIDA DURANTE EL PROCESO DE
ENVEJECIMIENTO Y LA VEJEZ**

**Tesis
que para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS EN SALUD COLECTIVA**

**Presenta:
JOSÉ ANTONIO SIERRA CEDILLO**

**Dirección de tesis
Dra. Patricia Muñoz Ledo Rábago
Asesora Dra. Oliva López Arellano**

México, D.F. 2010

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
PRIMERA PARTE ASPECTOS GENERALES	
Capítulo 1. Condiciones de vida y salud en la vejez en un marco de desigualdad y exclusión social	
1.1 La transición demográfica en un contexto de cambios estructurales globales. Concepto de vejez	
1.2 Complejización epidemiológica y condiciones de vida y salud en la vejez	
1.3 Políticas públicas que incluyen o excluyen a los viejos	
1.4 Políticas sobre la vejez	
SEGUNDA PARTE ELEMENTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS	
Capítulo 2. Dimensiones de la salud y respuesta social en la vejez	
2.1 Concepción ampliada de la salud	
2.2 Respuesta social en salud, ámbitos y actores e intervenciones en salud en la vejez	
2.3 Actores sociales y ámbitos de la respuesta social en salud	
2.4 Estrategias de intervención de salud en la vejez	
2.4.1 Promoción de la salud	
2.4.2 Prevención en la vejez	
2.4.3 Algunas miradas sobre la atención curativa o asistencial en la vejez	
2.4.4 Cuidados en la vejez (dependiente)	
Capítulo 3. Las categorías estructurales y calidad de vida y salud en la vejez.	
Introducción	
3.1 Relaciones de clase	
3.2 Relaciones de género	
3.3 Relaciones étnicas	
3.4 Edad y Generación. Conceptos de vejez y significados de la edad	
3.5 Articulación o intersección entre edad, género, clase social y etnia	
Capítulo 4. Categorías intermedias o mediadoras: Calidad de vida, condiciones de vida, salud y vejez	
4.1 Antecedentes	
4.2. Definiciones de calidad de vida	
4.3 Concepto de calidad de vida y salud	
4.4 Concepto de calidad de vida en la vejez	
4.5 Calidad de vida y salud en la vejez	
4.6 Mejorar la calidad de vida en la vejez. Fortalecimiento de redes de apoyo social	
Capítulo 5. Categorías individuales: cuerpo, vida cotidiana, autonomía–ciudadanía	
5.1 Cuerpo y envejecimiento	
5.2 Vida cotidiana y sus ámbitos	
5.2.1 Actividades y prácticas de la vida cotidiana en la vejez	
5.3 Autonomía	
5.3.1 Autonomía e independencia funcional en la vejez	
5.3.2 Capacidad socioeconómica y autonomía en la vejez	

5.3.3 Ciudadanía y autonomía	
5.3.4 Participación social, calidad de vida y salud en la vejez	
Capítulo 6. Aproximación metodológica a la calidad de vida, condiciones de vida y salud en la vejez. Construcción de trayectorias biográficas e historias de vida	
6.1 Curso de vida y trayectorias de vida	
6.2 El curso de vida: Acumulación de desventajas y su relación con la salud (Modelos)	
6.3 Trayectorias de vida desiguales y excluyentes: Acumulación de desventajas, condiciones de calidad de vida y autonomía en la vejez	
6.4 Recursos, independencia y autonomía en la vejez	
6.5 Necesidades humanas, sociales y de salud en el curso de vida	
6.6 Trayectorias biográficas, relatos e historias de vida	
6.7 Elección de indicadores en la construcción de trayectorias de vida (categorías estructurales, intermedias e individuales)	
Capítulo 7. Características diferenciales de calidad de vida en la vejez (Propuesta de un modelo de comprensión de la calidad de vida)	
7.1 Formación del curso de vida y trayectorias biográficas	
7.2 Procesos moduladores de las trayectorias de la calidad de vida y salud en la vejez	
7.3 Procesos de producción, distribución y consumo. Una mediación entre las estructuras de desigualdad, calidad de vida y salud en la vejez	
7.4 Carácter global de la desigualdad y exclusión social: exclusión-inclusión, desigualdad-inequidad/igualdad-equidad	
7.5 De la globalización neoliberal con enfoque residual al proyecto democratizador de sociedad y sus políticas públicas universal-equitativa con calidad de vida	
TERCERA PARTE APROXIMACIÓN EMPÍRICA	
Capítulo 8. Propuesta de aplicación de un modelo para comprender el proceso de construcción de las condiciones de calidad de vida en la vejez	
8.1 Lugar de estudio	
8.2 Reconstrucción de la trayectoria histórica social de Valle de Chalco	
8.3 La persona entrevistada	
8.4 Entrada al lugar de trabajo de campo y el contacto inicial	
8.5 Construcción de trayectorias biográficas desde la perspectiva del curso de vida, historia de vida y puntos de viraje	
8.6 Reconocer mediante la tarjeta de vida, eventos de vida, puntos de viraje, grado de satisfacción y sus consecuencias en las trayectorias biográficas	
8.8 Categorías e indicadores en la construcción y análisis de las trayectorias de vida ligadas a las condiciones de vida y salud en la vejez	
8.9 Representación gráfica de la intersección entre el tiempo social y el tiempo individual	
8.10 Comportamiento de las trayectorias biográficas según categorías de análisis	
8.11 Trayectoria de inclusión-exclusión y estructura de oportunidades	
CONCLUSIONES	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	

Cómo se llega
a ser lo que se es
ECCE homo
Friedrich Nietzsche

INTRODUCCIÓN

México atraviesa por una etapa avanzada de la transición demográfica que impacta la forma en que la sociedad se organiza ante la serie de transformaciones que operan en todos los ámbitos de la estructura social, procesos de cambio que hacen cada vez más visibles los retos impuestos para alcanzar una vejez con mejores condiciones de calidad de vida, debido al contexto en que se produce el envejecimiento de la población caracterizado por dinámicas estructurales de desigualdad y exclusión de clase, género, etnia u origen, edad / generación, entre otras, que sintetizan la forma en que se reproduce el sistema capitalista en su fase neoliberal, definida por relaciones de explotación, opresión y subordinación de carácter relacional. Sólo quien controla o es propietario de los medios de producción, se beneficia a partir de la explotación de la fuerza de trabajo producida socialmente. Las relaciones de opresión o de subordinación hacia una minoría étnica, género o grupo de edad, conducen a un acceso inequitativo a la salud y a una inclusión desfavorable en los sistemas de bienestar para las mayorías. Los cambios ocurridos en las últimas décadas en el modelo de desarrollo, pasó de un predominio estatal y de los derechos sociales como mecanismos para satisfacer las necesidades humanas, que respondía a un modo productivo basado en la industrialización y ciclos de vida terciarios estructurados temporalmente, a otro modelo de ajustes estructurales, con predominio de lo privado, de los derechos individuales y del mercado como mecanismos para la satisfacción de las necesidades sociales, que obedecen a una etapa postindustrial y cursos de vida desinstitucionalizados con trayectorias biográficas autoreflexivas, que depositan en el individuo la responsabilidad y las decisiones sobre el diseño de su cuerpo, salud y calidad de vida a lo largo de trayectorias biográficas que presentan múltiples contingencias y la ausencia de sistemas de protección que les permitan planear con certeza el futuro. Considerándose así, la construcción de la autonomía personal y relacional como una necesidad ante la ausencia del Estado en muchos ámbitos de la vida. Promover la calidad de vida y salud en la vejez requiere comprender los factores estructurales que la modulan, así como los mecanismos que afectan su construcción en las trayectorias biográficas y que favorecen o impiden las acciones humanas para su búsqueda o interfieren en la ampliación del espacio público, grupal y comunitario considerando tanto las condiciones materiales como los lazos sociales donde se integran las condiciones para una vejez con calidad de vida.

En una formación capitalista de corte neoliberal, con un modelo de protección social residual, con derechos sociales gradualmente limitados, cursos de vida progresivamente desinstitucionalizados y trayectorias biográficas desestandarizadas e individualizadas, el Estado se torna incapaz de brindar seguridad social de manera universal y equitativa a la población a lo largo de la vida. En este entorno, la posibilidad de preservar o alcanzar mejores condiciones de calidad de vida y salud en la vejez, estará sustentada en menor grado en la estructura de oportunidades propiciadas por el Estado a partir de sus políticas públicas, sistemas de protección y en mayor medida en la capacidad de acceso al mercado para satisfacer sus necesidades en esta etapa. Los grupos sociales más afectados por la desigualdad y exclusión social a partir de su pertenencia de género, clase, generación, edad, y etnia/origen, dependerán en mayor proporción de los lazos familiares, comunitarios y de políticas compensatorias para satisfacer necesidades básicas y de sobrevivencia. Ante el retiro paulatino del Estado de la esfera pública y el aumento de la responsabilidad de los individuos por su salud y calidad de vida, crece la demanda por alcanzar, preservar y recuperar autonomía personal a lo largo de la vida, para mantener la capacidad como agentes orientados a la búsqueda de calidad de vida en interrelación permanente entre los recursos individuales y estructurales.

Con base en el contexto situacional señalado y ante la necesidad de generar avances en el conocimiento que permita la comprensión y solución del problema, derivaron tanto en el plano teórico como empírico una serie de planteamientos que permitieron delimitar los objetivos que orientaron el desarrollo de la presente investigación.

Plano teórico:

¿Cómo se vinculan las desigualdades estructurales de clase, etnia/origen, género o edad/generación, con las condiciones de vida en la vejez?

¿Qué mecanismos o procesos ligan los eventos que se presentan de forma continua o discontinua durante las trayectorias de vida y favorecen o limitan la capacidad para alcanzar una vida de calidad con autonomía en las últimas etapas de la vida?

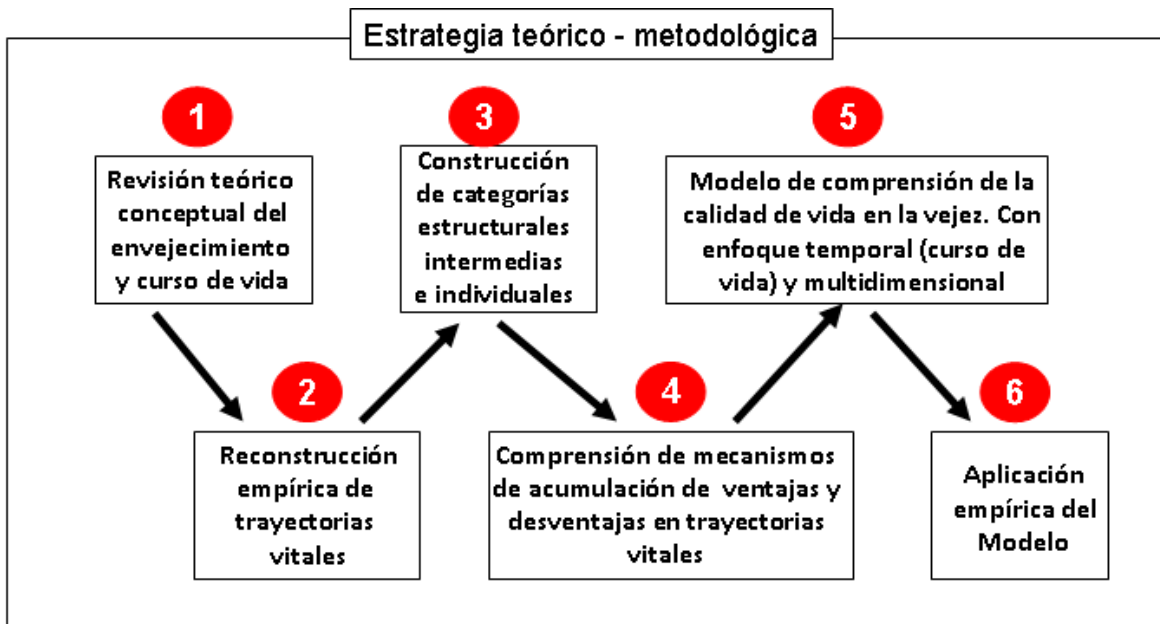
Plano empírico:

¿Cómo se articulan las dinámicas estructurales de desigualdad y exclusión en la vida cotidiana a nivel local y como influyen en la capacidad y posibilidad para construir una vejez con calidad y autonomía a nivel individual y grupal?

Objetivos

1. Caracterizar diversas formas en que se construyen las condiciones de calidad de vida durante el envejecimiento y la vejez, tanto en sentido diacrónico a través de la conformación de trayectorias de vida, como sincrónico por medio de la relación dialéctica entre trayectorias individuales y grupales con dinámicas estructurales de desigualdad y exclusión.
2. Identificar los procesos que contribuyen a favorecer o limitar la capacidad de configurar una vejez con calidad de vida y comprender algunos mecanismos que los articulan durante el curso de vida.
3. Construir un modelo que desde diversas dimensiones permita situar los procesos que modulan la calidad de vida en la vejez como mediación entre un plano estructural y otro singular y entre un tiempo individual y otro social, ejemplificando esta aproximación teórico-conceptual y metodológica con un caso empírico.

La estrategia teórico-metodológica diseñada para el logro de los objetivos, comprendió diversos momentos de construcción: 1) Revisión conceptual sobre la calidad de vida y la vejez y el enfoque metodológico del envejecimiento desde la perspectiva del curso de vida; 2) Elaboración de una historia de vida retrospectiva reconstruyendo trayectorias vitales; 3) Construcción teórico conceptual sobre la relación entre las trayectorias biográficas y las dinámicas estructurales de desigualdad y exclusión, a partir de categorías que explican los planos estructural, intermedio e individual; 4) Identificación de los procesos que favorecen o dificultan la conformación de la calidad de vida en las trayectorias biográficas; 5) Construcción de un modelo sobre la comprensión de la calidad de vida en la vejez como estado y como proceso, a partir de ambos enfoques, el temporal desde el curso de vida y el multidimensional desde una perspectiva estructural; 6) Aproximación empírica del modelo de comprensión de la calidad de vida en la vejez y el envejecimiento.



1) Revisión conceptual sobre la calidad de vida y la vejez y el enfoque metodológico del envejecimiento desde la perspectiva del curso de vida

De las diversas aproximaciones teóricas sobre el envejecimiento se consideró el enfoque del curso de vida por las posibilidades de abordaje desde una perspectiva dialéctica del individuo y la estructura social. Se inició con la revisión teórico-conceptual y la aproximación metodológica acerca de la conformación de las trayectorias de calidad de vida en su dimensión temporal (dimensión considerada en el primer objetivo). Se integró la noción de envejecimiento como un proceso construido social y biológicamente a lo largo de la vida, del que la vejez es una etapa y un proceso en si mismo. Aproximarse al envejecimiento como proceso desde el enfoque del curso de vida, permitió explicar su naturaleza de forma dinámica, contextual y procesual, así como su configuración en función del tiempo, el periodo y la cohorte, constituyendo una perspectiva sobre procesos en los niveles micro y macro social en individuos y poblaciones a lo largo del tiempo (Elipse-Muñoz, 2006). Los gerontólogos en particular diferencian entre tres factores: cambios en el tiempo atribuibles a maduración o envejecimiento; aquellos que son creados por efectos históricos o de periodo y los contrastes reflejados en características persistentes a todo lo largo de la vida de un grupo de edad específico, nombrado frecuentemente como efectos de “cohorte” o “generacional” (Bengtson y Cutler, 1976: 130-1). El curso de vida favorece el

estudio del envejecimiento al integrar múltiples trayectorias interdependientes, donde el estudio de un periodo específico como la vejez es abordado en el contexto del pasado y el futuro anticipado. Las trayectorias forman patrones de cambio y estabilidad (George, 2003) marcadas por eventos de vida, transiciones y puntos de viraje que pueden modificar la dirección de las trayectorias biográficas, (Settersten, 2003). En tales trayectorias se identifican la construcción de los elementos objetivos de la calidad de vida contrastándolos con dimensiones subjetivas como la satisfacción vital. Se identificó la vejez, como una etapa dentro de un continuun que inicia desde el nacimiento. Por lo que este acercamiento permitió tener una visión diacrónica sobre el proceso de envejecimiento y de la vejez como una continuidad del mismo.

En esta etapa de construcción y reconocimiento del curso de vida para estudiar el envejecimiento como un proceso individual a través de la construcción de trayectorias biográficas, se identificó la liga existente entre la calidad de vida, el acceso a determinados recursos y el desarrollo de ciertas capacidades con un contexto determinado por lo que conocer la historia social, económica y cultural de las sociedades de las que se forma parte se vuelve fundamental (Fernández-Ballesteros, 1997) coincidiendo con lo que el curso de vida sostiene acerca de que las vías de desarrollo reflejan los cambios sociales e históricos distintivos experimentados por una generación particular y no pueden ser comprendidos apartados de un contexto social e histórico (Cohler and Hostetler, 2004) conformando biografías generacionales que corresponden al contexto en que se ha ido envejeciendo (Huenchuan y Guzmán, 2006; Huenchuan y Guzmán, 2007). Por lo que se identifican contextos específicos de envejecimiento, como el rural o urbano (Treviño-Siller, Pelcastre-Villafuerte, Márquez-Serrano, 2006: 37), donde se considera que la persona y el mundo social son agentes co-constructores, la dialéctica entre constricciones sociales y personales produce nuevas síntesis en el desarrollo tanto de la persona como de su contexto (Settersten, 2003).

2) Elaboración de una historia de vida retrospectiva reconstruyendo trayectorias vitales

Se integró como estrategia metodológica y considerando un ejemplo, el uso de las nociones de curso de vida, trayectorias de vida, transiciones y puntos de viraje, en los cuales la persona considera que su vida tomó otra dirección. Lo que permitió obtener información

relacionada con el rol más afectado (ejemplo ocupacional o parental); la clase de evento que causó el punto de viraje (ejemplo enfermedad, migración, etc.); la naturaleza y extensión del cambio cuyo rango va desde transiciones esperadas, un cambio propositivo o una crisis en la vida sin ninguna anticipación, además de informar sobre la edad y etapa de la vida en que ocurre. También se recogió información sobre las consecuencias últimas (positivas o negativas) de dichos cambios. La unidad de análisis se situó en el individuo el cual fue interrogado retrospectivamente acerca de sus trayectorias de vida individual y familiar (MacMillan y Eliason, 2004: 531), utilizando las historias de vida retrospectivas y la narración como forma de indagar sobre los procesos de envejecimiento y su relación con la construcción de condiciones de vida y autonomía. La autobiografía guiada responde a un modelo constructivista del desarrollo humano cuyo método es el relato, permite evaluar al sujeto en el contexto de su vida partiendo de la infancia, manteniendo un eje temporal, donde se evalúan los caminos transitados y las decisiones tomadas durante el curso de vida, para entender como se ha construido, organizado, reestructurado o modificado la vida del relator en el tiempo y espacio que le tocó vivir. Como instrumento, la historia de vida es una herramienta interactiva que presupone la participación del investigador en el curso de la narración (Muchnik, 2006). Se optó por las historias de vida (life history) totales que intentan aprehender el todo de la vida y/o la esencia de la persona, distinguiéndose de las historias de vida (life story) más focalizadas (relatos de vida) que se organizan alrededor de uno o más eventos o aspectos específicos a lo largo del curso de vida (Cohler & Hostetler; 2004: 559-60). La historia de vida, se refiere a una cronología de eventos y actividades a través de los dominios de la vida, tales como residencia, la composición del hogar, educación, vida de trabajo y eventos familiares. Estos registros pueden ser generados mediante obtención de información prospectiva de materiales de archivo, o a través de entrevistas como en el uso de un calendario de vida retrospectivo, o la matriz de eventos de edad. Los calendarios de vida registran la edad (año y mes) en la cual una transición ocurre en cada dominio (Elder & Kirkpatrick, 2003).

Tal acercamiento permitió entender entre otros aspectos la heterocronía del proceso del envejecimiento, es decir, que se produce en distintos momentos de la vida y de la misma manera se registraron diversos eventos del proceso discapacitante tomando como referencia la edad de aparición de enfermedades, impedimentos y limitaciones funcionales,

documentando de forma paralela otras trayectorias de vida como la educativa, laboral y familiar. Además se identificaron distintas transiciones como la del paso del hogar paterno a la formación de una familia y hubo interés por conocer los cambios en la dirección de las trayectorias de vida que se identificaron principalmente por los puntos de viraje producidos por procesos migratorios. Asimismo, se construyó una tarjeta de vida que registró el grado de satisfacción vital como componente subjetivo de la calidad de vida que acompaña los momentos de cambio durante la vida.

De forma paralela se reconstruyó la trayectoria histórico social de la zona elegida para ejemplificar las diversas categorías desarrolladas en este momento o etapa del estudio. Se elaboró un perfil general del asentamiento (municipio de Valle de Chalco, Solidaridad, Estado de México, colonia Xico I), ubicando sus momentos de estabilidad y cambio (migraciones, programas sociales), a través de diferentes regímenes y de los procesos de transformación en sus condiciones de vida. A partir de lo anterior se organizaron los momentos individuales, para lo cual se elaboró una tarjeta de la historia social de Valle de Chalco que tomó como marcadores la fecha de ocurrencia de eventos políticos, sociales y económicos de la zona, realizando una descripción del crecimiento de la composición urbana y de servicios en el municipio a lo largo del siglo XX especialmente después de 1970, considerando su forma de crecimiento a través de las diversas migraciones y el desarrollo de políticas expresadas en programas sociales a nivel local, durante diferentes gobiernos locales, estatales y nacionales, antes y después de su formación como el municipio 122 del Estado de México.

3) Construcción teórico conceptual sobre la relación entre las trayectorias biográficas y dinámicas estructurales de desigualdad y exclusión, a partir de categorías que explican los planos estructural, intermedio e individual

En el terreno teórico-conceptual, Huenchuan y Toledo (1999) identificaron cuatro enfoques teóricos sobre envejecimiento relacionados con la calidad de vida en la vejez (biológico, psicológico, sociológico y cultural). En lo que parece ser un consenso sobre la calidad de vida, es que tiene un carácter multidimensional e incluye tanto componentes subjetivos como objetivos. En la vejez es abordada por autoras como Fernández Ballesteros que la relacionan con aspectos como la satisfacción vital y a otros de carácter objetivo como el acceso a los servicios de salud y educación, posibilidad de continuar formándose, entorno

y vivienda de calidad, posición económica, capacidad de mantenerse en actividad, salud y funcionalidad. También comprenden la autonomía e independencia (OMS), así como los vínculos sociales, que Montes de Oca (2002) enfatiza al ubicar el aporte de las redes sociales sobre la calidad de vida de grupos de viejas y viejos. A su vez Huenchuan advierte que a nivel teórico el concepto de calidad de vida debe incluir las especificidades de la vejez tanto fisiológica como social y considerar las diferencias respecto a las anteriores etapas del ciclo de vida. Para comprender la situación actual de los ancianos en su condición de calidad de vida y autonomía es útil analizar sus etapas anteriores (Aranibar, 2001: 15). Almeida-Filho (2000), siguiendo a Cristina Posas (1989) hace referencia al concepto de “modo de vida” como una amplia y fundamental instancia determinante de los procesos salud-enfermedad, mediada por dos dimensiones: estilo de vida y condiciones de vida. Condiciones de vida que en la vejez pueden presentarse como una construcción a lo largo de la vida, resultante de un balance o desbalance entre recursos en sentido amplio y necesidades (Perona, 2001). La Calidad de vida en la vejez, guarda relación con el acceso a los recursos disponibles de diverso tipo en un contexto determinado (Sáez y cols, 2008; Arber y Ginn, 1991) y también descansa sobre el ejercicio real de una mayor autonomía individual socialmente vinculada e implica que la ciudadanía es parte activa de este proceso para alcanzar una calidad de vida satisfactoria, es decir, que la participación es pivote de esta visión del desarrollo humano (Huggins, 2005: 47- 66). La salud es uno de los elementos importantes para alcanzar una mayor autonomía. Se identifican cuatro paradigmas interrelacionados que subyacen a los trabajos sobre calidad de vida y salud tanto a nivel operativo como de investigación: el ambientalista, el de promoción de la salud, el de prevención de la enfermedad o del comportamiento y el estructural (Infante y cols, 2000: 155). En el paradigma de prevención de la enfermedad, la calidad de vida en la vejez relacionada con la salud, incluye la medición de la funcionalidad física, el estado psicológico, la interacción social, y la evaluación de los signos y síntomas físicos. En este sentido, los indicadores más reconocidos como elementos fundamentales para evaluar las repercusiones del estado de salud sobre la calidad de vida, son la incapacidad, la incomodidad y la insatisfacción (Mendoza-Núñez, 2003: 62-3). Al mismo tiempo se pueden identificar enfoques ampliados de la salud, que permiten ajustarse a la multidimensionalidad de la calidad de vida, como los presentados por Samaja, Castellanos,

Breilh y Almeida-Filho, basados en la categoría de la reproducción social, explican la salud desde distintas dimensiones, lo que permite superar el nivel singular que aborda las patologías individuales y la intervención desde la atención curativa, a ampliar las posibilidades de explicar las determinaciones sociales de la salud en la dimensión comunitaria donde se puede intervenir sobre la calidad de vida a partir de acciones integrales y multisectoriales mediante estrategias de promoción de la salud y atención primaria, enfoques más cercanos a una perspectiva estructural que en su nivel más general, identifican a la calidad de vida refiriéndose a las condiciones objetivas y subjetivas en que se realiza la reproducción social de los grupos humanos. La noción de calidad de vida se sustituye por el concepto de condiciones de vida, entendida como el grado de satisfacción de necesidades básicas, bienestar o privación (Blanco y cols, 1997) con problemas definidos como variaciones del perfil de salud-enfermedad correspondientes al espacio de lo particular (Castellanos, 1990), considerando como su estrategia central la promoción de la salud (Minayo y cols, 2000). La calidad de vida toma relevancia en un nivel de integración grupal, comunitario o local, donde las condiciones materiales de existencia, se expresan objetivamente a través de las condiciones de vida en diferentes ámbitos de la vida cotidiana sea familiar, escolar, laboral o institucional y con diversas esferas interdependientes: individual, colectiva, institucional, ambiental y subjetiva (De Negri, 2006, De Negri y cols, 2002; D'Elia y cols, 2002).

La calidad de vida, las condiciones de vida y salud en un territorio social, en un tiempo y lugar determinado, son reguladas por relaciones sociales más amplias, como la desigualdad y la exclusión ya sea de clase, género, origen étnico o edad, entre otras, donde la salud es una expresión de la calidad de vida y resultado de sus determinantes sociales (De Negri Filho y cols 2002: 28-9). Por ello Minayo y cols (2000) refieren que la calidad de vida es un término polisémico, referido a una construcción social con una marca de relatividad cultural, subrayando que en las sociedades en que las desigualdades y heterogeneidades son muy fuertes se muestran concepciones de bienestar estratificadas. El concepto de clase como condición colectiva permite caracterizar la distribución de poder y oportunidades de calidad de vida entre grupos sociales y territorios (D'Elia y cols, 2002: 25). De la misma manera se ha considerado que la calidad de vida no es la misma para los hombres que para las mujeres, pues las necesidades en la vejez variarán según las responsabilidades que son

establecidas por las pautas de género y por sus condiciones socioeconómicas y/o étnicas (Huggins 2005). También existen sustanciales contrastes entre modos y estilos de vida entre miembros de distintos grupos etnoculturales (Breilh, 2003: 217-35). Las características culturales y sociales propias de un grupo étnico, con sus “marcas étnicas” generan diferenciales en las condiciones de vida y el acceso a recursos de atención (Rivera, Vidal y Bazó, 2002), conduciendo a formas de exclusión social de carácter ideológico, basadas en el origen étnico (McMullin, 2004). Así, las minorías envejecidas encuentran condiciones más difíciles que las mayorías (Sokolovsky, 1985: 7-8) y la pertenencia a una raza o minoría étnica, se relaciona con un exceso en muertes, morbilidad y discapacidad en la vejez, además de menor acceso y calidad del cuidado a la salud (Johnson y Smith, 2002). Una comprensión relacional de la edad requiere un énfasis en las formas de opresión y poder que pueden expresarse en las condiciones de calidad de vida y salud y que son estructuradas sobre la base de la membresía a grupos de edad (McMullin, 2004). Las relaciones de poder en conjunto, representan núcleos determinantes de las condiciones de calidad de vida y cada uno representa en sí mismo una visión explicativa de las desigualdades sociales, que involucra interpretaciones, valoraciones y concepciones, las cuales son categorías de análisis dentro de un orden social jerárquico que implica desigualdades en oportunidades, recursos, poder, propiedad o cualquier otra desventaja (D’Elia y cols, 2002: 23-4). Tales estructuras de desigualdad modulan las relaciones de producción, distribución y consumo que actúan como determinantes que afectan el desarrollo de la autonomía y la salud/enfermedad en cada etapa de la vida a través de condiciones y estilos de vida diferenciados. La manera en que se organizan los procesos de producción, distribución y consumo contribuyen a la desigualdad en salud (McMullin, 2004) y son acumulativos, por lo que la salud a cualquier edad refleja no sólo las condiciones contemporáneas sino las condiciones vitales anteriores (Krieger, 2002). Acumulación que puede ser expresada por el cuerpo como un proceso en que literalmente se encarna el mundo social, material y biológico desde el útero hasta la muerte (Krieger, 2001) donde los cuerpos cada día acumulan e integran experiencias y exposiciones estructuradas por diversos aspectos de la posición social y la desigualdad (Krieger y Smith, 2004). Encarnación a la vez como trayectoria individual y como manifestación colectivizada de grupo (Montagner, 2006). La calidad de vida por tanto hace referencia a la

compleja trama en la que se desarrolla día a día la vida cotidiana de los individuos (De Pablos y Sánchez, 2002), considerándola como un conjunto de actividades que caracterizan las reproducciones particulares (Heller, 1998), que corresponden a acciones continuas de reproducción en diversas dimensiones: biológica, comunal, cultural, estatal y societal (Samaja, 2004) relacionadas con una multicausalidad de necesidades (Huggins, 2005) que se van realizando a través de la reiteración de actividades vitales, en una distribución diaria del tiempo (Pampliega, en: Pichón-Riviere y Pampliega, 1985). El proceso de reproducción cotidiana termina transformándose en un proceso productivo (Samaja, 2004) que va construyendo la autonomía de forma individual y relacional, a través de la participación política entendida como el poder para intervenir en acciones para mejorar el propio bienestar de manera cotidiana e influir sobre sus determinantes y el poder para realizar o satisfacer las propias necesidades (D'Elia y De Negri, 2006). Así las condiciones de calidad de vida en la vejez pueden ser evidenciadas al hacer un balance entre los recursos de diverso tipo (material, financiero, salud, de cuidado) con que se cuenta al llegar a esta etapa y las necesidades de condiciones de vida mínimas para el desarrollo o mantenimiento de las capacidades (Perona y Rocchi, 2001). Tales recursos influyen en el nivel de independencia personal y sentido de autonomía, pero la pertenencia a determinada clase, etnia o género planteara oportunidades o restricciones de acceso a cada tipo de recursos, cuya combinación expresa un rango de posibilidades desde la mayor independencia a una condición de mayor dependencia (Arber y Ginn, 1991).

La calidad de vida es también un concepto ético-político y se le percibe como un derecho, producto de garantías sociales, consensos plurales y la acción política de los ciudadanos (Maingon y D'Elia, 2006). Lo que implica procurar las condiciones para un desarrollo integral que contempla entre otras cosas la satisfacción de las necesidades básicas (D'Elia y e Negri, 2006). Reconociendo la calidad de vida como un sistema de necesidades interrelacionadas e interactuantes en la que cada una de sus dimensiones tiene diferentes satisfactores, entendidos como los medios cuyo uso y consumo permiten la satisfacción de esas necesidades (Aranibar, sin fecha: 2-3). Necesidades humanas y sociales que variarán según el momento del curso de vida en el que los sujetos se encuentren y que durante la vejez tendrán una alta probabilidad de extenderse intergeneracionalmente a partir de su pertenencia a una clase social, a un grupo étnico, familiar o a pautas de género (D'Elia y

cols, 2002: 25; Huggins, 2005). Las personas mayores debido a su edad cronológica pero sobretodo cuando a ello se suman fuentes de desigualdad como las enunciadas anteriormente, están expuestas a sufrir pobreza, marginación, invisibilización, discriminación y fragilización, donde la vejez constituye una causa de conculcación de derechos, ya que tienen un poder limitado como grupo social para hacerlos efectivos, incrementándose además por los procesos de inclusión-exclusión-vulnerabilidad que generan inequidades en la calidad de vida y salud en las personas mayores ubicándolos entre los excluidos de la sociedad, por lo que se perpetúa la asimétrica distribución de los recursos y beneficios que genera el desarrollo (Huenchuan y Morlachetti, 2007; Hernández y cols, 2008: 135-6).

La globalización capitalista genera relaciones donde predomina la exclusión, desigualdad e inequidad entre países y regiones, que contribuyen al deterioro de las condiciones en la calidad de vida y salud de los grupos sociales e individuos (D'Elia y De Negri, 2006; D'Elia, 2006: 21-5). Cada sistema político, económico y social adopta diferentes formas para la satisfacción de las necesidades fundamentales. Tales satisfactores no se distribuyen de forma equitativa ni entre grupos, géneros, generaciones, ni a nivel espacial (Aranibar, sin fecha: 2-3). Detrás del enfoque sobre calidad de vida y derechos prevalece una crítica a las democracias liberales contemporáneas incapaces de acomodar la diversidad social y proporcionar un trato igualitario a sus ciudadanos Huenchuan (2006: 56). Es a partir de un proyecto democrático que surgen políticas sociales que vinculan la vejez con la calidad de vida (D'Elia y De Negri, 2006; D'Elia, 2006: 21-5).

4) Identificación de los procesos que favorecen o dificultan la conformación de la calidad de vida en las trayectorias biográficas

Este momento de construcción teórico-conceptual y aproximación metodológica, se orientó a la conformación de las trayectorias de calidad de vida, ahora desde el punto de vista de los procesos o mecanismos que la favorecen o dificultan en el marco de la interacción del tiempo individual y social en un contexto específico (considerado en el segundo objetivo). Se partió de la noción de envejecimiento (Bengtson y Cutler, 1976: 130-1) y posteriormente de las trayectoria vitales que se empiezan a configurar antes del nacimiento. Al nacer se heredan ventajas y desventajas socioeconómicas, biológicas y culturales, desde ese

momento inicial, la vida se empieza a compartir en forma simultánea con otras generaciones, pero en diferentes posiciones generacionales que cambian a lo largo de la vida, teniendo cada una y en su mutua relación, implicaciones para el cuidado tanto de las generaciones jóvenes como de las más envejecidas. Se consideró que se nace en una cohorte que sitúa al sujeto como perteneciente a una clase social, a un género, a una generación, a un grupo étnico, a un origen y a un territorio urbano o rural sin elección de su parte (Archer, 1995, en: McMullin, 2004), lo que genera ventajas y desventajas diacrónicas desde un tiempo cero y que trae aparejadas otras en tiempos sucesivos conduciendo a trayectorias de exclusión (Saraví, 2005) o inclusión desfavorables (Bayón, 2009), a una estratificación del curso de vida y una diferenciación intracohorte (O’Rand, en: Dewilde, 2003). Condiciones iniciales que pueden evidenciar la “marca” del punto de partida que implica en los más desfavorecidos una escasa movilidad intergeneracional (Bayón 2009) y el gran peso que tiene éste por las desventajas y desigualdades iniciales (Saraví, 2005). Si bien se consideró la influencia de estas desigualdades estructurales como moduladoras de las trayectorias de vida, también se tomaron en cuenta las desigualdades de trayectoria o dinámicas que sin serlas en forma estricta, provocan la acumulación o espirales de desventajas que hacen más vulnerable la trayectoria biográfica, como en el caso de la aparición de una enfermedad (Saraví 2005, González de la Rocha, 2005), la experiencia de la desigualdad en las trayectorias biográficas a diferencia de las dinámicas estructurales que condicionan el nacimiento, tiene que ver con la acción humana o la capacidad de los sujetos para interpretar la situación y actuar para cambiarla (McMullin, 2004). A nivel micro los individuos son actores que interpretan y definen su realidad y realizan estrategias para cambiar estructuras y sociedades (Krekula, 2007). Los sujetos con sus decisiones producen nuevas contingencias en las trayectorias, que van construyendo rutas no lineales hacia la calidad de vida en las últimas etapas de la vida, lo que guarda relación con la satisfacción de necesidades humanas y sociales en las etapas que la anteceden (Mcleod y Almazan, 2003). Cada etapa de la vida tiene necesidades particulares que deben realizarse para promover o conservar una calidad de vida autónoma en cada periodo de la vida (D’Elia y cols, 2002: 25; Huggins, 2005). Entre los mecanismos que se han propuesto para comprender la forma en que se ligan condiciones de salud tempranas con la vejez, se destacan los efectos latentes, de ruta y acumulativos, que se consideran en conjunto como

efectos del curso de vida, en que la salud a cualquier edad para una cohorte determinada, refleja no sólo las condiciones contemporáneas sino las condiciones vitales anteriores (Krieger, 2002). Dicha acumulación puede ser expresada por el cuerpo (Krieger, 2001).

5) Construcción de un modelo sobre la comprensión de la calidad de vida en la vejez como estado y como proceso, a partir de ambos enfoques, el temporal por el enfoque del curso de vida y el multidimensional desde una perspectiva estructural

Después de una primera aproximación tanto teórica como empírica y respondiendo al propósito del estudio, se esbozaron algunos elementos para un modelo que permitiera llevar a cabo un acercamiento a la comprensión de la calidad en la vejez desde diversos planos temporales y dimensiones analíticas. En este acercamiento, la calidad de vida al mismo tiempo, puede entenderse como un estado y como un proceso que muestra la dinámica discontinua de su conformación a lo largo de la vida, cuya construcción es colectiva, pero que al enfocarse sobre trayectorias biográficas, invitó a situarla en el entramado de la reproducción cotidiana, cuyas actividades desplegadas en diferentes ámbitos de interacción, como el familiar, laboral, comunitario, educativo o institucional, entretienen formas o estilos de vida que se expresan en los cuerpos ya sea fortaleciendo sus capacidades vitales y actuación social o limitando su potencial para realizar o satisfacer las necesidades para una vida de calidad en cada etapa de la vida, haciendo posible o impidiendo contar en la vejez, con recursos financieros, materiales, físicos, subjetivos y de cuidado, para preservarla y promoverla. En esta dimensión singular, se pueden prevenir, atender o curar patologías específicas y tratar de modificar comportamientos ligados a ciertas maneras de vivir, que lejos de ser decisiones meramente personales se conectan estrechamente con las formas en que una sociedad produce, distribuye y consume sus bienes y recursos y tiene lugar su modo de vida, donde los hábitos y conductas definen sus patrones y encuentran sus condiciones de frontera. Pero las formas específicas en que los sujetos y grupos se insertan en estos procesos dependerá de otros más amplios o distantes que tienen que ver por una parte con la dimensión temporal a partir de la “transmisión” de determinadas condiciones sociales y biológicas heredadas de una generación a otra, así como de las cohortes sustantivas al nacimiento, que sitúan al individuo en un grupo social de forma no intencionada y que marcan su contexto de inicio y cuyas ligas a las condiciones vividas en la vejez, se llevan a cabo por medio de mecanismos como la acumulación de ventajas y

desventajas, considerando al mismo tiempo que cada decisión produce nuevas contingencias, que construyen rutas no lineales hacia la calidad de vida en las últimas etapas de la vida.

Se señaló que la calidad de vida adquiere mayor relevancia en la dimensión más amplia de lo grupal, comunitario o local, donde se despliegan las condiciones materiales de existencia, expresadas no sólo en la calidad de las viviendas, infraestructura y acceso a servicios, sino también a través de los vínculos sociales. Sin embargo, tales condiciones no se distribuyen homogéneamente o al azar en un territorio social, sino que son influidas por estructuras de desigualdad y exclusión por género, clase, edad/generación, etnia u origen, ligadas a formas de producción, distribución y consumo que exponen a los grupos sociales de forma socialmente diferenciada a procesos protectores o dañinos para la calidad de vida y salud en espacios geográficamente definidos. En este espacio de lo particular correspondiente a la dimensión grupal y comunitaria, donde florecen y se explican los elementos de la reproducción social y calidad de vida, es donde existe posibilidad de intervenir sobre procesos más estructurales y tempranos en la determinación social de la salud, mediante estrategias integrales e intersectoriales relacionadas con estrategias de promoción de la salud y atención primaria. Así, perfiles de salud, enfermedad y envejecimiento de creciente complejidad, son modulados por formas diferenciales de calidad de vida y de organización de la producción, distribución y consumo, cuyas raíces se localizan parcialmente en un plano más general, en una forma de globalismo localizado, en la que países periféricos se insertan de manera subordinada al capitalismo global y que en la región latinoamericana se caracterizan por el predominio de relaciones sociales de exclusión y desigualdad, tanto entre países, como entre regiones, lo que implica relaciones de explotación, dominación, subordinación y opresión entre grupos con diferencias de poder, sintetizándose tales relaciones de desigualdad y exclusión en las clases sociales pero también en las relaciones de género, etnia/origen y edad/generación, donde los viejos con un poder limitado en términos grupales, sufren formas de inclusión desfavorable con una distribución asimétrica de recursos y beneficios. Principalmente en las sociedades occidentales, emergieron durante el siglo XX proyectos de sociedad y políticas públicas a partir de diferentes concepciones sobre la vejez, de sus necesidades y los mecanismos para satisfacerlas, tanto a través del mercado y la capacidad individual como por medio de la

participación del Estado, presentándose diversos matices en la consideración del viejo como objeto de beneficencia o como sujeto de derechos. Idealmente un proyecto democrático con políticas universales y equitativas, favorecería la promoción de la calidad de vida a lo largo de la vida y en la etapa de la vejez promoviendo una ciudadanía activa. En esta dimensión de lo general, es donde se incluye a la sociedad como un todo, las formas de intervención se enfocan al diseño de políticas públicas o incluso de proyectos de sociedad.

Con base en lo anterior, fue posible considerar que la calidad se va construyendo a lo largo de la vida, en la que los individuos participan activamente y que implica un aspecto subjetivo de satisfacción vital, pero que va más allá, ya que las condiciones objetivas referidas a las condiciones de vida requieren una construcción colectiva en diversas dimensiones y una estructura de oportunidades que brinde condiciones para el desarrollo de potencialidades individuales y grupales, que brinde protección social universal y equitativa, ampliando los derechos sociales del ciudadano y abriendo espacios a la participación autónoma que favorezca el fortalecimiento de lazos sociales y solidaridades en la construcción de la calidad de vida a nivel local.

En este apartado se propuso integrar dos dimensiones, una dimensión estructural a través de un análisis por estratos que incluyó lo individual, lo grupal, lo estatal y lo societal, con sus dinámicas de desigualdad y exclusión, que por medio de procesos de producción, distribución y consumo exponen diferencialmente a grupos diversos a procesos que favorecen o dañan la calidad de vida y salud en la vejez, y una dimensión temporal que permitiera comprender la manera en que a lo largo de la vida, dialogan las acciones humanas con las estructuras en la configuración individual y colectiva de la calidad de vida.

6) Aproximación empírica del modelo de comprensión de la calidad de vida en la vejez y el envejecimiento

Este momento correspondió al abordaje empírico en la construcción de trayectorias biográficas y constituyó la tercera parte del estudio realizado. Se conformaron los procedimientos y eligieron las técnicas que serían empleadas, considerando como uno de los ejes la historia de vida. La estrategia consistió en la utilización de la entrevista como instrumento metodológico, se aplicó a una mujer en transición a la vejez en la que se

reconstruyó su historia de vida mediante la organización de una matriz tomando la edad como marcador de eventos y la utilización de los indicadores de las categorías estructurales, intermedias e individuales. La categoría clase social se registró a través de indicadores de estratificación socioeconómica, como el trabajo manual, el tipo de empleo u ocupación y el nivel educativo, que se reveló como un eje transgeneracional de movilidad social, relativo a los niveles de escolaridad de los hijos y una incipiente mejoría en sus condiciones de vida, así como en el cambio generacional del trabajo manual de los padres a una tendencia a labores no manuales como la educación infantil, mientras que la noción de género se ilustró por medio de eventos biológicos ligados al sexo como los embarazos, así como en las relaciones asimétricas de poder como el intento de abuso o el rol de cuidadora, primogénita o en el proceso de empoderamiento a partir de su separación y migración con efectos en sus condiciones de vida, intensificación del trabajo y formación de grupos de apoyo. En este caso, más que destacar la pertenencia a un grupo étnico, se identificó el origen campesino, rural, hablante de español y a través del reconocimiento del sentido del migrante como portador de una cultura que confluye a nivel local. La edad fue el eje para ordenar la estabilidad o cambio en otras categorías, entendida en su sentido biológico a través del año de nacimiento y en sentido social al relacionarla con ciertos roles como el de madre, cuidadora o proveedora entre otros, además se registró la generación en su relación de parentesco a través del orden y posición en la estructura familiar (siendo la primogénita), como en su relación con otras generaciones tanto en sentido ascendente como descendente, comenzando en posición alpha y continuando en una posición janus que la coloca entre dos o más generaciones lo que implica mayor complejidad en la distribución del trabajo doméstico y extradoméstico, y pudiendo llegar al final de la vida en una posición omega, a lo que se añade el momento del ciclo familiar que considera desde la pareja en formación, arribando posteriormente por fases de expansión, consolidación, disolución y dispersión, las dos últimas relacionadas con el caso analizado. En otro sentido la generación permitió ubicarla en un tiempo y lugar determinado, quizá como parte de la generación que tuvo acceso de forma masiva a la vacunación después de la segunda guerra mundial y que influyó en el decrecimiento de la mortalidad poblacional en los primeros 10 años de vida y que ahora transitan a la vejez entre el año 2000 y 2020 con posibles efectos en su forma de envejecer a través de una expansión y complejización de la morbilidad. La categoría

calidad de vida se descompuso para su aproximación empírica en indicadores de condiciones de vida, estilos de vida, mientras que para explorar la satisfacción vital como componente subjetivo de la calidad de vida se utilizó la tarjeta de vida. Las condiciones de vida se verificaron a través de los cambios en la calidad de la vivienda y de su entorno, la introducción de infraestructura y servicios, la organización en grupos vecinales para mejorar su calidad de vida y las ligas sociales construidas, por el acceso a la salud y seguridad social y educación entre otros aspectos. Lo que se complementó con la tarjeta de vida en la que se relacionaron los principales cambios en la vida del relator, fuesen transiciones o puntos de viraje con el grado de satisfacción vital que experimentó en cada uno de ellos, lo cual brindó una aproximación sobre los componentes subjetivos de la calidad de vida. Mientras que se identificaron cambios hacia estilos de vida más saludables relacionados con la ingesta de líquidos, reducción de azúcares refinadas y grasas saturadas, además de compartir con otras personas diabéticas e hipertensas recetas y ejercicio. La vida cotidiana forma parte de las categorías individuales que han mostrado cambios en el tiempo, tomando en consideración el trabajo y cuidado a los hijos y más tarde a los nietos y en la participación en otros ámbitos de la vida cotidiana como los grupos de convivencia. Como parte de la construcción de autonomía se considera el trabajo, y la capacidad de ahorro, que se expresa en un grupo de microahorro y prestamos entre un grupo de mujeres, así como en la co-participación y cogestión en el mejoramiento de las condiciones de vida locales que pueden favorecer su bienestar familiar, tomando en consideración la presencia de enfermedades pero sobretodo su capacidad funcional como punto de partida para desarrollar las actividades de la vida cotidiana. De forma complementaria se organizó otra matriz con las mismas características de la anterior para considerar algunos datos tanto paternos como maternos que permitieran comprender la transmisión intergeneracional de condiciones socioeconómicas y biológicas al nacimiento. Para relacionar específicamente el estado de salud con las categorías revisadas con anterioridad, en sus diversas dimensiones se diseñó una representación gráfica de sus indicadores estructurales, intermedios e individuales relacionándolos con el proceso discapacitante en función de la edad en años, que se refiere a la evolución que puede presentar una persona en su condición de salud, en un rango entre la percepción de bienestar hasta la presencia de discapacidad pasando por la emergencia de enfermedades, impedimentos y limitaciones funcionales. Otro ángulo

explorado para comprender la relación entre las acciones humanas y estructurales, fue la identificación de los procesos de exclusión e inclusión social en que los sujetos están inmersos a lo largo de su vida. Una de las formas en que se evaluó la inclusión social como elemento indispensable en la conformación de calidad de vida a nivel local fue a través de los lazos sociales construidos en la comunidad y evidenciado a través de la participación en grupos o en relaciones familiares y de trabajo apoyándose en el mapa de red de Sluski que permitió documentar entre otros elementos la cercanía, densidad y el tipo de intercambio que mantiene en sus relaciones familiares, comunitarias, de amistad, trabajo, el sistema de salud y otras agencias. Desde este punto de vista se consideró que en un nivel local, además de los servicios básicos necesarios para mejorar las condiciones de vida, se requieren lazos sociales generadores de solidaridades en busca de la calidad de vida en común. Con el mismo propósito se realizó una representación para expresar las trayectorias vitales como procesos dinámicos donde se pudieran percibir la inclusión, vulnerabilidad o exclusión en la dimensión societal, estatal, comunitaria, familiar e individual y en diversas esferas y momentos de la vida. La dimensión societal se centro en la esfera laboral, donde fue posible visualizar cambios a través del tiempo entre condiciones de empleo asalariado, subempleo o empleo precario y el desempleo, en el ámbito estatal se considero como inclusión plena el contar con seguro social, mientras que el acceder a la asistencia social como única alternativa fue considerada como inclusión desfavorable, en zona vulnerable se ubicó el solo acceso a servicios de salud privados; en el plano comunitario, se tomo en consideración la participación o no en redes y la toma de decisiones, en la trayectoria familiar a su vez se tomó en cuenta si se vive con la familia paterna o conyugal o se vive solo, y a nivel del individuo, se considero como indicador la percepción de buena salud, de enfermo controlado o de enfermo no controlado. Con esta aproximación se pudo brindar información sobre el ejercicio de los derechos sociales traducidos en el acceso a un sistema de bienestar social que en sus múltiples planos confiere distintas cualidades a la ciudadanía a través del acceso que brinda a sus diversas modalidades, permitiendo comparar al mismo tiempo los diferentes planos y esferas y la existencia de acoplamientos o desacoplamientos entre ellos, que en conjunto pueden dar indicios de la dinámica dialéctica de las trayectorias biográficas más o menos desestandarizadas, con la estructura de oportunidades en un espacio y tiempo determinados. Se buscó comprender la relación entre el tiempo individual

y el tiempo social mediante la organización de los eventos en la trayectoria biográfica en función de la historia social del municipio gráficamente representada en la tarjeta de su historia social, confrontando las trayectorias de vida y puntos de viraje (como la migración) en la vida del actor social con los procesos a nivel local, estatal y nacional, conduciendo a una figura esquemática que compara ambas trayectorias con la intención de identificar las influencias que modulan la calidad de vida desde otras instancias más amplias, así como registrar los desacoplamientos entre diversas dimensiones y la posibilidad de entender la manera en que se co-construyen las condiciones de vida a nivel local.

Estructura del trabajo

El trabajo se dividió en tres partes, la primera contempla aspectos generales incluidos en el primer capítulo, la segunda se conforma por los elementos teórico-metodológicos que abarcan del capítulo 2 al 7, en este último capítulo se esboza un modelo de comprensión de la calidad de vida en la vejez. La tercera parte correspondiente al capítulo 8, que se concentró en una aproximación empírica al análisis de las condiciones de calidad de vida en la vejez en un contexto específico utilizando algunos de los elementos trazados en el modelo y las nociones revisadas en capítulos anteriores. Finalmente en las conclusiones se exponen algunas reflexiones sobre las condiciones actuales y los retos futuros relacionados con el derecho a una vejez con calidad de vida. Se empezó a responder a una parte del primer objetivo a través de un reconocimiento del contexto general del envejecimiento y sus políticas en la región Latinoamérica, que se abordó en el capítulo 1, seguido de una revisión teórico-conceptual y la construcción de categorías estructurales, intermedias e individuales en la vejez, desarrolladas en los capítulos 3, 4 y 5. Para proseguir con la aproximación metodológica, en el capítulo 6 donde se describieron algunos procesos o mecanismos que favorecen o dificultan la construcción de la calidad en el marco de la interacción del tiempo individual y social en un contexto específico, aspecto enunciado en el segundo objetivo, para esbozar en el capítulo 7, algunos elementos que contribuyen a un modelo para la comprensión de la calidad en la vejez desde diversos planos temporales y dimensiones analíticas. Finalmente a partir de estos momentos teórico metodológicos, se llevo a cabo el abordaje empírico de la construcción de trayectorias biográficas en el capítulo 8 que constituye la tercera sección de la tesis, la cual se presenta en dos fases, la

primera incluye el procedimiento recorrido y las técnicas utilizadas para llevar a cabo el trabajo y la segunda fase resume el caso analizado recogida por la narración de una historia de vida. A continuación se describe sucintamente el contenido de cada capítulo.

En el capítulo 1, que corresponde a la primera parte de la tesis, se introdujo el concepto de vejez, envejecimiento y transición demográfica y sus efectos en la organización social y la complejización de la salud-enfermedad en el país, cuyas condiciones de vida son caracterizadas por la desigualdad y exclusión social. Por lo anterior, tales procesos fueron abordados a la luz de las diferencias que se muestran por regiones, por género, tipo de localidad o nivel socioeconómico, considerando a su vez que ocurren en el contexto de la transición de un modelo social a otro, lo cual ha implicado cambios en las políticas y derechos sociales hacia los ancianos, políticas que fueron caracterizadas en esta sección a partir de los proyectos de sociedad surgidos en los países occidentales en la historia reciente.

En el capítulo 2 se intentó ampliar la comprensión del concepto de salud a través de la revisión de autores como Canguilhem, Granda, Almeida, Fernández y Samaja para mostrar que la salud se encuentra comprometida al mismo tiempo con la esfera biológica como con el modo de vida, para lo cual se les integró la propuesta de Castellanos que define y explica los problemas de salud en tres espacios jerarquizados; desde uno de ellos, el grupal, se puede intervenir sobre las condiciones de calidad de vida. Con este referente se analizó la respuesta social en salud dirigida a los ancianos, tratando de identificar diferentes planos de intervención y sus alcances, considerando además a los actores sociales que participan en ello, así se revisó el enfoque preventivo y de promoción de la salud y se reconocieron como actores sociales al sujeto saludable o íntegro, al sujeto ciudadano y al rol de cuidador.

En el capítulo 3 se revisaron nociones de carácter estructural, al explorar las relaciones de clase, cuya condición colectiva permite caracterizar la distribución de poder y oportunidades de calidad de vida entre grupos sociales; se analizaron las relaciones de género entendidas como las diferencias biológicas de los sexos, transformadas en desigualdades e inequidades en salud y las relaciones étnicas como formas de exclusión e inclusión a un grupo, que significan condiciones de vida y acceso a la salud diferenciales. La noción de generación se vinculó tanto a relaciones de parentesco como a situaciones sociales más amplias. Se introdujeron los significados de la edad cronológica, social,

fisiológica, funcional y psíquica. Explorando también la relación entre edad, estructura y desigualdad desde los enfoques de la estratificación por edad y la economía política.

En el capítulo 4, se exploró como categoría mediadora la calidad de vida principalmente desde un enfoque estructural. Se abordaron diversas definiciones de calidad de vida en el marco general de la reproducción social, donde la noción de calidad de vida se sustituye por la de condiciones de vida y la satisfacción de necesidades básicas. Asimismo se exploraron sus componentes objetivos y subjetivos y su carácter multidimensional, que De Negri sistematiza en cinco esferas: individual, colectiva, institucional, ambiental y subjetiva. Finalmente Mendoza vincula la calidad de vida con el estado de salud y bienestar en la vejez, e identifica que los indicadores más utilizados para evaluar las repercusiones del estado de salud sobre la calidad de vida son la mortalidad, la morbilidad, la incapacidad, la incomodidad y la insatisfacción.

El quinto capítulo se ocupó de las categorías individuales a partir de la noción de cuerpo desde el enfoque de la incorporación o encarnación que a través del sentido práctico se liga a la vida cotidiana, noción que implica la realización de actividades reproducidas diariamente en múltiples dimensiones. Se abordó el concepto de autonomía tanto desde un sentido ético y político, como individual y colectivo, introduciendo posturas marxistas y neomarxistas, y las nociones de agency, empoderamiento y autodirección. La autonomía contempla el aspecto físico, vinculado a la independencia funcional y lo trasciende considerando la seguridad económica y la participación social. Se exploró la relación autonomía y ciudadanía, participación social y movimientos sociales y sus experiencias de organización concretas en México a través de grupos de apoyo en ancianos.

En el capítulo 6 se incursionó en una estrategia metodológica basada en el curso de vida. Se consideró la hipótesis de la acumulación de desventajas y los modelos teóricos sobre las fuerzas de continuidad y cambio como mecanismos para ligar eventos tempranos y tardíos, así como procesos de transmisión intergeneracional de condiciones socioeconómicas, las cohortes sustantivas al nacimiento y las dinámicas de inclusión y exclusión en las trayectorias, además de considerar los recursos de diverso tipo para satisfacer las necesidades de condiciones de vida en la vejez y la estructura de oportunidades en diversos planos como parte de un sistema de bienestar. Se eligieron la historia de vida retrospectiva

y el individuo como unidad de análisis narrativa y se definieron indicadores a partir de las categorías analizadas para identificar su dinámica a lo largo de la vida.

En el capítulo 7 se presentó una propuesta de modelo para la comprensión de la calidad de vida y salud en la vejez, integrado por un eje temporal y otro multidimensional. En un primer plano se representó el envejecimiento como trayectorias moduladas por diversos procesos. En el siguiente relacionado con lo grupal se articularon las condiciones de calidad de vida. A este plano se integraron otros dos de carácter más estructural uno vinculado a los procesos de producción, distribución y consumo y otro a dinámicas estructurales de clase, edad, género y etnia. En un plano más general se reconoció a la reproducción social como la noción de mayor potencia en el estudio de la calidad de vida y se estructuró otro plano de explicación concerniente a la sociedad en su conjunto, que permitió visualizar proyectos de sociedad, políticas sociales y tipo de ciudadanía ligadas a concepciones de la vejez.

El capítulo 8 contiene un proceso de acercamiento empírico del modelo a través de diversos procedimientos, técnicas y formatos, tales como la monografía de la historia social de Valle de Chalco; una matriz que relaciona las categorías con diferentes edades. La tarjeta de vida para reconstruir la trayectoria de satisfacción vital; el mapa de red de Sluski con la finalidad de informar sobre sus grupos de apoyo, una representación gráfica comparativa del tiempo individual y social, un gráfico que comparara los cambios que sufren los indicadores de las categorías seleccionadas a través del tiempo con el proceso discapacitante tratando de evidenciar sus relaciones y un esquema que muestra diversos planos –societal, estatal, comunitario, familiar e individual- que permiten identificar trayectorias de vida relacionados a categorías que van de la inclusión a la exclusión social.

PRIMERA PARTE ASPECTOS GENERALES

CAPÍTULO I CONDICIONES DE VIDA Y SALUD EN LA VEJEZ EN UN MARCO DE DESIGUALDAD Y EXCLUSIÓN SOCIAL

El envejecimiento en México se inserta en un contexto regional y global caracterizado por procesos crecientes de desigualdad y exclusión social que afectan las condiciones de vida y salud de la población mayor de 60 años. A continuación se analizan algunas características de la transición demográfica en México y los procesos de salud-enfermedad en el marco de la globalización capitalista.

1.1 La transición demográfica en un contexto de cambios estructurales globales.

Concepto de vejez

La vejez no sólo se asocia con la edad como marcador cronológico relacionado con el paso del tiempo y sus cambios fisiológicos, sino que se refiere a un proceso de construcción social de la vejez, (Aranibar, 2001: 19), a la vez psicológica y funcional; que se relaciona, más que con la edad en si misma, con la manera en que esta se vive (Gutiérrez, 1994: 35). Envejecer es un proceso de sucesivos eventos que definen a la vejez como una etapa en si misma y la diferencian de las previas en el ciclo de vida (Robles, 2006: 147). Una vida con calidad en la vejez depende de las experiencias, y las condiciones vividas en etapas anteriores (D'Elia y De Negri, 2006: 86). Así, la vejez no sólo es diversa y heterogénea, sino que dependiendo del grupo social, a partir de su pertenencia de clase social, género, etnia u origen o generación, se accede de forma desigual a una estructura de recursos y oportunidades a lo largo de la vida (Huenchuan, 2006: 54-5). Conocer la trayectoria de vida de una persona o grupo humano y su historia biográfica, son elementos importantes para entender su calidad de vida y salud en las últimas fases del curso de vida (D'Elia y De Negri, 2006: 86).

La transición demográfica

En América Latina las cohortes de viejos que alcanzarán los 60 años y más entre el año 2000 y 2020, son aquellas que experimentaron los beneficios de nuevas tecnologías médicas, como la vacunación; introducidas después de la segunda guerra mundial, en la década de 1950, las que se han relacionado con el control de las enfermedades infecciosas

en los primeros 10 años de la vida; sin que la supervivencia alcanzada en estas etapas tempranas, estuviera asociada con una mejoría paralela en las condiciones de vida y por tal motivo se ha conjeturado, que tal situación puede favorecer la tendencia a experimentar enfermedades y discapacidad en la vejez (Palloni, Pinto-Aguirre y Peláez, 2002: 766-9).

En México, las circunstancias sociales que acompañaron al envejecimiento de estas poblaciones a lo largo del siglo XX, se caracterizaron por el tránsito de un país rural y agrícola, a principios de siglo, con una población de poco más de 13 millones de habitantes y de predominio infantil (Martínez y Leal, 2003: 543), escasa cobertura de servicios básicos en los hogares, altas tasas de analfabetismo y una mortalidad (Ruiz-Pantoja y Ham-Chande, 2007: S503) que alcanzaba las 35 defunciones por cada mil habitantes (Bronfman y López, 1999: 13); hasta arribar a finales de los años noventa, a un país de predominio urbano, de ingreso medio, polarizado y orientado a la actividad terciaria poco remunerada, con una población de más de 90 millones de habitantes, una mayor proporción de jóvenes y adultos (Martínez y Leal, 2003: 543), y menores tasas de mortalidad (4.9 muertes por mil habitantes) acompañadas de la modificación de sus causas (Bronfman y López, 1999: 13).

Por otra parte, la proporción de población de 60 años y más, a las que se etiqueta como vieja, guarda relación directa con la etapa de la transición demográfica de cada país; así, en el año 2005, México alcanzó el 8.3% de la población de 60 años y más, (alrededor de 8 millones 500 mil personas) ubicándose en una etapa avanzada del proceso de transición demográfica, y ocupando una posición intermedia en el ámbito latinoamericano (Huenchuan, 2009: 45; INEGI, 2005; Guzmán, 2002: 9-10); compartiendo con esta región, algunas características en el modo de envejecer, al experimentarlo de manera más acelerada y en condiciones de vida menos favorables con respecto a países de la Unión Europea y Estados Unidos (Peláez, Palloni y Ferrer, 2000: 174).

Debido a las desigualdades en su desarrollo, México transita por un cambio sociodemográfico hasta cierto punto polarizado con regímenes sociodemográficos contrastantes entre las entidades más desarrolladas, los segmentos sociales más acomodados y prósperos (por ejemplo, Baja California, DF y Nuevo León), que se acompañan con mayor frecuencia de enfermedades crónico degenerativas y las regiones, grupos sociales y étnicos que enfrentan los mayores grados de marginación y pobreza (Chiapas, Oaxaca y Guerrero), con enfermedades de tipo infectocontagioso y desnutrición,

experimentando diferencias en la esperanza de vida de 4 años, es decir, 77 años para las primeras entidades y 73 años para las segundas (Tuirán, 2002: 33).

De esta manera, la combinación de dinámicas económicas, políticas, culturales y sociales, hacen que no haya un solo proceso de envejecimiento, sino una diversidad de variedades demográficas y de envejecimientos (Montes de Oca, 2003: 81-3). El envejecimiento demográfico¹ implica una transformación en la forma de organizar la sociedad y modifica las relaciones sociales básicas de las poblaciones y subpoblaciones del país (Montes de Oca, 2009: 61), además alude al aumento de la importancia relativa de las personas mayores de 60 años y a un incremento cada vez mayor de la esperanza de vida (Secretaría de Salud, 2001: 13). También involucra cambios en la estructura por edades y consecuentemente en las relaciones cuantitativas entre los diversos grupos de población (niños, jóvenes, adultos y adultos mayores) tendiendo a aumentar la proporción de personas de 60 años y más, mientras disminuye la proporción de niños y adolescentes (Guzmán y Sosa, 2002). Se ha diferenciado al envejecimiento de la vejez, identificando al primero como un proceso biológico a través del tiempo, mientras que al inicio de la vejez se le sitúa más allá de lo biológico, integrando a lo psíquico y social (Del Popolo, 2001:7).

Entre los rasgos distintivos del proceso de envejecimiento es su predominio femenino; 80 hombres por cada 100 mujeres a nivel nacional (Guzmán y Sosa, 2002), excepto en las pequeñas comunidades rurales donde los hombres las superan; 102.5 hombres por 100 mujeres (Montes de Oca y Hebrero, 2006: 49). Además, las mujeres añosas tienden a vivir en pobreza más que los hombres, donde se identifica una relación que conjuga tres dimensiones, género, vejez y pobreza, resultado de trayectorias biográficas diferenciadas para hombres y mujeres a partir de sus experiencias y de diferentes estados de vulnerabilidad para unos y otros, debido a sus roles sociales y grado de protección social. La mujer se torna vulnerable debido a su bajo nivel educativo y baja integración en actividades económicas, y por el contrario el hombre lo es, a partir de una menor interacción tanto con redes sociales y familiares, como con el sistema de salud, lo que implica intervenciones diferentes para cada uno (Salgado-de Snyder, 2007: S515-9).

¹ El envejecimiento demográfico puede entenderse como “un fenómeno que transforma la organización de la sociedad y modifica las relaciones sociales básicas de las poblaciones y subpoblaciones del país. Este fenómeno tiene implicaciones diferentes para las mujeres, los hombres, los grupos indígenas, las poblaciones rurales y urbanas del país, los tipos de hogares y las dinámicas de las familias, así como para las instituciones gubernamentales y no gubernamentales, a nivel federal y por entidad federativa” (Montes de Oca, 2009: 61).

A lo anterior hay que agregar que algunos de los rasgos distintivos de los índices de desarrollo social² en personas mayores indican que son el grupo poblacional más desprotegido y vulnerable, debido a que 7 de cada 10 personas mayores (3.3 millones de ancianos), viven en municipios de bajo o muy bajo desarrollo social, pero tales circunstancias se exacerban aún más en la población femenina, ya que hasta un 93 por ciento de los municipios donde habitan son de desarrollo social bajo o muy bajo, en tanto que para los hombres este porcentaje se reduce a 43 por ciento (Aparicio, 2002: 168).

Otro rasgo importante es que la población de personas mayores tiende a residir mayoritariamente en áreas urbanas, ya para el año 2000, más de 70% de los viejos(as) en la región vivía en las ciudades (Guzmán y Sosa, 2002). Lo cual coincide con los procesos generales de redistribución geográfica en que se transita de asentamientos mayoritariamente rurales a poblaciones crecientemente urbanas con segregación socio-territorial. Así, se prevé que para el año 2010, el 80% de la población general en América Latina, habitará en ciudades (Blanco y López, 2007: 104), aunque en el país, para el año 2005, a pesar de la creciente urbanización de la vejez, las zonas de mayor envejecimiento ocurrían en las poblaciones rurales menores a 2500 habitantes (Montes de Oca y Hebrero, 2006: 50). Pero también al interior de las ciudades aparecen diferencias, donde los adultos mayores tienden a focalizarse espacialmente en los barrios más antiguos (Guzmán y Sosa, 2002), dado que los viejos y viejas integran una población en si mismos, son un conjunto de individuos con unas referencias temporales y espaciales determinadas. Como tal, esta población, tiene su propia dinámica, que se traduce en aumento o disminución de su tamaño y en cambios en su composición y en su comportamiento. Debido a la dinámica de envejecimiento demográfico, en esta población, se da lugar a que aumente (en algunas regiones más que en otras) el número de hogares, especialmente los de uno o dos miembros, o proliferen las

² Al explorar algunas de las interrelaciones entre transición demográfica, condiciones de vida y desarrollo social de la población durante la vejez (P 156), el Consejo Nacional de Población estimó los Índices de Desarrollo Social (IDS) de las personas a lo largo de su curso de vida con base en la información proporcionada por el XII Censo General de Población y Vivienda del año 2000. En la definición de los índices fueron consideradas e incluidas algunas de las capacidades básicas como la salud, la educación, el trabajo, la protección social, el nivel de vida y la estructura de la familia (P 159). Los índices varían entre cero y uno. El primer caso corresponde a una situación sumamente desfavorable en términos del desarrollo social, en tanto que si los índices adoptan el valor uno, se trata de la situación ideal, en la cual todas las personas en la etapa del curso de vida respectiva han visto satisfechas las opciones de desarrollo social incorporadas en la construcción de los índices. Para la República Mexicana, el valor global del índice de desarrollo social para las personas de sesenta y cinco años o más es de 0.492, lo que significa que el grado (p 163) de desarrollo social de los adultos mayores respecto de la situación ideal (valor uno en cada uno de los índices de salud, escolaridad, protección social, empleo y calidad de vida) es apenas de la mitad con respecto al máximo alcanzable, donde las dimensiones de educación y empleo presentan los mayores rezagos (Aparicio, 2002).

zonas urbanas envejecidas demográficamente y con un parque inmobiliario deteriorado (Vinliesa y Moreno, 2000: 56-63). Los adultos mayores se concentran espacialmente en ciertas áreas, que reflejan en líneas generales la estructura y tendencia de poblamiento de estas ciudades, como puede observarse a través del indicador de índice de envejecimiento. Los barrios más antiguos son los que tradicionalmente albergan a los adultos mayores. La situación descrita exige que toda estrategia de acción destinada a mejorar las condiciones de vida del adulto mayor considere la focalización espacial de las áreas de concentración de las personas adultas mayores (Guzmán y Sosa, 2002).

Por otro lado, a pesar de las diferencias importantes en cada grupo de edad se pueden constatar necesidades cambiantes entre hombres y mujeres a través de la vejez, diferenciando a los viejos (as) jóvenes, viejos (as) viejos (as), longevos (as) y centenarios (as), presentando una tendencia desde un mejor estado físico y funcional en los menores de 75 años a un decremento funcional y dependencia progresiva en las etapas finales de la vida. Además a mayor edad, se presenta una decreciente participación en la actividad económica, con un creciente porcentaje de jubilados y pensionados sin rebasar el 25% en las edades más avanzadas. La población masculina tiende a declinar con mayor rapidez que la femenina, presentándose un mayor porcentaje de hogares con mujeres solas conforme avanza la edad (Rodríguez, 1999: 62-4).

Por último es necesario hacer evidente que las formas de envejecer son heterogéneas y que cambian a través de cada cohorte. De acuerdo con Gil Calvo (2004) al aplicar la perspectiva generacional de análisis longitudinal por cohortes, en los países industrializados donde emergerán las siguientes generaciones de “baby boomers”³ (Europa y Estados Unidos entre otros), las generaciones actuales vistas como dependientes están predestinadas a desaparecer para ser sustituidos por nuevas generaciones de ancianos mucho más escolarizados, productivos y competentes, que ya no responderán en absoluto a una imagen carencial y defectiva (Gil Calvo, 2003: 223). De acuerdo con Aparicio, en México las dimensiones menos favorecidas en el índice de desarrollo humano en la vejez como la educación se modificaran a partir de las generaciones de jóvenes más escolarizados (2002).

³ La noción de “baby boon” en si misma se abre a varias interpretaciones. Desde una perspectiva demográfica, la atención es puesta sobre el aumento en las tasas de nacimientos a través de un rango de países industrializados inmediatamente después de la segunda guerra mundial. Desde una perspectiva sociológica, los boomers han sido vistos como teniendo experiencias distintivas que los colocan aparte de las generaciones previas (Phillipson, 2007:7).

1.2 Complejización epidemiológica y condiciones de vida y salud en la vejez

La transición demográfica en la región latinoamericana se produce en un contexto de deterioro y polarización que complejiza los cambios en los patrones de enfermedad y muerte (Blanco y López, 2007: 104), en donde coexisten y se imbrican problemas carenciales e infecciosos, patologías crónicas y degenerativas, lesiones físicas y psicostornos. A lo que se agrega la polarización epidemiológica, la regresión sanitaria, (López y Blanco, 2006: 5) y ulteriormente la patología vinculada a la degradación ambiental (Blanco y López: 2007). Como lo indican Bronfman y López (1999: 13), el fenómeno de polarización de la salud, se expresa en la existencia de regiones del país donde la mortalidad todavía está altamente asociada a la falta de alimento y agua potable, al hacinamiento, la educación deficiente, y las condiciones adversas de la vivienda. Indicando además, que la estrecha relación que existe entre las condiciones de vida y la enfermedad hace que las brechas sanitarias se amplíen a medida que las condiciones socioeconómicas de una parte de la población mejoran mientras se deterioran en el resto. Es por eso que el patrón de mortalidad de las regiones ricas es similar al de los países desarrollados, mientras que en las más necesitadas este patrón asemeja al de los países pobres.

Actualmente en México parece existir la tendencia en la población que envejece a presentar enfermedades crónicas que se establecen antes de la vejez (60 años) (Martínez y Leal, 2003:546), contribuyendo a un envejecimiento prematuro y frágil (Palloni, Pinto-Aguirre y Peláez, 2002: 766-9), presentándose como escenario probable una dinámica de prolongación de la morbilidad en la población anciana mexicana (García-Peña, 2009: 65-7). Uno de los factores que favorecen dicho escenario es el incremento exponencial en las proporciones de sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico registrados en instituciones como el Intituto Mexicano del Seguro Social, que conlleva el riesgo de incrementar las tasas de discapacidad y disminución de calidad de vida en los ancianos, entre otros efectos (García Peña, 2009: 65). Pero también la situación de salud de la población de 60 y más años varía con la edad, aunque con diferencias importantes. El grupo de 60 a 64 años de edad se encuentra en el inicio de la vejez, tanto los hombres como las mujeres que lo conforman, se encuentran en mejor estado físico. El grupo de 65 a 74 años de edad, se conoce como la tercera edad funcional, mientras que en el grupo de 75 a 84 años de edad inicia un decrecimiento de las funciones y el rasgo mas comúnmente observado en el rango

de 85 años y más es la declinación física e intelectual; los hombres y las mujeres que lo integran están más impedidos físicamente y la dependencia de los demás o de las instituciones es casi total (Rodríguez, 1999: 62-4). En la vejez las principales causas de defunción para el 2005 se debieron a enfermedades crónico – degenerativas. En las mujeres predominaron las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus, los tumores malignos, seguidas de las enfermedades digestivas y respiratorias, mientras que los hombres compartieron con las mujeres, como primera causa los trastornos cardiovasculares, seguido de los tumores malignos y la diabetes mellitus, también acompañados al final por los problemas digestivos y respiratorios (Zúñiga y García, 2008: 96).

A su vez, la prevalencia de la discapacidad se incrementa gradualmente a partir de los 45 años de edad tanto en hombres como en mujeres, pero alcanza niveles sustanciales a partir de los 70 años, cuando los riesgos de experimentar deterioro funcional asociado a la incapacidad para realizar de forma autónoma actividades de la vida diaria son mayores. El tipo de discapacidad predominante entre los adultos mayores es la motriz, que afecta a 56 por ciento de los hombres y 62 por ciento de las mujeres. Le siguen la discapacidad visual (33% y 32%, respectivamente) y la auditiva (27% y 19%, respectivamente). Actualmente, un hombre que llega sin discapacidad a los 60 años de edad vivirá en promedio 2.5 años de lo que resta de su vida (20.2 años en promedio) con algún tipo de discapacidad. Esta cifra aumenta a 3.1 años en las mujeres, cuya esperanza de vida a esa edad es de 22.1 años. Esto significa que a partir de los 60 años el promedio de los individuos pasará más de 10 por ciento de su vida con discapacidad (Zúñiga y Vega, 2004: 35-44). Sin embargo, también se presentan evidencias recientes en otros países de que tanto la mortalidad como la debilidad a edades avanzadas se están posponiendo o retrasando, y se argumenta que aunque la senescencia –deterioro con la edad- es inevitable en las especies multicelulares, puede haber mayores variaciones en los patrones de envejecimiento, incluyendo la llamada senescencia invertida, es decir, la disminución de la mortalidad y el incremento de la salud a lo largo de toda o casi toda la vida adulta (Vaupel, 2010: 536-8).

Condiciones de vida

América Latina a lo largo del siglo XX, se caracterizó por una notable expansión urbana, a partir de oleadas migratorias que en ocasiones, como en el caso de México fueron masivas. En un entorno de envejecimiento poblacional y polarización social, muchas poblaciones se

asentaron en territorios precarios y excluidos de los servicios básicos de abastecimiento de agua, saneamiento, salud y educación, impactando sobre las condiciones de vida y salud de las poblaciones, que a su vez requerían la satisfacción de necesidades sociales y de salud de manera creciente (Blanco y López, 2007: 105-6). En este contexto de envejecimiento demográfico, de alta incidencia de pobreza y desigualdad y de escaso desarrollo institucional, es posible esperar que los sistemas de organización familiar se mantengan como espacios privilegiados en que los adultos mayores convivan junto a sus familiares, se vean protegidos, dispongan de alimentación adecuada y accedan a una atención de salud y convivencia humana mínimas (Guzmán, 2002: 12), esto es debido en parte a que la pobreza y la desatención de las personas mayores en su mayoría afectados por enfermedades crónico degenerativas que se suman a la persistencia de enfermedades infecciosas, no se convierte automáticamente en un problema prioritario (Alfageme 2005: 56).

Contexto adverso para el proceso de envejecimiento

Como se ha señalado con anterioridad, en los últimos 25 años del siglo pasado se modificaron tanto las condiciones demográficas como epidemiológicas en el país, en el contexto del tránsito de un país agroexportador a nación capitalista de ingresos medios, progresivamente urbanizado y cuya integración a la economía mundial tuvo un carácter subordinado. Fue un cambio en el modelo de desarrollo que incluyó la transformación de los procesos productivos, los patrones de consumo así como en la distribución territorial de la población (López y Blanco, 2006: 3). Estas transformaciones demográficas y epidemiológicas, que tuvieron lugar en el seno de los cambios en el desarrollo reciente del país están marcados por dos momentos que han afectado las características de sus políticas sociales; mientras que en el periodo de sustitución de importaciones se protegía a los trabajadores estratégicos de la economía en las etapas de la vida de mayor vulnerabilidad como la vejez y se intentaba atemperar la desigualdad social e incorporar al desarrollo a los “marginados”, en la etapa siguiente, en la fase de ajuste macroeconómico y desarrollo de políticas neoliberales en el marco de la globalización, se modificaron las condiciones de vida y trabajo de las poblaciones. Pasándose del reconocimiento de derechos sociales a un enfoque de atención focalizada de la pobreza; y a la par que se complejizaban las necesidades sociales de los mexicanos y se deterioraba la calidad de vida, se desmantelaban

de forma selectiva los sistemas de protección existentes, (López y Blanco, 2006:1-2), con un acceso al cuidado médico dependiente de la capacidad de pago del paciente (Martínez y Leal, 2003: 546), en el ámbito de políticas bipolares de mercantilización y neobeneficencia (López y Blanco, 2007: 24).

Esta modificación en las políticas sociales obedeció a cambios más amplios y profundos de ajuste estructural⁴ y reducciones en el gasto público y social que hacia finales del siglo XX, afectaron entre otros grupos a los adultos mayores (Del Popolo, 2001), que vieron afectadas sus condiciones de vida, enfrentando una transición demográfica que iba de una pobreza rural a otra mayoritariamente de pobres urbanos (Welti, 1998: 24-5), en un contexto en que el grado de inserción en la economía mundial generó dinámicas de inclusión / exclusión a diferentes escalas con efectos como el debilitamiento de lazos sociales, vulnerabilidad social y desigualdad en el acceso a bienes sociales y de mercado (Gutiérrez y cols, 2006: 7). En América Latina el envejecimiento se da en un contexto de pobreza y desigualdad en el ingreso (Guzmán y Sosa, 2002); donde México y el resto de América Latina, se caracterizan por ser la región del mundo, que presenta el mayor nivel de desigualdad en la distribución de la renta (Fleury, 1998; Salgado-de-Snyder, 2007) en un contexto de globalización de diverso carácter.

Para Boaventura de Sousa Santos (2006), lo que se nombra como globalización⁵ de hecho son diferentes conjuntos de relaciones sociales, las cuales conducen a diferentes fenómenos de globalización, en plural, que involucran conflictos entre bloques de superpotencias y países subordinados, y por tanto generan ganadores y perdedores; conduciendo al predominio de una forma de producción de globalización de carácter hegemónico como forma de distribución del poder global. Esta forma de globalización consiste en procesos gemelares de “localismos globalizados⁶ y globalismos localizados”. En el segundo proceso

⁴ Comprenden la liberalización del comercio, la búsqueda del equilibrio presupuestal a través de la disciplina fiscal, el incremento en los precios de los bienes y servicios públicos, la privatización de las empresas estatales y la desregulación de los mercados financieros y laborales, y estas medidas (Welti C, 1998).

⁵ Santos (2006) define la globalización basada en el proceso, como: “un conjunto de intercambios desiguales en el cual un cierto artefacto, condición, entidad o identidad local extiende su influencia más allá de las fronteras locales o nacionales y al hacerlo, desarrolla una habilidad para designar como local otro artefacto, condición, entidad o identidad rival. La más importante implicación de este concepto, de acuerdo con Santos, es que. Primero, no hay una condición global original; a lo que se llama globalización es siempre la globalización de un localismo particular. En otras palabras, no hay condiciones globales para las cuales no podamos encontrar raíces locales. La segunda implicación es que la globalización presupone localización. Los procesos que crean lo global como la posición dominante en los intercambios desiguales es el mismo que produce lo local como la posición dominada y por tanto en una posición jerárquicamente inferior”.

⁶ “Localismo globalizado es el proceso por el cual un fenómeno particular es exitosamente globalizado, como las actividades de multinacionales mundiales. En este modo de producción de la globalización, lo que es globalizado es el ganador de la lucha por la

de globalización, el globalismo localizado, pueden identificarse los países latinoamericanos, y consiste en un impacto específico en las condiciones locales producidas por prácticas e imperativos transnacionales que surgen de localismos globalizados. Para responder a estos imperativos transnacionales, las condiciones locales son desintegradas, oprimidas, excluidas, destruidas y eventualmente, reestructuradas como inclusión subordinada. Estos dos procesos operan de forma conjugada y constituyen el tipo hegemónico de globalización, también llamada neoliberal⁷. La producción sostenida de localismos globalizados y globalismos localizados está crecientemente determinando o condicionando las diferentes jerarquías que constituyen el mundo capitalista global. La división internacional de la producción de la globalización tiende a asumir un patrón en que los países centrales se especializan en localismos globales, mientras que los países periféricos sólo tienen la elección de globalismos localizados (Santos, 2006: 395-7).

Así en esta forma de globalización, el capital impulsa un reordenamiento mundial a partir de preceptos de la economía neoclásica y de la ideología neoliberal (López y Blanco, 2008: 321). Desde un análisis materialista histórico, se reconoce que las “formas de producción, consumo y su lógica distributiva- donde el Estado tiene una tarea esencial- son determinantes en los perfiles de salud, enfermedad y muerte de los grupos sociales. En las formaciones capitalistas estos procesos esenciales de la reproducción social expresan lo contradicción histórica entre: propiedad privada, producción colectiva y apropiación inequitativa de la riqueza, que deviene en relaciones económicas de explotación y exclusión y en relaciones de poder profundamente asimétricas y opresivas” (López y Blanco, 2003: 9). Las “desigualdades sociales sintetizan estas relaciones, antagonismos y contradicciones económico-políticas e ideológicas, que se expresan en ejes de explotación, subordinación y exclusión múltiple: de clase, género, etnia/origen y generación entre otras. La actual fase de desarrollo capitalista deteriora en forma acelerada la calidad de vida de las mayorías e incrementa la pobreza, la desigualdad socioeconómica, el deterioro ecológico y amplía las brechas socio-sanitarias” (López y Blanco, 2007, en: López, Escudero y Carmona, 2008:

apropiación o valorización de recursos o por el reconocimiento hegemónico de diferencias culturales, raciales, étnicas, religiosas o regionales dadas. Victoria que se traslada a la capacidad para dictar los términos de integración, competencia e inclusión” (Santos, 2006).

⁷ La producción sostenida de localismos globalizados y globalismos localizados está crecientemente determinando o condicionando las diferentes jerarquías que constituyen el mundo capitalista global. La división internacional de la producción de la globalización tiende a asumir un patrón en que los países centrales se especializan en localismos globales, mientras que los países periféricos solo tienen la elección de globalismos localizados (Santos B, 2006, p 397).

324-5). Benach y Muntaner sostienen, que tras la globalización neoliberal capitalista, lo que está en juego es la salud y el bienestar de las personas, donde el poder desigual daña desigualmente la salud. Por lo que para entender el estado de salud que posee una población determinada, es necesario analizar la distribución de poder existente en la sociedad, indicando que sí, los principales determinantes que condicionan la salud y la enfermedad derivan sobre todo de los efectos producidos por la desigual distribución de poder económico y social (local y global) sus remedios deben ser de orden político (Benach y Muntaner, 2005: 123-9).

Complementariamente a lo anterior, la globalización de la economía mundial, potencia y amplía tres características centrales de la relación entre el Estado y la sociedad en América Latina; el patrimonialismo, el autoritarismo y la exclusión. Se entiende el patrimonialismo como el uso privado de la cosa pública; a su vez el autoritarismo implica una relación entre el Estado y la sociedad en la que la dimensión democrática está ausente o bien troncada; y por último, la exclusión, se refiere a la falta de incorporación de parte significativa de la población a la comunidad social y política, negándose sistemáticamente sus derechos de ciudadanía, como la igualdad ante la ley y las instituciones públicas, e impidiéndose su acceso a la riqueza producida en el país. La existencia de Estados sin ciudadanos tiene como efecto ulterior un Estado fragilizado y subordinado a los intereses privados allí instalados, de los cuales depende su sustentación. Si se agrega a las tres características mencionadas la situación de dependencia de América Latina, primero en relación con los países desarrollados y, más recientemente, con el capital financiero y con los organismos internacionales, se ve que el Estado Latinoamericano también estuvo siempre fragilizado en su dimensión soberana (Fleury, 1998: 2-4).

Fleury (2004b) sostiene que la incorporación de las economías de América Latina a una dinámica económica globalizada, bajo la dominación del capital financiero especulativo, llevó a la región al enfrentamiento de las siguientes paradojas: una democracia sin política; sin inclusión; sin mecanismos de promoción de la igualdad y de la cohesión social; sin autoridad pública ni un aparato estatal correspondiente, y donde la dependencia de los recursos de las agencias de financiamiento internacionales hace que los gobiernos se orienten progresivamente a la búsqueda de una legitimidad «hacia fuera» (2004b: 67-8).

Para Fleury, en América Latina, la combinación de una visión simplificada de la democracia y de la ciudadanía con el predominio del mercado y de los intereses del capital financiero elevó los índices de desigualdad y no combatió a la exclusión social en la región (2004a: 6). Entendiendo por exclusión el proceso cultural que implica el establecimiento de una norma que prohíbe la inclusión de individuos, grupos y poblaciones en una comunidad sociopolítica. De esta forma, los grupos excluidos están, en general, imposibilitados de participar de las relaciones económicas predominantes –el mercado, como productores y/o consumidores– y de las relaciones políticas vigentes –los derechos de ciudadanía (Fleury, 1998: 13). De acuerdo con su tesis el enfrentamiento de la exclusión⁸ sólo ocurrirá en un

⁸ De acuerdo con Sonia Fleury (1998) la exclusión ha sido tratada entre otros enfoques como una condición de vulnerabilidad que presentan ciertos grupos sociales, como resultado de la edad (jóvenes y ancianos), género (mujeres), inserción laboral (trabajadores informales), etnia (negros, indígenas), condiciones de salud (incapacitados, portadores del virus del sida), etc. Sostiene que en todos los intentos se encuentra la misma perspectiva que remite a la búsqueda de una condición individual (aunque sea compartida por todo un grupo), lo que permite que la exclusión pueda identificarse como algo que un individuo posee o no. De alguna manera se trata de buscar un conjunto de características y/o atributos que limitarían la posibilidad de inserción de los individuos en el mercado, ya sea como productores o como (p 8) consumidores. En este sentido, esas definiciones circunscriben el fundamento de la exclusión a su componente económico. Una perspectiva distinta trata la exclusión como negación de la ciudadanía, es decir, el impedimento para gozar de los derechos civiles, políticos y sociales vinculados, en cada sociedad, según la pauta de derechos y deberes que condiciona legalmente la inclusión en la comunidad sociopolítica. En esta perspectiva, además del acceso a ciertos bienes públicos –ya sean los servicios sociales, el derecho a la participación, o las libertades constitucionales– lo que se pretende cuestionar es que la exclusión tiene un fundamento político que se expresa en la no pertenencia a una comunidad política, que en el Estado moderno se traduce en una comunidad de derechos.

Lo que se debe retener de esta discusión es el hecho de que la exclusión implica la construcción de una normatividad que separa a los (p 9) individuos. Por lo tanto, la exclusión es un proceso relacional, definido por normas socialmente construidas que ordenan las relaciones sociales y vuelven los comportamientos previsibles, aunque esas normas estén o no formuladas de manera legal. Dado que la ciudadanía requiere una legalización de la igualdad, la exclusión es un proceso que regula la diferencia como condición de no inclusión. Es por esta razón que sólo en contextos muy especiales las sociedades modernas pudieron legalizar la exclusión, ya que toda la estructura jurídico-política del Estado moderno está construida sobre la base del principio de la igualdad.

Por su parte, Santos (en Fleury, 1998) subraya la diferencia entre desigualdad y exclusión: Si Marx es el gran teórico de la desigualdad, Foucault es el gran teórico de la exclusión. Si la desigualdad es un fenómeno socioeconómico, la exclusión es, sobre todo, un fenómeno cultural y social, un fenómeno de civilización. Se trata de un proceso histórico a través del cual una cultura, por vía de un discurso de verdad, crea la interdicción y la rechaza... El sistema de la desigualdad se asienta, de forma paradójica, en el carácter esencial de la igualdad; el sistema de la exclusión se asienta en el carácter esencial de la diferencia... El grado extremo de la exclusión es el exterminio; el grado extremo de la desigualdad es la esclavitud.

La importancia de este agudo análisis de Santos es que facilita comprender la singularidad del proceso de exclusión como un fenómeno cultural, además de sus dimensiones económicas e incluso políticas. En esta línea de pensamiento parece oportuno recuperar la contribución de algunos autores como Fannon, Foucault y Arendt, que permiten profundizar la dimensión simbólica e institucional del proceso de exclusión. Uno de los primeros estudiosos de los procesos sociales de «apartamiento» fue Fannon, quien introduce la cuestión central para la comprensión de la exclusión, como un proceso que despoja a los individuos de su dimensión humana, impidiéndoles que se vuelvan sujetos de su proceso social. Es decir, además de los derechos de ciudadanía, lo que está negado a los excluidos es su propia condición humana, y la posibilidad de realizar su potencial como sujetos. Si lo que define a la exclusión es la privación o la negación de la condición humana, señala Fleury que es oportuno buscar en Arendt los fundamentos de esta condición. Esta autora identifica la acción y el discurso como los modos por los cuales los seres humanos se manifiestan unos a otros como hombres, (...) en la relación entre el discurso y la acción encontramos el lugar del sujeto (p 11). En la constitución de sujetos de acción, su posibilidad de inserción, pasa, necesariamente, por el rescate de su posibilidad discursiva (Fleury, 1998, p 12).

nuevo formato de democracia, en dirección a un modelo de democracia deliberativa⁹ (gestión deliberativa en políticas sociales como derecho de quinta generación) y de reconstrucción del Estado que permita la inclusión de los intereses excluidos hasta ahora, por medio de procesos de gestión social compartida, que genere espacios públicos de participación, control social y concertación, además de implementar políticas públicas efectivamente de distribución. En este sentido la ciudadanía debe ser concebida como construcción de sujetos políticos en un paradójico proceso de inserción en una comunidad política, simultáneamente a la construcción de autonomía activa, lejos de la pasiva visión del ciudadano como portador autónomo de derechos, capaz de hacer opciones racionales, se piensa el ciudadano como parte de un colectivo en construcción y su autonomía como la capacidad de forjar las soluciones y opciones sociales (Fleury, 2004a: 4). Tanto las condiciones de desigualdad como de exclusión que privan en América Latina, con sus dimensiones socioeconómica y sociocultural respectivas, afectan de forma diferencial los derechos de ciudadanía de los grupos sociales de acuerdo a su pertenencia de clase, género, etnia / origen, generación o edad, influyendo ulteriormente en su calidad de vida y salud. Las políticas sociales elaboradas desde el Estado pueden tener efectos de inclusión o de exclusión sobre poblaciones específicas como la de las personas mayores, a partir de la manera en que los defina, aspecto que se analiza a continuación.

1.3 Políticas públicas como factores de inclusión o exclusión de los viejos (as)

Como se asentó con anterioridad hay dos momentos que marcan la política social en el desarrollo reciente del país, el primero relacionado con el periodo de sustitución de importaciones y hacia finales del siglo XX con el periodo de ajuste estructural. D'Elia (2006) ha identificado cuatro enfoques de proyectos en las sociedades occidentales modernas y las políticas sociales a las que dan origen: el proyecto conservador-laborista; el Keynesiano; el neoliberal y el democratizador. A partir de los distintos proyectos políticos surgen políticas sociales de acuerdo con sus orientaciones, como el Modelo Meritocrático-Conservador, derivado del proyecto laborista; el Modelo Institucional, relacionado al

⁹ La democracia deliberativa es definida por Cohen (1998, en: Fleury, PNUD, sin fecha) como "la decisión colectiva que emerge de arreglos que agregan elecciones colectivas que son establecidas en condiciones de argumentación libre y pública entre iguales, que son gobernados por estas decisiones".

enfoque Keynesiano; el Modelo Residual, ligado al proyecto Neoliberal; y el Modelo Universal-Equitativo, surgido del modelo Democratizador. En el desarrollo reciente del país el periodo de sustitución de importaciones está relacionado con el enfoque Keynesiano y el periodo de ajuste estructural con el proyecto neoliberal, a los cuales se puede agregar como modelo alternativo el proyecto de sociedad democrática. Tales perspectivas son resumidas en tres maneras de entender el objeto de la política social; 1) el bienestar (que surge en el Estado de Bienestar y es de corte Keynesiano); 2) la pobreza (que predomina en el régimen neoliberal) y 3) la calidad de vida (desde el enfoque democrático de la política y del enfoque universal-equitativo en las políticas sociales) (D'Elia y De Negri, 2006).

Yolanda D' Elia, sostiene que los diferentes proyectos de sociedad, representan una determinada relación de fuerzas sociales, es decir responden a una estructura de poder en la sociedad y a las identidades e intereses de los actores que dominan en ella. Cada proyecto político adopta un enfoque de sociedad que influye en el contenido de sus políticas públicas, las cuales se generan a partir de la definición de un sujeto específico.

D'Elia (2006) caracteriza estos proyectos políticos analizando algunas de sus dimensiones:

a) El enfoque Keynesiano: que sentó las bases para asegurar un bienestar más universal e igualitario, centrado en la promoción del crecimiento económico. Lo define como una sociedad de masas; donde la sociedad está integrada por actores colectivos fuertes, como, el Estado, las empresas y los trabajadores, que hacen acuerdos sobre el crecimiento económico y el reparto de la riqueza, sin afectar libertades individuales, procurando reducir los niveles de explotación entre las clases. La satisfacción de necesidades depende de un mecanismo de responsabilidades socialmente compartido que se organiza bajo la figura de un régimen de tributación y del gasto público. Los sujetos tienen identidad de ciudadanos, en condición de productores y/o consumidores, donde la buena vida es sinónimo de bienestar. Desde este enfoque cada sujeto tiene lugar en la sociedad por su condición de ciudadano, con derechos económicos, políticos y sociales para tener acceso al sistema de bienestar (D'Elia, 2006: 21-2).

b) El Neoliberalismo: que renació para concentrarse únicamente en el ataque o en la lucha contra la pobreza, tal como fue en los orígenes del capitalismo. Lo define como una sociedad dual; donde los individuos o personas, familias, empresas y gobiernos se

comportan como individuos que mantienen relaciones reguladas por principios de mercado. El interés del individuo en la sociedad es obtener medios económicos y el mayor provecho y utilidad, ya que la razón del vínculo es de carácter mercantil. Toda necesidad adopta el valor monetario del bien o servicio que le satisface y los bienes y servicios son entendidos como mercancías. Los sujetos adquieren la identidad de productores o compradores de mercancías para satisfacer sus necesidades las cuales son de estricto interés privado. El mecanismo para satisfacer las necesidades es a través del mercado, la competencia y la eficiencia. La buena vida se relaciona con tener propiedades y poseer dinero. Las personas tienen el lugar que les corresponde según sean los medios que posee y su capacidad de compra. El proyecto construye una sociedad dual o escindida: más amplias brechas entre una minoría enriquecida y una mayoría empobrecida, creando polos de inclusión/exclusión, con una dualización sinónimo de polarización social, que significa no sólo acentuación de las desigualdades, sino el desplazamiento de estas a los extremos (D'Elia, 2006: 23).

c) El Democratizador, el cual propone un proceso de acentuación de las solidaridades sociales y de la democracia, sobre la base de los derechos sociales, la equidad y de una ciudadanía activa (2006, p 22). Lo define como una sociedad justa y plural; donde la sociedad está integrada por una pluralidad de sujetos que construyen lazos de solidaridad e igualdad de manera democrática. La ciudadanía se considera un vínculo no sólo para convertir a las personas en sujetos de derechos para ser tratados legalmente como iguales, sino que los habilita para hacer valer mecanismos que aseguren una misma igualdad de trato y posición en la sociedad (derechos sociales) y constituirse, organizarse y orientar sus acciones dentro de una diversidad de opciones como actores autónomos y deliberativos en su personalidad y cultura (derechos económicos y culturales). Sin una ciudadanía social y cultural no es posible una ciudadanía civil y política. La razón del individuo es relacional o “vivir en sociedad”, con base en una estructura y cultura de poder de reconocimiento del otro y un tejido social inclusivo. Cada persona es un sujeto con capacidad para reflexionar y cuestionar su ubicación en la sociedad, así como para actuar, participar e incidir en todos los asuntos que permitan una ubicación digna, segura y acorde con derechos fundamentales y proyectos de vida. El objetivo del proyecto es crear una sociedad equitativa, en la que se generen mayores márgenes de igualdad sin desigualdades ni exclusiones; democrática, en la

que participan una mayor pluralidad de actores autónomos, y cohesionada en términos de una solidaridad construida alrededor de una fuerte esfera pública (D'Elia, 2006: 25). En la región Latinoamericana, Ramírez (2009: en Fleury, 2010) considera la existencia de cuatro escenarios políticos en los cuales se pueden analizar las diferentes maneras de enmarcar la cuestión social y la participación: el escenario neoliberal (por ejemplo, México y la mayor parte de los países centroamericanos); el escenario social-liberal (Brasil y Uruguay); el escenario (neo) desarrollista (Argentina, Brasil, Ecuador, Bolivia, Uruguay, por ejemplo) y el escenario de gobierno participativo o nuevo socialismo. En los dos últimos se conjuga la acción del Estado con la participación social (Fleury, 2010: 51). Además se identifican tres modelos ideales de protección social que pueden encajar en los escenarios expuestos anteriormente con peculiaridades específicas en cada país: el modelo asistencial donde predomina el mercado y la protección social se dirige a grupos vulnerables focalizados en una situación de ciudadanía invertida, el modelo del seguro social en el cual la ciudadanía es regulada por las condiciones de inserción en el mercado de trabajo y el modelo de seguridad social, que asocia la protección social a la necesidad con base en principios de justicia social y estrategias solidarias que alcanzan para garantizar los derechos sociales a la ciudadanía universal (Fleury, 2002: 7-9). México se identifica entre el grupo de países en la región que inició acciones de protección social en un momento intermedio, en los años cuarenta del siglo XX bajo la influencia causada por la difusión del Plan Beveridge en Inglaterra y hasta los años setenta se le consideró un régimen dual, ya que la mitad de la población estaban asegurados y la otra no, entre los asegurados la incorporación era corporativa y entre los sectores populares de carácter clientelar y patrimonial, existiendo grandes brechas entre asegurados y no asegurados (Fleury, 2002: 21-26).

I.4 Políticas sobre la vejez

Una política puede concebirse como una teoría tentativa o una toma de posición por parte del Estado con respecto a un problema que ha causado interés público (agenda pública) y que se ha logrado instalar como tema en la agenda de gobierno (Huenchuan, 2006: 57). Cada noción de sociedad tiene una concepción de sujeto a partir del cual se diseñan sus políticas, por lo que al afrontar la vejez como objeto de políticas sociales en América Latina se advierte el surgimiento de diversas nociones del sujeto viejo a partir de los proyectos

políticos vigentes en la región desde la segunda mitad del siglo XX hasta la actualidad, en donde la identidad del viejo como grupo social logra ampliarse, valorizarse o reforzarse en algunos casos, mientras que en otros se favorece la reproducción de inequidades y su exclusión. Por otro lado, se puede identificar en algunos casos y momentos, la relación de la noción de viejo en algunas políticas sociales con algunas teorías del envejecimiento que intentan explicar este proceso desde diversos ángulos y niveles de análisis, en algunos casos ponen el énfasis en las estructuras macro sociales, en otros privilegian las miradas micro, mientras que algunos más, intentan relacionar ambos niveles.

Las políticas sobre la vejez pueden ser entendidas como aquellas acciones organizadas por el Estado para hacer frente a las consecuencias sociales, económicas y culturales del envejecimiento de la población y de los individuos. En el caso de los problemas de las personas mayores las propuestas diseñadas para abordarlos se relacionan directamente con una concepción específica sobre la vejez (Huenchuan, 2006: 55-7). Las políticas sociales implementadas para enfrentar las consecuencias del envejecimiento poblacional son desarrolladas a partir de un proyecto de sociedad y una concepción de la vejez. Así en el Estado Desarrollista se aborda la vejez desde una noción de bienestar, mientras que desde el proyecto neoliberal se aborda desde las políticas de compensación de la pobreza que resultan de la implementación de un modelo dual y finalmente desde una perspectiva democrática se liga la vejez con una estrategia de calidad de vida. A nivel programático, la concepción predominante ha sido la que percibe la vejez ligada a carencias económicas, físicas y sociales. Las primeras se expresan en falta de ingresos, las segundas en falta de autonomía, las terceras en falta de roles sociales. Los instrumentos de política aplicados en estos casos, son así paliativos para superar esas pérdidas o carencias. Esta interpretación también está presente en los enfoques referidos a la pobreza y a los problemas de integración social.

Por su parte Huenchuan sugiere que un cambio paradigmático al respecto es el surgimiento del enfoque de derechos que, aplicado a las políticas sobre la vejez, promueve la habilitación de las personas mayores y la creación de una sociedad integrada desde el punto de vista de la edad. Este enfoque traspasa la esfera individual e incluye los derechos sociales (derecho al trabajo, a la asistencia, al estudio, a la protección de la salud y a la libertad de la miseria y del miedo, entre otros), cuya materialización requiere de la acción

positiva de los poderes públicos, la sociedad y las personas mayores. El enfoque de derechos entronca perfectamente con el paradigma de la calidad de vida en la medida en que tiene como finalidad garantizar una situación de certidumbre, lo que implica procurar las condiciones para un desarrollo integral. Esto significa asegurar la realización personal en un contexto social concreto, garantizando a cada individuo o colectividad el desarrollo de su capacidad para reivindicar las condiciones inherentes a su dignidad ante instancias de decisión, para lograr la satisfacción de sus necesidades básicas en un plano de justicia y, en definitiva, erradicar conductas o ideas inconsistentes con el respeto de aquella dignidad (Huenchuan, 2006: 55).

Otro aspecto que interesa destacar con respecto a los enfoques de política, es que en un polo se encuentra la concepción de la persona de edad como sujeto, y en el otro, como objeto. La distinción entre objeto y sujeto radica en que el objeto en si mismo no tiene conciencia del derecho (o del beneficio) y disfruta pasivamente de la garantía de este, en tanto que el sujeto es una parte activa en la construcción y ejercicio del derecho (Huenchuan, 2006 b: 61). Esto implica que las personas mayores son sujetos de derecho, no un objeto de protección, por lo tanto disfrutan de ciertas garantías, pero también responsabilidades respecto de si mismos, su familia y sociedad, así como con su entorno inmediato y con las futuras generaciones (Huenchuan, 2006: 55).

Desde el punto de vista de Paula Aranibar (2001), algunos enfoques abordan la vejez en un sentido positivo, “normal o no patológico, que incluyen: el concepto de bienestar (en sentido amplio) y el concepto de calidad de vida (en su concepción teórica). Por otra parte identifica otros conceptos con “sentido negativo” como herramientas conceptuales para indagar las condiciones de vida de los viejos en América Latina. Se refiere a los conceptos de pobreza, marginación, exclusión, desigualdad, dependencia y vulnerabilidad con el propósito de ilustrar las condiciones de vida de las personas mayores en los países subdesarrollados. La autora considera que entre los conceptos antes mencionados, los de desigualdad, dependencia y vulnerabilidad, poseen mayor potencia para el análisis de la situación y condiciones de vida de los viejos y viejas en Latinoamérica. Refiere que los tres enfoques reconocen el sustrato fisiológico de la ancianidad pero le dan mayor importancia a los aspectos socioculturales para explicar el papel de las personas de edad en las comunidades y las familias y para investigar sobre sus condiciones y calidad de vida.

A continuación se describen brevemente algunas de las concepciones sobre la vejez citadas por Huenchuan y Aranibar, a su vez, basadas en diversos autores, relacionándolas con algunas teorías del envejecimiento.

1) Enfoque de desigualdad como herramienta conceptual para indagar las condiciones de los viejos en América Latina

La perspectiva de la desigualdad es un enfoque que se asocia a la persistencia de la pobreza que se vincula al ajuste y las reformas de los años 80 del siglo XX, luego a la consolidación del patrón de desarrollo actualmente vigente. Se vincula a una visión que tiende a considerar la vejez como algo estático, que no logra percibirla como un proceso en el que el individuo continúa interactuando con las estructuras sociales y económicas (Aranibar, 2001: 32).

2) El enfoque de la dependencia como herramienta conceptual para indagar las condiciones de los viejos en América Latina

El término se relaciona con la participación en los procesos productivos, donde la pérdida del trabajo o el retiro producen dependencia estructurada, (Baltes, 1996: 12). La idea de dependencia estructural, se refiere a que el acceso restringido a recursos como el ingreso, favorece un estatus dependiente y pobreza en la vejez (Kehl y Fernández, 2001: 146). De acuerdo con Townsend (1981, en: Martín, 2000: 165) el origen de la dependencia es social más que fundamentado en las deficiencias y deterioro en el individuo. Aranibar indica que el concepto de dependencia es utilizado para analizar el bienestar social de los ancianos que puede depender del Estado si la disponibilidad de los ancianos está sujeta a sus prestaciones monetarias o de servicios. También existe riesgo de dependencia si los recursos propios de los ancianos (generados por trabajo, jubilaciones, pensiones, u otros) no cubren sus necesidades básicas (2001). Se sugiere que el trabajo sobre la dependencia estructurada en la vejez considera la naturaleza socialmente construida del envejecimiento, de la vejez y de la dependencia; la influencia de la ideología en esta construcción; la legitimación de las intervenciones sociales; la influencia del estado, capital, y relaciones laborales en el envejecimiento y la vejez; y los efectos de las políticas sociales en los viejos (McMullin, 2000).

3) El enfoque de la vulnerabilidad como herramienta conceptual para indagar las condiciones de los viejos en América Latina

Se puede entender la vulnerabilidad como uno de los procesos que generan desventaja social y cobra creciente valor en el modelo de desarrollo caracterizado por la importancia del mercado, el repliegue del Estado, la globalización y la búsqueda a ultranza de competitividad. La CEPAL define la vulnerabilidad como “un fenómeno social multidimensional, que da cuenta de los sentimientos de riesgo, inseguridad e indefensión y de la base material que lo sustenta, provocado por la implantación de una nueva modalidad de desarrollo que introduce cambios de gran envergadura que afectan a la mayoría de la población... la vulnerabilidad está directamente relacionada con la cantidad y calidad de los recursos o activos que controlan los individuos y familias en el momento del cambio, así como con la posibilidad de utilizarlos en nuevas circunstancias económicas, sociales, políticas y culturales que van definiendo este proceso. En tal sentido se refiere a los recursos cuya movilización permite el aprovechamiento de la estructura de oportunidades existentes en un momento, ya sea para elevar el nivel de bienestar o mantenerlo durante situaciones que lo amenazan” (Aranibar 2001). La vulnerabilidad hace referencia a las estructuras e instituciones económico-sociales y al impacto que estas provocan en comunidades, familias y personas en distintas dimensiones de la vida social (p 25). Se han identificado diversos grupos como vulnerables, entre ellos los adultos mayores que carecen de ingresos o resultan insuficientes. Las personas mayores en pobreza sufren las consecuencias de los sistemas de previsión social ineficientes e inequitativas que no les garantizan pensiones para cubrir sus necesidades básicas, además de no contar con el acceso a sistemas de salud adecuados (Viveros, 2001: 25-32). Al abordar la vulnerabilidad en viejos, el sentido común señala que las personas mayores experimentan vulnerabilidad al estar más expuestas que otros grupos de edad a enfermedades (declive fisiológico), a la pobreza (reducción de los ingresos, jubilación, o discriminación laboral) y marginación social (disminución del flujo de relaciones sociales). Estos factores determinantes de la vulnerabilidad no son propios de la vejez, no vienen con la edad, es decir no son explicables por el sólo dato cronológico. Decir que las personas mayores son vulnerables, no es decir mucho, porque otros grupos lo son como las minorías étnicas o las mujeres jefas

de hogar. Sin embargo, la vulnerabilidad que experimentan jóvenes y niños es diferente a la que experimentan los ancianos, pues contiene componentes distintos en cuanto se trata de etapas del ciclo de vida cronológica, social y fisiológicamente diferenciadas. También es posible que dentro del heterogéneo grupo de personas mayores de 60 años, la incidencia, características e intensidad de la vulnerabilidad tendrán distinto “peso” o sean menos relevantes en dependencia de otras variables ajenas a la edad, como el género, la clase, la etnia y la zona de residencia (Aranibar, 2001).

4) El enfoque de pobreza como herramienta conceptual para indagar las condiciones de los viejos en América Latina

Yolanda D’Elia y Armando De Negri Filho, sostienen que las políticas de ataque a la pobreza son políticas de corte neoliberal que privilegian el capital y no al bienestar de las personas. La aplicación de sus estrategias no sólo deja intacta la pobreza, sino que deja de lado el desequilibrio en la distribución de la riqueza (2006). Para Maingon y D’Elia la pobreza es un concepto unidimensional, descriptivo, circular y estático. Se refiere a un estado de privación o carencia de tipo económico, explicado por la incapacidad de compra (no de consumo), la pregunta clave es ¿quién posee ingresos y cuánto? La pobreza se percibe como un problema de justicia individual (2006). La primera concepción de la vejez que se encuentra en las políticas sobre la materia es su construcción social como un asunto de pobreza. Esta noción se originó en las sociedades industriales de finales del siglo XIX y principios del XX, relacionado con los pobres estructurales, y el modelo asistencialista de atención a través del asilo. Se considera la vejez como un momento de vulnerabilidad y fragilidad en el ciclo de vida que conduce al descenso del nivel de subsistencia (Huenchuan, 2003).

5) La vejez como asunto de integración social

En general, el concepto de integración social considera a la sociedad como un sistema -armónico o en conflicto- que debe tender al orden, la sincronización y el disciplinamiento de las partes. Los sujetos, por tanto, deben adherirse al sistema y mantener la estructura (Huenchuan, 2003). En el caso de la vejez, según ciertas teorías, en esta etapa de la vida las personas ancianas están en disposición de separarse de la sociedad por la declinación inevitable de sus habilidades (Sánchez, 2000: 81). Por ejemplo, para la teoría funcionalista

del envejecimiento, la vejez es una forma de ruptura social, en tanto que para la teoría del rol es una pérdida progresiva de funciones, entre otros aspectos asociada a la jubilación, a la falta de salud y a la muerte de uno de los conyugues (Zetina, 1999: 34); por otra parte, según la teoría de la desvinculación, la vejez se caracteriza por un alejamiento mutuo, que prepara al individuo para la muerte y permite la sustitución generacional (Fernández Ballesteros, 2000: 49). En términos de integración social, esto significa que se necesitan intervenciones que mantengan a las personas mayores vinculadas al sistema y alienten en ellas un comportamiento funcional respecto de la reproducción de la estructura y sus componentes (Huenchuan, 2003).

6) El enfoque del bienestar como objeto de políticas de la vejez

Para Maingon y D'Elia (2006), el bienestar es un concepto multidimensional, histórico y político. Se refiere a la garantía de derechos universales que permiten una vida de progreso, seguridad y acceso a un cierto nivel de vida, a través del crecimiento económico y un reparto más igualitario de la riqueza, a través de bienes y servicios masivos. La pregunta clave es ¿cuál es el nivel de vida alcanzado por todos y cual es la posición de cada grupo en ese nivel? El bienestar se percibe como un derecho que es producto de acuerdos y de una responsabilidad social compartida.

D'Elia y De Negri Filho (2006), refieren que el bienestar es entendido como una vida de progreso y seguridad en el que las personas cubren un conjunto de necesidades, que corresponden al tipo de vida moderno, por medio del consumo de bienes y servicios producidos en forma masiva y suficiente. Lo esencial del concepto de bienestar es la “interdependencia” entre los seres humanos. Con el Estado de Bienestar se modificaron los modos de vida en las ciudades, en el trabajo y en la familia. Se cambió de un modo de vida rural a uno urbano, de la subsistencia a la producción organizada y de la familia extensa a la familiar nuclear. Estos cambios tuvieron efectos en la estructura del mercado de trabajo (globalización, desempleo, precarización); en los sistemas de protección social (inequidad entre sectores sociales, atención residual), así como en las estructuras demográficas y familiares (más hogares vulnerables y envejecimiento poblacional). Los efectos de la crisis del Estado de Bienestar llevan a la ruptura del consenso en torno a las instituciones de bienestar social, a recortes del gasto público y a la orientación neoliberal en las políticas

públicas. Al introducir el tema del bienestar en la vejez se le refiere como un concepto usado como ámbito subjetivo de la calidad de vida relacionado con la satisfacción vital y constituye un indicador importante del proceso de envejecimiento a tomar en cuenta en cualquier valoración. Otra faceta del bienestar tiene que ver con el bienestar económico que se refiere al entorno socioeconómico dentro del cual transcurre la vejez. El bienestar económico va más allá del análisis de la posición económica, e incluye una dimensión objetiva con el análisis de necesidades y recursos económicos de una persona o familia y otra subjetiva que corresponde a la percepción de las personas sobre su situación económica. Otros factores que modulan el bienestar económico son la desigualdades por género, cohorte o edad y aquellas que actuaron más tempranamente como la nutrición y educación (Aranibar, 2001).

La posición social en la vejez en un momento y lugar determinados, depende de una compleja combinación de factores que interactúan entre sí. Se pueden mencionar los factores relacionados con el momento del curso vital en el que se encuentran los sujetos envejecidos, factores derivados de las biografías individuales y generacionales, las características del sistema de protección social y los factores propios de la edad (Pérez Ortiz, 1996: 150-1).

7) La vejez como asunto de fragilidad social

Huenchuan, y Morlachetti, relacionan la fragilización al ámbito de la salud, donde las personas mayores, por no contar con programas especiales en esta materia que los incorporen plenamente, pueden ver reducidas sus posibilidades de mantener la autonomía funcional (2007). De Negri (2008) critica en el campo de la salud el enfoque de riesgo que ignora los factores de determinación social de la salud y que termina por ignorar los condicionantes sociales o exposiciones derivadas de la no garantía de los derechos como un sistema interdependiente (donde destacan las condiciones de vida y trabajo) donde se atribuye al manejo de condiciones personales o grupales la potestad de cambiar condiciones estructurales. De la misma manera hace una crítica al concepto de vulnerabilidad social, el cual da sostén orgánico al concepto de focalización y sigue ignorando la producción social de los problemas. La idea de poblaciones o individuos vulnerables, añade De Negri (2008), construye la idea de que estos individuos y colectividades se constituyen como excepciones en un contexto social donde la regla sería la no vulnerabilidad. Pero señala, que, al mirarlos

desde la perspectiva de los derechos combinada con la lectura de las causalidades desde los determinantes, se encuentra no una circunstancia de falta de protección contra la vulnerabilidad sino la expresión estructural de poblaciones enteras que se encuentran **fragilizadas** socialmente y que necesitan no una protección circunstancial contra factores de riesgo sino una protección social orientada desde los derechos humanos y sociales, organizados en un concepto ampliado de seguridad social (De Negri Filho, 2008).

8) El envejecimiento activo como política de vejez desde los derechos

El término envejecimiento activo adoptado por la Organización Mundial de la Salud a finales de los años 90 del siglo XX, intenta ir más allá del envejecimiento saludable y reconocer otros factores además de la atención sanitaria que afectan a la manera de envejecer de los individuos y las poblaciones (OMS, 2002: 79). El planteamiento del envejecimiento activo se basa en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas mayores y en los Principios de las Naciones Unidas de independencia, participación, dignidad, asistencia y realización de los propios deseos. Las políticas y los programas del envejecimiento activo reconocen la necesidad de fomentar y equilibrar la responsabilidad personal (el cuidado de la propia salud), los entornos adecuados para las personas de edad y la solidaridad intergeneracional. Se define el envejecimiento activo como el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. El envejecimiento activo se aplica tanto a los individuos como a los grupos de población. Permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia.

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. 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.

Mantener la autonomía y la independencia a medida que se envejece es un objetivo primordial tanto para los individuos como para los responsables políticos. Además, el envejecimiento tiene lugar dentro del contexto de los demás: los amigos, los compañeros de trabajo, los vecinos y los miembros de la familia. Por ello, la interdependencia y la solidaridad intergeneracional (dar y recibir de manera recíproca entre individuos, así como entre generaciones de viejos y de jóvenes) son principios importantes del envejecimiento activo. Dentro del contexto del envejecimiento activo el término calidad de vida se refiere a “la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones. Es un concepto de amplio espectro, que incluye de forma compleja la salud física de la persona, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, sus creencias personales y su relación con las características destacadas de su entorno (OMS, 1994, en: OMS, 2002: 78). A medida que las personas envejecen, su calidad de vida se ve determinada en gran medida por su capacidad para mantener la autonomía y la independencia (OMS, 2002).

9) El curso de vida como herramienta conceptual para indagar las condiciones de los viejos en América Latina

Las políticas gubernamentales en una sociedad afectan la vida de los ciudadanos de forma directa o indirecta y otorgan un trato específico a la edad y al curso de vida. Sólo se pueden mirar las influencias gubernamentales sobre patrones temporales, no sobre vidas de individuos en general (Leisering, 2003: 205). Al abordar las políticas basadas en la edad y las necesidades desde el curso de vida, muchas políticas basadas en la edad, asumen que los individuos a una edad particular tienen un conjunto común de necesidades y están en “riesgo” en virtud de su edad (Settersten, 2003: 211-2).

Se debate sobre ir más allá de las políticas basadas en la edad, tomando en cuenta que las sociedades actuales: 1) la edad es cada vez más irrelevante y 2) los grupos de edad

específica y especialmente los viejos exhiben una significativa variabilidad en la mayoría de los indicadores biológicos, psicológicos y sociales. Por tanto no basta la edad para la elegibilidad de beneficios. Mientras que las políticas basadas en la edad pueden elevar el estatus de un grupo como un todo, ellas ignoran las diferencias entre sub-poblaciones dentro de un grupo de edad, siendo que algunas de ellas pueden estar en una mayor necesidad que otras y habrá quien permanece en una relativa desventaja aún después de haber recibido beneficios basados en la edad. La edad cronológica es una dimensión atractiva para construir una política social, aunque frecuentemente una política social parezca arbitraria e injusta. Otras alternativas se vuelcan más exclusivamente sobre la necesidad o usan la necesidad en combinación con la edad. Los enfoques basados en la necesidad brindan cambios significativos principalmente en la determinación de que constituye necesidad y como debería ser demostrada. Algunos aspectos relacionados con ello que han sido mencionados son: las líneas de pobreza, donde se discute utilizar medidas absolutas, relativas o subjetivas; se preguntan cual ingreso se debe tomar en cuenta, el individual, el familiar o el del hogar. Asimismo, si el ingreso debe ser en efectivo o no, o como bienes financieros o más bien como bienes intangibles. Algunas críticas a este enfoque radican en que se estigmatiza al que recibe este tipo de política. También se debate acerca de quien es la población objetivo, esto relacionado con la comprensión de cual es la trayectoria o el camino que lleva a la vulnerabilidad. Lo cierto es que una política pública, promueve oportunidades a cierto tipo de personas y se las niega a otras (viejos(as)). Asimismo, las políticas sociales pueden ser usadas para promover ciertos patrones de vida, actuar para prevenir otros o reflejar nuevos patrones (Settersten, 2003: 213-5).

10) El enfoque de derechos y la calidad de vida de los viejos como herramienta conceptual para indagar las condiciones de los viejos en América Latina

Para Maingon y D'Elia (2006), la calidad de vida es un concepto pluridimensional, dinámico, objetivo-subjetivo y ético-político. Se refiere a una buena vida, que implica derechos, expansión de potencialidades humanas y autonomía para realizar un modo de vida según aspiraciones propias. La pregunta clave es: ¿qué tipo de vida llevan las personas y cual es su posición, oportunidad y capacidad para realizar una vida valiosa? La calidad de

vida se percibe como un derecho, producto de garantías sociales, consensos plurales y la acción política de los ciudadanos.

Para Yolanda D'Elia y Armando de Negri (2006), el concepto de calidad de vida tiene potencia para entender los retos de la nueva cuestión social en la política pública, ligados a los cambios profundos en los modos de vida y profundización y ampliación de las desigualdades sociales. Consideran que el concepto de calidad de vida tiene una mayor capacidad integradora de las necesidades humanas y un mayor alcance para formular visiones alternativas a los problemas sociales que hoy se enfrentan. Identifican entre sus características: que mejora la vida de todas las personas centrándose en la capacidad de las personas para expandir sus potencialidades, es la diferencia entre no enfermar y luchar por estar sano, ve el bienestar humano más allá de lo material, con múltiples dimensiones que se expresan en vida sana, autónoma y creativa, la vida como producto social, con énfasis en la acción de las personas y en su capacidad para transformar su curso de vida. Su espacio de evaluación y respuesta es la vida concreta de las personas. La representación y solución de los problemas incluye además de las condiciones objetivas, la forma en que la vida es percibida y valorada por quienes la viven, entendiendo que la valoración subjetiva, es también parte de la experiencia humana. Es decir incorpora el contexto y el sistema de valores, así como las metas, expectativas, normas y preocupaciones de las personas. Sandra Huenchuan sostiene que desde el enfoque de los derechos se privilegia una concepción del viejo como sujeto y titular de derechos, que tiene garantías y también responsabilidades de si mismo, de su familia y sociedad, así como de su entorno inmediato y futuras generaciones. En el enfoque de derechos aplicado a las políticas de la vejez se promueve la habilitación de las personas mayores y la creación de una sociedad integrada desde el punto de vista de la edad. Este enfoque traspasa el enfoque individual de los derechos individuales y contempla los derechos sociales (derecho al trabajo, a la asistencia, al estudio, a la protección de la salud, entre otros), cuya materialización requiere de la acción positiva de los poderes públicos, la sociedad y los viejos(as). El enfoque de derechos se ensambla perfectamente con el paradigma de la calidad de vida en la medida que tiene como objetivo garantizar una situación de certidumbre, lo que implica procurar las condiciones para un desarrollo integral que contempla entre otras cosas la satisfacción de las necesidades básicas.

Paula Aranibar (2001), señala que en el mundo moderno, puede investigarse su desarrollo conceptual mediante dos fuentes: por una parte la evolución del Estado de Bienestar y por la otra la definición del concepto de salud establecida por la OMS. Ambos factores sociales condujeron a múltiples conceptualizaciones de la calidad de vida y en regiones, como América Latina y el Caribe, que en la redefinición de su patrón de desarrollo, echaron mano a la calidad de vida como recurso para estimar la situación y las condiciones de vida de la población, pero sobre todo para planificar y evaluar los planes de ayuda o programas de desarrollo destinados a grupos “carentes” o “más necesitados”, especialmente a los más afectados por las políticas de ajuste.

La evaluación de la calidad de vida en el anciano debe ser definida por un lado en función de su contexto de referencia, que debe contar con antecedentes válidos que den cuenta entre otras cosas del modo de vida, nivel de vida, condiciones de vida y estilo de vida de las personas mayores, en interrelación con variables económicas, sociales, culturales, de género y espaciales (Aranibar, 2001). Además hay que tomar en cuenta que debe ser multidimensional lo que implica identificar factores personales (por ejemplo salud, habilidades funcionales) y factores socio ambientales o externos (por ejemplo servicios sociales) y debe contemplar tanto aspectos objetivos (servicios con los que cuenta la persona, nivel de renta) y subjetivos (valoraciones, juicios, sentimientos) (Fernández Ballesteros, 1997: 94).

Sandra Huenchuan (2006: 56), señala que detrás de este enfoque prevalece una crítica a las democracias liberales contemporáneas incapaces de acomodar la diversidad social y proporcionar un trato igualitario a sus ciudadanos. Desde diversas perspectivas se defiende la atribución de derechos a ciertos grupos sociales como indígenas, mujeres, viejos, entre otros. Huenchuan advierte que su desarrollo conceptual y aplicación práctica plantea serios retos. A nivel teórico el concepto de calidad de vida debe incluir las especificidades de la vejez tanto fisiológica como social, y considerar las diferencias respecto a las anteriores etapas del ciclo de vida. A ello se suma que hay que identificar los elementos intervinientes de naturaleza objetiva (redes de apoyo, servicios sociales, condiciones económicas, entorno) y subjetiva (salud, satisfacción, etc.).

Por último Huenchuan y Morlachetti (2007), señalan que las personas mayores, por su edad cronológica –y aún más cuando a ello se suman otras fuentes de desigualdad como el

origen étnico o el género- están expuestas a sufrir a) pobreza (carencia de ingresos suficientes); b) marginación (falta de acceso a ámbitos de acción sociales y económicas); c) invisibilización (inexistencia en la agenda de desarrollo); d) discriminación (imagen estereotipada y negativa) y e) fragilización (carencia de recursos adecuados para fortalecer la autonomía). Consideran que en el contexto actual, la vejez constituye cada vez más una causa de conculcación de derechos. Por lo que en la actualidad, las personas mayores tienen un poder limitado como grupo social para hacer efectivos sus derechos, ubicándose entre los excluidos de la sociedad —junto con las mujeres y los indígenas—, por lo que se perpetúa la asimétrica distribución de los recursos y beneficios que genera el desarrollo.

Como se señaló anteriormente la forma de participar en la globalización de los países de Latinoamérica en general y de México en particular es de una inclusión subordinada que adquiere características particulares en la región, como la desigualdad y la exclusión, con una democracia, ciudadanía y participación limitadas que afectan las condiciones de calidad de vida y salud de la población que envejece. Fomentar una política pública para la vejez orientada desde la calidad de vida depende de determinadas condiciones para su florecimiento. En el desarrollo moderno de las sociedades occidentales han surgido una serie de proyectos de sociedad de los cuales se han elaborado políticas públicas que de forma implícita o explícita expresan una concepción determinada de la vejez, de la cual derivan estrategias específicas de intervención. Se sostiene que una política social de calidad de vida en la vejez se ve limitada en el marco de los cambios de ajuste estructural producidos en las últimas décadas que diferencian y excluyen a grandes grupos sociales a través de políticas residuales en sociedades duales desarrolladas por los enfoques neoliberales, planteándose la necesidad de políticas sociales de carácter universal y equitativo en sociedades democráticas que favorezcan el desarrollo de una vejez con calidad de vida y salud. A continuación interesa comprender la vejez desde un enfoque ampliado de calidad de vida y salud que implica la noción de reproducción social de la salud.

SEGUNDA PARTE ELEMENTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

CAPÍTULO 2 DIMENSIONES DE LA SALUD Y RESPUESTA SOCIAL EN LA VEJEZ

2.1 Concepción ampliada de la salud

El organismo al desarrollarse a través de sus actividades vitales construye un medio que a su vez es condición para su desarrollo (Levins y Lewontin, sin fecha: 105-6). Del mundo externo el organismo recorta lo que favorece su propio desenvolvimiento, para transformarlo en un medio de vida propio. Este acto de apropiación constituye la señal misma de la normatividad orgánica¹⁰. De esta manera “la forma y las funciones del cuerpo humano no son expresión exclusivo de condiciones impuestas a la vida por el medio, sino que son la expresión de maneras de vivir en ese medio adoptadas socialmente”. Al compenetrarse organismo y medio ambiente ese mundo exterior es reorganizado y redefinido por el organismo en desarrollo en sus aspectos más relevantes y expresado en comportamientos que corresponden a sus propias interpretaciones de la realidad (Lewontin, 1966). Los organismos desarrollan su potencia a través de comportamientos¹¹ específicos por medio de formas singulares de relación con el medio externo. Como modos de andar de la vida, la ciencia de las condiciones de la salud, la fisiología, hace alusión al “comportamiento” expresando así las diversas maneras en que se expresa la individualidad biológica. Entre los modos de andar inéditos de la vida pueden distinguirse dos tipos. Las constantes normales con valor propulsivo (hablan de salud y son normativas) y constantes normales, pero con valor repulsivo (no normativas y son patológicas, aunque normales) (Canguilhem, 1978). Desde un enfoque individual, Almeida-Filho, refiere que de acuerdo con Canguilhem las posibilidades en el estado de salud son consideradas superiores a las capacidades normales, tomando en cuenta que la salud constituye una cierta capacidad para

¹⁰ El concepto de “normatividad” da cuenta de la relación necesaria entre vida e individualidad. La normatividad es el instrumento mediante el cual el ser viviente humano o animal, se individualiza. Todo ser viviente se vincula con el medio y deviene sujeto de ese medio gracias a la elección de valores que le permiten transformarlo en su obra, lo que se designa con el término de **normatividad**. Los medios son estructurados por las normatividades individuales y al mismo tiempo el medio social modifica el medio orgánico. De modo que, así como se adapta, el organismo inventa el medio, lo recrea y lo delimita estructurando su propio ámbito de experiencia.

¹¹ Para Canguilhem (1978) el comportamiento no tiene valor por su mera acepción social; es necesario volver a pensarlo en el terreno de la creación biológica. El concepto de comportamiento orgánico es la prehensión de una actitud biológica. Designa la experiencia creadora de la vida. El comportamiento es concebido como una creación global del individuo. Para el ser humano no existe un comportamiento físico, vital o humano, sino la estructura física, vital o humana del comportamiento entendido como totalidad de la realidad humana, aún cuando una de las estructuras pueda predominar según el tipo de comportamiento [Canguilhem G, 1978].

sobrepasar las crisis determinadas por las fuerzas de la enfermedad para instalar un nuevo orden fisiológico, y posteriormente establece que la normalidad como norma de vida constituye una categoría más amplia, comprendiendo lo saludable y patológico como sub-categorías distintas. En este sentido tanto la salud como la enfermedad son normales, extendiéndolo a que ambas implican una cierta forma de norma de vida, donde la salud es una norma de vida superior y la enfermedad es una inferior (2001: 765).

Granda (2004), amplía la línea de pensamiento de Canguilhem, indicando que la salud¹² es la capacidad de romper las normas impuestas y construir nuevas normas bajo los requerimientos de adaptación al cambiante mundo. Es decir estar sano no es solamente ser normal en una situación dada, sino también ser normativo en esa situación y otras situaciones eventuales. Lo característico de la salud es la posibilidad de superar la norma que define momentáneamente lo normal, la posibilidad de tolerar infracciones a la norma habitual e instituir nuevas normas en situaciones nuevas. La salud se crea o genera en los individuos tanto a nivel individual como colectivo, en el diario vivir. El vivir genera la salud y esta no se da únicamente por descuento de la enfermedad; Si se piensa que es en el diario deambular, que las poblaciones producen su salud, entonces la fuerza o poder para alcanzarla se encuentra en las poblaciones mismas y en su vida, por lo que la tarea de lograr la salud en la población rebasa el poder del Estado y la ciencia positiva. Una definición normativa de salud en la línea del pensamiento de Canguilhem permite entender la salud como el desarrollo de las capacidades y las potencialidades del cuerpo humano (capacidades respiratoria, cardiovascular, neuromuscular, inmunológica, visual, digestiva, afectiva, intelectual, sexual, etc.), desde el recién nacido hasta el adulto joven, de acuerdo con unos valores históricos y sociales determinados. Asimismo, la conservación de esas potencialidades y capacidades el mayor tiempo posible en el adulto, gracias a los conocimientos de la sociedad y al desarrollo científico y tecnológico (Martínez, 2006: 8-9). Mientras que en la vejez el declive biológico, aunque no significa enfermedad o incapacidad, ya que el organismo trabaja con niveles diferenciados de reserva y superávit, la pérdida de diversas capacidades (sensoriales, cognitivas, entre otras), pueden contribuir a

¹² "Entendiendo la salud como la capacidad de regular por uno mismo la normalidad del buen funcionamiento corporal y psíquico, entonces se podrá hablar de una norma biológica común para la especie pero también existirá una norma cultural propia del mundo epistémico, social, de prácticas y poderes en los que aprendió la población a ser humana. Y existirá además una norma individual propia de cada persona, producto de su especial historia de vida, personalidad y acoplamiento al medio ambiente". "salud es una forma de vivir autónoma y solidaria, consustancial con la cultura humana, dependiente y condicionante de las relaciones que se establecen con la naturaleza, la sociedad y el Estado" (Maestría de Salud Pública de la UNL 1997-1999; en: Granda, 2004).

reducir sus márgenes de autonomía e independencia (De Assis, 2002: 35-6), aunque se podría sugerir que tales condiciones pueden ser formas activas de seleccionar, optimizar y compensar las capacidades residuales, instituyendo nuevas normas orgánicas y comportamentales (Baltes, 1996: 145-50).

Almeida-Filho y Fernández, (2008), identifican dos vertientes de la salud; una negativa a nivel individual en la que la salud no es el equivalente inverso de la enfermedad, sosteniendo que si para cada enfermedad se observa un modo prototípico de enfermar, hay infinitos modos de vivir con salud, tanto como seres sanos. Añaden que en el nivel colectivo se puede hablar con menos propiedad de una definición negativa de salud. En sentido positivo, se propone un modelo de modos de salud. En síntesis, afirman que el fenómeno salud/enfermedad no puede ser definido como cuestión clínica-individual o biológica-subindividual; dado que no se puede hablar de salud en individual, y si de varias “saludes”, ya que cada ciencia ocupa diversos órdenes jerárquicos de complejidad. El nivel de anclaje definidor del objeto salud-enfermedad es postulado por cada uno de los campos disciplinares de la biología humana aplicada, donde cada campo disciplinar reduce a otros campos y niveles a su propio objeto y método (Almeida-Filho y Fernández, 2008: 121-6).

De acuerdo con Almeida y Fernández, (2008), la crítica de Samaja a Canguilhem es por articular la salud al mundo biológico y a Foucault porque lo hace con lo social e ideológico. Beatriz Fernández (2007), sostiene que Samaja se refiere a la salud como una entidad producto de procesos complejos de intercambio con el contexto, comprometida simultáneamente con la esfera biológica de la vida y con el modo de vida, donde naturaleza y cultura más que elementos antagónicos, constituyen planos diferenciados de la realidad; así la salud es definida como un éxito en la conservación, reproducción y transformación de los seres humanos en diversos niveles de integración; mientras que los problemas de salud se refieren al fracaso en la conservación por fractura en alguna dimensión del proceso reproductivo. Entonces la situación de salud y los problemas de salud son definidos como la totalidad de problemas que se presentan durante los procesos de reproducción (biocomunal, comunal-cultural, societal-económica y ecológico-política) de los individuos y las poblaciones. Para Samaja de acuerdo con Fernández cuando las tensiones propias de alguna dimensión predominan sobre otras, aparecen los problemas de salud, mientras que el resto de las dimensiones asumen un papel secundario en ese

momento concreto para ese problema específico de reproducción e integran la categoría de condiciones de vida (Fernández, 2007: 25-6). Este planteamiento sustentado en cuatro niveles o dimensiones de integración hace posible reposicionar el reduccionismo fisicalista que reduce los temas de salud a niveles de complejidad inferior y el reduccionismo holista que los remite a niveles superiores de la estructura de clases y la superestructura de producción (Fernández, 2007: 26).

Castellanos al referirse a los problemas de salud señala que pueden ser definidos y explicados en diferentes niveles jerárquicos interrelacionados, que comprenden 1) estilos de vida (conjunto de comportamientos, hábitos y actitudes) que corresponden al espacio de lo singular; 2) condiciones de vida¹³ (condiciones materiales de existencia) correspondientes al espacio de lo particular y 3) modos de vida (como producto de lo anterior) que corresponden al espacio de lo general (Castellanos, 1990; Selva, y Ochoa, 2002). Si los fenómenos de salud se conceptualizan en diferentes niveles con diversa potencia explicativa e integralidad. Asimismo, la respuesta social organizada, las prácticas sociales en salud y las intervenciones que se desprendan a partir de cada nivel explicativo tendrán diferente alcance en su acción transformadora. En el espacio de lo general que implica a toda la sociedad se generan por ejemplo, las propuestas de modelos económicos o políticas públicas en salud, entre otros aspectos. Mientras que en el espacio de lo particular, se describen problemas de salud definidos como variaciones del perfil de salud-enfermedad a nivel de grupos de población; y su explicación enfatiza la reproducción social de las condiciones objetivas de existencia (calidad de vida) del grupo. Por otro lado, este espacio permite definir indicadores más precoces del proceso de determinación y redefinir el pensamiento preventivo y de la promoción de la salud, conduciendo a las conceptualizaciones de “APS” (Atención Primaria de Salud) entendida como el conjunto de acciones sociales dirigidas a promover la transformación de la calidad de vida de todos los sectores de la población¹⁴. Por último el espacio de lo singular se refiere a problemas de salud-enfermedad a nivel individual y la forma de definirlo es por la frecuencia y gravedad

¹³ Condiciones de vida: se refiere a abordajes a modelos tipo reproducción social y modo de vida, considerando los efectos de lo cotidiano sobre la salud, implicando el equivalente material de la noción de estilo de vida (Almeida-Filho, 1999).

¹⁴ Recuperar el espacio de lo particular es recuperar los procesos que median entre los procesos más generales y sus manifestaciones a nivel de lo singular, es asumir toda la potencialidad explicativa de las ciencias sociales y biológicas, pero a partir de la definición de “problemas” de salud-enfermedad y de la búsqueda de acciones que potencien nuestra eficiencia y eficacia (Castellanos PL, 1990: 1-7).

de patologías específicas, donde prevalecen las conductas individuales y estilos de vida que se expresan en grupos de riesgo y que son expresiones singulares de problemas biológicos y sociales. Las acciones que se desprenden de esta explicación de la salud-enfermedad se dirigen al control de daños, a través del modelo asistencial con sus tres niveles de atención (Castellanos, 1990: 1-7).

La salud como expresión de la calidad de vida, viene acompañada de una dimensión ética, donde se conceptualiza la salud como una necesidad básica de cualquier ser humano en tanto que es un requisito para que los sujetos puedan alcanzar las metas que consideran válidas así como para tener una participación exitosa en la vida social (Doyal y Gough, 1992). En ese sentido, De Negri-Filho (2006) se refiere a la salud como expresión del derecho fundamental a la vida y sus determinantes como condiciones necesarias para que esta vida pueda existir y desenvolverse plenamente. Asimismo De Negri Filho y cols (2002: 28-9), sostienen que la salud, como concepto permite definirla como expresión de la calidad de vida y resultado de sus determinantes sociales. Entendida de esta forma, alcanzar la salud significa haber alcanzado oportunidades de calidad de vida, en alimentación, educación, vestido, vivienda y los otros derechos sociales fundamentales. De esta manera, utilizan la denominación de calidad de vida y salud para expresar la estrecha relación y preponderancia que tienen las condiciones de vida en la salud de las personas y colectivos.

2.2 Respuesta social en salud, ámbitos y actores e intervenciones en salud en la vejez

Se ha señalado que la integralidad debe ser una característica de la respuesta social a los problemas de salud, social, grupal e individual. Las respuestas sociales son intervenciones surgidas desde instituciones, grupos organizados o formas espontáneas de responder a las necesidades y problemas de salud (Castillo, Quirós y Sancho, 2003). La atención integral a la salud se refiere a la acción interdisciplinaria, intersectorial e ínter-organizacional, que implica la responsabilidad del Estado, el gobierno y la sociedad civil, en el abordaje de los determinantes de la salud. La respuesta social debe intentar ser congruente con la definición de una concepción ampliada de salud, que reconoce lo estructural de la determinación social de la salud y la participación del sujeto con sus individualidades; en ese sentido, el soporte está en la planificación de estrategias y en la organización de las intervenciones interdisciplinarias e intersectoriales que involucran a: lo estatal, lo comunitario, lo grupal,

lo individual. Las distintas acciones y sus orígenes se activan e implementan según los intereses y prioridades de los actores sociales participantes; eso incluye a los servicios de salud y la orientación con la cual desarrollan la prestación; es decir, con estrategias de promoción, prevención, asistenciales o curativas y de rehabilitación. Dentro de las acciones organizadas desde el Estado y que conforman parte de la respuesta social por parte del sector salud, se encuentran: la vigilancia de la salud, la vigilancia epidemiológica y la atención en los servicios de salud, donde se concentran la mayoría de las acciones en salud. Además involucra la salud pública, la acción comunitaria, la atención integral, y las prácticas de cuidado lego, que implican el autocuidado, la autoatención y la autoayuda (Castillo, Quirós y Sancho, 2003: 42-8).

A diferencia del enfoque preventivo, basado en la historia natural de la enfermedad, donde las acciones preventivas son definidas como intervenciones dirigidas a evitar la emergencia de enfermedades específicas; desde una perspectiva ampliada de salud, la prevención se enfoca a contrarrestar los procesos o facetas destructivas de la reproducción social en todas sus dimensiones. Por otro lado, el campo de la salud también se amplifica con enfoques como la promoción de la salud, que incluyen el ambiente en sentido amplio, atravesando la perspectiva local y global e incorporando elementos físicos, psicológicos y sociales (Terris, 1990, en: Czeresnia, 2008: 54). En el caso de la promoción de la salud se propone pasar de un enfoque limitado de adopción de estilos de vida saludables que dependen del conocimiento y voluntad individual a otro que se dirige a fomentar los procesos o facetas protectoras de la reproducción social (Breilh, 2003), fomentar la calidad de vida de los individuos y grupos, lo que tiene que ver con los procesos para lograr que las personas y las comunidades puedan ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud y por consiguiente lograr mejorar su estado de salud (Castillo, Quirós y Sancho, 2003: 83).

2.3 Actores sociales y ámbitos de la respuesta social en salud

Sujeto íntegro o saludable

Chapela (2007) se refiere al sujeto que busca la promoción de la salud emancipatoria, como a un sujeto íntegro al que se denomina “sujeto saludable”. Un sujeto saludable es un sujeto auto-sujetado que crea activamente los mundos práctico y simbólico, con la posibilidad de construir heterodoxa y campos de opinión. A diferencia de los clientes, los sujetos

saludables están inmersos en un mundo práctico regulado por el mercado, sin embargo, son capaces de construir su propio mundo simbólico individual y colectivo con potencial para ejercer influencia y forzar cambios en la hegemonía del mercado (Chapela, 2007: 365).

Sujetos ciudadanos

La ciudadanía se configura como un motor en la búsqueda de posibilidades de garantizar las condiciones materiales para el ejercicio de la libertad en todos los planos. La ciudadanía es la forma como los sujetos enuncian y ponen en circulación su poder para construir la vida social a partir del reconocimiento de sus pares, en un marco de igualdad de oportunidades, en tanto se asume la diferencia y se toman posturas frente a los otros/as, frente al Estado y frente a los poderes supranacionales. Desde una visión de construcción social de la calidad de vida y la salud, se busca el reconocimiento del individuo como un sujeto de poder capaz de cambiar y proyectar la vida. En esta medida, se reconoce su experiencia vital y su saber como parte importante en el desarrollo del proceso. Desde esta perspectiva, se utilizan dispositivos metodológicos para que el sujeto reconozca sus capacidades y potencias y las encamine a transformar/afectar determinantes de la salud y sus condiciones de vida, en procurar desarrollar prácticas cotidianas hacia el bienestar. En este marco, el sujeto se va transformando en la medida en que cambia su realidad y es capaz de intervenirla (Casallas y cols, 2007: 26-7).

El rol social de cuidador

El rol social de cuidador es un nuevo actor en el escenario de la vejez y tiene la responsabilidad principal de la ejecución de las acciones de cuidado y de apoyar todo aquello que el viejo es incapaz de hacer. El cuidado es construido socialmente como una responsabilidad femenina, por el sitio que ocupa en la división social del trabajo. El cuidado a los dependientes está confinado al espacio doméstico, y a su interior forma parte de la reproducción social de los sujetos particulares, siendo esta una responsabilidad de la mujer, por lo tanto, el cuidado a los viejos es una actividad femenina, ligada al rol de parentesco el cual se amplía y se hace permanente. En países desarrollados, además de las mujeres adultas, se ha ampliado a niños y adolescentes el rol de cuidador de ancianos (Robles, 2006). El tipo de relación interpersonal entre cuidador y anciano, está caracterizada por una especial relación ínter subjetiva entre ambos. Es de esperar no sólo

una especial cercanía emocional entre ambos, sino igualmente, la presencia de relaciones de poder, de interdependencia o reciprocidad entre ellos (Robles, 2005: 158-9).

Ámbitos de la vida cotidiana y de salud

Ámbito Familiar

Se reconoce a la familia como una forma de asociación humana, voluntaria o necesaria, con funciones sociales y políticas, de la cual resulta la conformación de la unidad doméstica, lo que indica compartir alimento, intimidad, sexualidad, afecto y cuidado mutuo (De Negri Filho y cols, 2002: 28-9). La familia es una instancia fundamental de socialización de las personas, por lo cual, todo lo que en ella ocurra define de una manera importante el destino de sus miembros y el carácter de la sociedad en su conjunto. La familia puede reproducir la solidaridad y las relaciones afectivas de libre elección o las injusticias y formas de dominación, tanto como contribuir al cambio social para la construcción de una sociedad justa y democrática. El logro de una convivencia democrática en las familias es una referencia fundamental para construir una sociedad democrática. Los vínculos familiares permanecen a lo largo del ciclo vital, así las familias se recompongan o se reagrupen en nuevas formas de asociación (Casallas y cols, 2007).

Por otro lado, en el seno de la familia se pueden desarrollar factores que pueden ser condicionantes en la determinación de los problemas de salud, o ser un recurso fundamental para apoyar al paciente en su resolución. Al considerar a la vida familiar en relación con la salud-enfermedad, se deben tener presentes los aspectos particulares de la vida familiar que tienen influencia sobre el individuo. Villegas y cols (2003) identifican cuatro tipos de influencia: a) Genética; en la cual la familia aporta a los individuos una “carga genética”, que interactúa con el medio ambiente. La genética ha sido implicada en la expresión de una gran variedad de enfermedades crónicas, infecciosas y desordenes psiquiátricos; b) El crecimiento y desarrollo, donde existe una clara influencia de la familia en los trastornos tanto físicos como de conducta, especialmente expresados en la infancia y la adolescencia; c) Favorecer el desarrollo de las enfermedades; en el que el ambiente familiar puede propiciar determinantes que favorecen la incidencia y la prevalencia de enfermedades infecciosas y mentales y otras, no solo, desde el punto de vista de exposición a los agentes patógenos, sino además, por distintos factores (genéticos, roles conductuales, etc.) y d)

Utilización de los servicios; ya que una adecuada educación familiar, favorece la utilización de los servicios en materia de prevención y puede, además, disminuir la policonsulta por motivos o padecimientos menores innecesarios (2003: 72-5).

Del ámbito familiar al espacio público

Puede considerarse que el ámbito familiar perteneciente al mundo de la vida no es un espacio cerrado en si mismo. Tal espacio se proyecta en el sistema social y económico por medio del espacio público (Castillo, Torres y López, 2003: 17-8).

La esfera pública

Su objeto es la sociedad civil, no se restringe a determinadas instituciones ni se organiza por normas o códigos formales. En realidad tal esfera, es una red formada por medio de un consenso asegurado normativamente o alcanzado comunicativamente y segundo, mediante una regulación no-normativa de decisiones particulares que se sitúan, más allá de la conciencia de los actores (Habermas, 1986; en: Castillo, Torres y López, 2003: 18).

El ámbito comunitario

Los procesos comunitarios, como una forma de relación de las poblaciones humanas se basa en las relaciones de parentesco familiar, de tribu, de pueblo y otras similares. Para algunos autores, la vida comunitaria no se fundamenta en principios de tipo organizativo espacial, sino en las relaciones de parentesco, que persisten y rebasan las fronteras espaciales (territorios); aún aquellas que se establecen por las relaciones sociales que tiene una familia, independientemente de donde se vive o se trabaja. Los vínculos biológicos y sociales persisten, por tanto, más allá de los lugares geográficos (Castillo y Villegas, 2004: 12).

El ámbito societal

Los procesos societales, es decir, los que se establecen en la sociedad civil con base en las relaciones sociales, los acuerdos, los contratos, las leyes y otros de esa misma naturaleza que dan origen a la vida social organizada. No obstante, la vida social se organiza más bien con base en el principio espacial, de ahí que el concepto de territorio es en esencia el que determina el ámbito en el cual rige un acuerdo, una norma o una ley que regula a las organizaciones y grupos sociales existentes en un espacio geográfico (Castillo y Villegas, 2004: 12).

Sociedad civil

La sociedad civil es el espacio público de las personas privadas. Aquí lo público deja de ser sinónimo de lo estatal y se afirma de modo autónomo. Se acepta que la sociedad civil está construida por espacios contradictorios que oscilan en el péndulo formado por los extremos de la regulación y emancipación social. La diferencia sólo se centra en la calidad con que se definen los espacios de emancipación social. La sociedad civil como concepto se refiere al escenario donde las cuestiones prácticas de lo cotidiano se tornan políticas. Tales cuestiones no alteran, mientras tanto, las estructuras presentes en el mercado o las políticas engendradas en el Estado, a menos que se formen aparatos institucionales en la sociedad civil, capaces de mediatizar el mundo de la vida, con el sistema social y capaces de transformarse en acción concreta (Castillo, Torres y López, 2003: 22).

2.4 Estrategias de intervención de salud en la vejez

2.4.1 Promoción de la salud

En Gutiérrez (1999: 133-5), se considera que la promoción de la salud en el anciano, es un concepto que engloba el conjunto de medidas de carácter económico, social, legislativo y reglamentario que persiguen la creación de un medio ambiente físico y humano propicio para la salud, el bienestar individual y para la práctica de un estilo de vida sano. Para lograr el desarrollo de programas de promoción de la salud del anciano, es ante todo fundamental reconocer su importancia en las políticas sociales y en el proceso de desarrollo y promover a nivel político la búsqueda de la igualdad en el ámbito de la salud. En los viejos jóvenes (65 años de edad) dada su posibilidad de alcanzar la octava o novena década de la vida, es necesario emprender acciones efectivas de promoción de la salud, dando prioridad a aquellas que pretenden mejorar la calidad de vida y el estado funcional, más que únicamente prolongar la vida, aunque no se tiene certeza si los factores de riesgo identificados como relevantes para personas en la edad media de la vida lo sean para los individuos de edad avanzada.

En una revisión sobre promoción de la salud en la vejez, paralela a lo que se podría denominar “corriente oficial”, se observa la creación de un campo de reflexión crítica sobre aspectos relativos a las prácticas y los propios fundamentos de la promoción de la salud, donde se cuestionan aspectos como la reducción de las prácticas a ese nivel, con una

retórica social que no toma en cuenta las desventajas materiales de vida de las personas, permaneciendo el énfasis sobre comportamientos y la imposición de estilos de vida¹⁵ sin tomar en cuenta los modos de vida y formas de organizar la sociedad, que pueden favorecer o dificultar que la naturaleza humana florezca (Assis, 2004: 32).

González (2005), sugiere a partir lineamientos de la OMS/OPS y el enfoque de ciclo de vida una serie de actividades para buscar un envejecimiento saludable distribuidos a lo largo de la vida y constan por un lado de intervenciones oportunas para lograr que se alcance la máxima capacidad potencial posible, y de intervenciones para direccionar a la población en una línea de descenso lento de sus capacidades, las cuales pueden ser conceptualizadas en tres categorías según el periodo del ciclo de vida: intervenciones tempranas, intervenciones en la edad adulta e intervenciones en el adulto mayor¹⁶ (González, 2005). La visión de que el abordaje en promoción de la salud se debe encaminar en la dirección de conquista de políticas públicas multisectoriales que generen ambientes favorables a la salud es destacada por Molina (2002, en: Assis, 2004). Para la autora, no basta considerar “el que hacer” más también “como hacer”. Por ejemplo, se sabe que los cambios en actividad física y alimentación son medidas que pueden postergar las enfermedades crónicas, pero no basta solamente dar el consejo clínico, sino el aprovisionar

¹⁵ En la crítica de O'Brien (1995, en: Assis, 2004), a la fragmentación y a la individualización, se cuestiona el estilo de vida como un “indicador de desempeño por excelencia”, sostiene que: “la asociación entre ‘salud’ y ‘estilo de vida’ es fundamentalmente un emprendimiento político, soportado por un consumismo institucionalizado, validado por una ideología política liberal y nutrido por un profesionalismo tecnocrático crecientemente orientado para abordajes de solución de problemas para la salud y la vida social” (O'Brien, 1995: 193, en: Assis, 2004). En el concepto de estilo de vida de OPAS (2002, en: Assis, 2004), parece haber una intención de conformar una crítica al refuerzo del individualismo y de la abstracción de los comportamientos de sus condicionantes socioculturales, como puede observarse en su acento en la subjetividad y en capacidad de elección al lado de la omisión de determinantes económicos. Otro aspecto es la crítica a la obsesión por la salud perfecta y el estímulo al consumo. La crítica recae nuevamente sobre la excesiva responsabilidad individual por la salud: “la higiomanía es autonomista en el sentido de que entiende que la salud está al alcance de las personas, desde que todas sigan la norma correcta de estilo de vida, adopten ciertos hábitos y eviten los riesgos sobre los cuales son advertidos” (Nogueira, 2001:64, en: Assis, 2004: 33-5).

Para Darnton-Hill (1995: 340, en: Assis, 2004), lo mismo se puede decir sobre que la meta de la promoción de la salud es llegar a la “muerte saludable”, lo que es interpretado por la mayoría de los viejos de occidente, como “permanecer tan independiente cuanto es posible, por tanto tiempo cuanto es posible y tener tanto control sobre sus vidas cuanto es posible”. Otra temática debatida son las oportunidades reales del impacto de las acciones de promoción de la salud con los viejos: habría tiempo para recoger efectos positivos de acciones preventivas?. Sobre este punto de acuerdo con Heidrich et al (1998, en: Assis, 2004), hay opiniones conflictivas que parten del consenso de que el estado de salud en la vejez resulta de condiciones vividas en etapas anteriores de la vida, desde la infancia, y que para el envejecimiento saludable son importantes acciones a lo largo de todo el ciclo de vida. Entretanto, otra posición, tal vez más recurrente, sustenta que la proposición de estilos de vida saludables y la conquista de ambientes favorables se justifican en la vejez por el reconocido margen para cambios positivos y los beneficios en términos de salud y mantenimiento de la autonomía, especialmente mediante la integración de servicios sociales y sanitarios (Fletcher et al, 1999, en: Assis, 2004).

¹⁶ 1) Intervenciones tempranas: La seguridad alimentaria para una adecuada nutrición, asegurar el cubrimiento universal de las principales inmunizaciones, promover los comportamientos favorables a la salud, como la actividad física y el cuidado de la salud buco dental; 2) Intervenciones en la edad adulta. Promover condiciones de vida propicias para una nutrición favorable a la salud, conductas saludables como la actividad física, y una vida libre de adicciones al tabaco y drogas ilegales, no abuso del alcohol, comportamientos sexuales seguros, y actitudes que prevengan la incidencia de accidentes. 3) Intervenciones en el adulto mayor, formación de habilidades y destrezas, interacción social (González, 2005).

las condiciones sociales que faciliten la adopción de los cambios. De ahí la importancia de concebir la promoción de la salud como estrategia multisectorial de largo plazo. De acuerdo a la revisión hecha por la autora, la tendencia predominante en los programas para viejos no alcanza este nivel, circunscribiendo su búsqueda al logro de cambios en el plano individual (Assis, 2004: 51).

Veras y Caldas (2004: 424-5), presentan la experiencia de un programa que permite entender la lógica de la promoción de la salud en viejos en el marco de un modelo de cuidado integral. El eje que orienta este modelo es la “vida con calidad” y el abordaje que prioriza la propuesta es la promoción de la salud y el cuidado y manutención de la autonomía. Por lo que todas las acciones del programa se dirigen a la preservación de la salud del viejo. Se puede considerar que el proyecto es una profundización de las prácticas preventivas, validado por el afán de detectar lo más precozmente los agravios a la salud que afectan a los viejos. Desarrollan una propuesta desde la salud colectiva, basada en un modelo de vida activa con ciudadanía.

Bryant y cols. (2006: 199), refieren que la promoción de la salud incluye no solo actividades que ayuden a los individuos a ganar habilidades para mantener y mejorar su salud, adoptando conductas de salud benéficas pero también programas a nivel comunitario y políticas que mejoren el medio ambiente y fortalezcan estilos de vida seguros y saludables.

2.4.2 Prevención en la vejez

Diversos investigadores en el área del envejecimiento indican que aunado al incremento de la esperanza de vida se espera un aumento en la frecuencia de enfermedades crónico degenerativas no mortales pero incapacitantes, señalando algunas limitaciones en el enfoque preventivo al abordar la complejidad y heterogeneidad en la vejez. Se ha sostenido que si bien este enfoque es esencial para prevenir un exceso de deterioro funcional, discapacidad y fragilidad, donde el estilo de vida tiene un papel preponderante para determinar su evolución en función de factores como la dieta y la actividad física, se observa que mientras en las afecciones con pronóstico fatal la aplicación de estrategias preventivas ha provocado la disminución de la tasa de mortalidad y el aumento de la esperanza de vida, el efecto de las estrategias preventivas sobre las afecciones de pronóstico no fatal es menos claro. Por lo que se ha sugerido expandir el modelo preventivo para

tomar en cuenta la multidimensionalidad de los problemas presentes en edad avanzada. El modelo médico no es suficiente para explicar ni para prevenir eventos de alta morbilidad, como las caídas que tienen causas psicológicas, sociales y medioambientales tanto como médicas. Para sopesar correctamente riesgos y beneficios, las estrategias preventivas pueden requerir un enfoque multidisciplinario. En la población de edad avanzada, el funcionamiento es, con frecuencia más importante para el bienestar de la persona que el diagnóstico y la corrección de tal o cual patología. El nivel de funcionamiento es un mejor indicador de necesidades asistenciales y riesgo de mortalidad para un individuo, que el mismo diagnóstico médico. El proceso de atención geriátrica se orienta frecuentemente más hacia la prevención del deterioro funcional que hacia la prevención de enfermedades específicas. Conforme la población envejece y las tasas de mortalidad disminuyen, la prevalencia y duración de las enfermedades no fatales con secuelas incapacitantes aumentan. En los años recientes, los cuidados geriátricos se enfocan, cada vez más, a la evaluación global, la prevención de las incapacidades y la protección de la independencia (Gutiérrez, 1999: 134-46).

La nutrición adecuada y la atención nutricional son indicadores clave de una buena calidad de vida, de prevención de enfermedades y de una salud sostenible y deben formar parte de la atención sanitaria. La actividad física es uno de los factores más importantes que reducen el declive relacionado con la edad de los potenciales biológicos. Refieren que, reducir la morbilidad e incrementar la calidad de vida son efectos beneficiosos de la actividad física en las personas mayores (Cruz-Jentoft, et al, 2009) y además se ha señalado que la actividad física moderada tiene efectos benéficos sobre la salud física y psicosocial, haciendo énfasis en un abordaje desde la promoción de la salud a través del curso de vida (Andrews, 2001: 728).

Fernández-Ballesteros sugiere que envejecer no sólo depende de los sistemas biológicos sino también culturales, por ejemplo, la carga genética de los factores de riesgo va decreciendo hacia las últimas etapas de la vida ampliando la posibilidad de intervenir sobre los estilos de vida. Sin embargo, al mismo tiempo señala que los factores de riesgo comportamentales no agotan los predictores externos de la enfermedad y la funcionalidad, puntualizando que hay otros factores (como los sociodemográficos -renta baja-) que pueden predecir mejor la funcionalidad y el estado de salud (1998). Más recientemente sostiene que

a nivel poblacional es relevante considerar las medidas socio-políticas con una visión de promoción de un envejecimiento positivo en una población dada (mejorando los sistemas de seguridad social y de salud, incrementando pensiones y adaptando condiciones ambientales, etc.), pero considera que a nivel individual psicológico también es posible promover un envejecimiento positivo a través de implantar estilos de vida saludables (Fernández-Ballesteros y cols, 2005: 4). Hay que tomar en cuenta que conforme avanza la edad, a su vez las posibilidades para la prevención primaria se reducen (Assis, 2004: 48).

2.4.3 Algunas miradas sobre la atención curativa o asistencial en la vejez

Mientras se desplaza el inicio de enfermedades mortales prevenibles, como la patología cardiovascular, emergen enfermedades crónicas no prevenibles, como los padecimientos demenciales, la osteoartritis y el deterioro sensorial. Estos padecimientos tienen en común ser generadores de una gran dependencia funcional. Es así que la repercusión funcional de la enfermedad es un indicador altamente significativo, el cual debe ser observado para la planeación asistencial y la asignación de recursos. En última instancia el deterioro funcional conduce a la fragilización del individuo que en edades avanzadas se torna cada vez más vulnerable y tiende a contar con menos probabilidades de recuperación. La organización de servicios para los ancianos debe fundamentarse en el principio básico de la continuidad asistencial, en distintos niveles: a) servicios para ancianos relativamente sanos; b) servicios que brindan alternativas para evitar la internación prolongada y c) servicios para aquellos cuya necesidad sea de asistencia continua e internación prolongada. El diseño de un enfoque gerontológico, consiste en combinar eficazmente los servicios sociales y los de salud. Todo ello con el objeto de promover el mantenimiento en el hogar, la autonomía funcional y prevenir la institucionalización (Gutiérrez, 1999: 144-5).

En relación con la asistencia clínica se deben abordar aspectos como: la formación en geriatría y psiquiatría geriátrica, el uso de fármacos en situaciones complejas, relacionado con aspectos como la comorbilidad múltiple, las interacciones farmacológicas, la farmacocinética y la farmacodinamia, favorecer la valoración geriátrica integral multidimensional con el fin de mantener el mejor grado de independencia posible y autonomía física y mental. Sobre el acceso a asistencia sanitaria a las personas mayores favorecer la disponibilidad de atención a padecimientos agudos, rehabilitación, larga

estadía, cuidados paliativos, psicogeriatría, asistencia domiciliaria y enfermería a domicilio (Cruz-Jentoft et al, 2009: 65).

2.4.4 Cuidados en la vejez (dependiente)

El cuidado es la acción social encaminada a garantizar la supervivencia social y orgánica de las personas con dependencia, es decir, de quienes carecen de autonomía personal y necesitan ayuda de otros para la realización de los actos esenciales de la vida diaria. Acción social que se ha ido transformando (Casado y López, 2001, en: Guzmán y Huenchuan, 2005: 14). La necesidad de cuidados en las sociedades en transición o maduras, demanda una serie de servicios de protección pública diferenciada. En la sociología de la vejez, los sistemas de cuidados se insertan en el campo más amplio sobre apoyo social, mientras que en la economía del envejecimiento, se ubican en el ámbito de la seguridad económica. Existen tres fuentes de cuidado en la vejez: la familia, el Estado y el mercado. Ninguna de estas instituciones tiene competencia exclusiva en la provisión de cuidado y, como resultado de ello, no siempre existe una clara división entre la asistencia que presta cada uno; aunque si hay diferencias respecto de la responsabilidad principal de cada uno de ellos, la que generalmente es atribuida a la familia y en menor grado al Estado, como agentes del bienestar lo cual tiene que ver con el sistema de protección social de cada país. En los hechos, efectivamente, una de las fuentes más importantes de cuidado en la vejez es y continuará siendo la familia. Esta puede responder a la necesidad de cuidados mediante la transferencia de tiempo, es decir ofreciendo cuidados personales, o financiando los cuidados en el mercado, mediante transferencias en efectivo. Debido al contexto en que ocurre el envejecimiento en la región, pareciera que la opción más recurrente de apoyo familiar es a través de ayuda directa para el desarrollo de las actividades de la vida diaria (tiempo) (Guzmán y Huenchuan, 2005; Huenchuan, 2009, 167-9).

La dependencia durante la vejez genera y hace visible fenómenos sociales, como el cuidado; el dependiente requiere para ser cuidado de un actor social -un cuidador- y una práctica social -el cuidado-. El cuidado responde a las necesidades de los dependientes y garantiza su sobrevivencia biológica y social, empleando los recursos sociales, materiales, simbólicos y afectivos más adecuados para satisfacer cualquier tipo de necesidad del sujeto dependiente. El cuidado sólo existe en la medida de la existencia de necesidades en un

dependiente, en este sentido, cuidado y dependencia son interdependientes, cuidado que requiere un consumo de recursos progresivo, es decir, saber cuales son las acciones particulares del cuidado sólo es posible a partir de conocer sus necesidades en su calidad de dependiente. En este sentido, es pensar al cuidado en una variedad de direcciones: las dirigidas a resolver las necesidades emanadas del hecho de envejecer y del necesario enfrentamiento a esta nueva condición social tanto en términos individuales como sociales; las acciones para apoyar el trance de convertirse de un adulto a una persona envejecida; las de negociación del entorno social y espacial al interior del hogar para satisfacer las necesidades del viejo y las de sus otros habitantes en su calidad de sujetos no-dependientes (Robles, 2006: 156-7).

CAPÍTULO 3

CATEGORÍAS ESTRUCTURALES, CALIDAD DE VIDA Y SALUD EN LA VEJEZ

Introducción

La calidad de vida, las condiciones de vida y salud en un territorio social, en un tiempo y lugar determinado, son reguladas por relaciones sociales más amplias, como la desigualdad y la exclusión ya sea de clase, género, origen étnico o edad, entre otras. Fleury (2004) se refiere a la desigualdad y exclusión social en la región latinoamericana de la manera siguiente:

“Se ha descrito como la región con el mayor índice de desigualdad en el mundo, una característica capaz de perdurar en periodos ascendentes y descendentes del ciclo económico, con estados intervencionistas y neoliberales, modelos nacionalistas y globalizados, culturas arcaicas y posmodernas, pactos corporativos y neocorporativos. Más que la ausencia de igualdad, que indicaría la existencia de distintos grados de inserción en la sociedad política y en el mercado, lo que ocurre en la región es un fenómeno de exclusión, de persistencia de una esfera pública restringida que no incluye a una gran parte de la población” (Fleury, 2004: 133).

3.1 Relaciones de clase

La clase social desde la influencia marxista, es el concepto clave de la economía política del envejecimiento. Cuyas investigaciones se han orientado por un lado a las relaciones de producción, especialmente entre quienes son propietarios de los medios de producción y los que no lo son. Por otro lado, se han enfatizado los efectos de la política económica y las estructuras ideológicas en las relaciones de clase, algunos como Wright, se han centrado sobre el control, la propiedad y los recursos. Ante la contradicción del enfoque de la economía política del envejecimiento al enfocarse en las relaciones de producción en un momento en que los viejos tienden a desligarse de las relaciones productivas, ha conducido a la utilización del marco de referencia del curso de vida para evaluar las relaciones de clase de las personas mayores basándose en la clase previa a la jubilación. Lo que a su vez ha llevado a sostener que la ubicación económica y social de los viejos refleja no sólo las inequidades de clase en la vida temprana, sino también procesos únicos estructurados por las relaciones de edad. Así, deben ser tomadas en cuenta para valorar las estructuras de desigualdad en la vejez tanto la desigualdad basada en la clase previa a la jubilación con visión de curso de vida como las desigualdades basadas en la edad, que vienen con el retiro. Hacerlo significa tomar en cuenta las relaciones de distribución del Estado (McMullin, 2000). Sin embargo, hay que tomar en cuenta que en el país el proporción de personas

mayores que obtienen una pensión por jubilación es mucho menor que en otros países, por lo que se continúa trabajando muchas veces en trabajos informales o precarios y tiempo parcial.

Para algunos sociólogos de la economía política aplicada a la gerontología social, la vejez es una construcción social en su dimensión material e ideológica. A partir de una comprensión materialista de las estructuras y relaciones sociales sostienen que la vejez no puede comprenderse aisladamente del conjunto de los procesos y estructuras que configuran la sociedad industrial. Ya que los posibles modos de experimentar la vejez son creados y sostenidos dentro de la esfera social del capitalismo industrial, con un papel fundamental de las relaciones económicas. Dentro de esta tradición se enlaza la jubilación con la tercera edad, y dentro de este grupo se examinan las relaciones sociales relacionadas con las clases y el género, a las que se ha añadido las divisiones raciales, étnicas y culturales y los patrones de consumo diferenciales entre grupos. Sin embargo, parte de lo anteriormente planteado es cuestionado al abordarse la relación entre segunda modernidad y vejez, al señalar que la segunda modernidad enfocada en la reflexividad y la desinstitucionalización ha reemplazado a los cursos de vida más ordenados y estratificados de la modernidad clásica. En la segunda modernidad se busca legitimar un estilo de vida de consumidor igual a aquel vivido en etapas más tempranas, buscando integrar la vejez con la etapa adulta. Se considera que mientras en la primera modernidad la clase social en que se nace determina el acceso a bienes materiales y prácticas culturales que lo fortalecen a través de dominios públicos, comunales y domésticos, y mientras los Estados de Bienestar de la socialdemocracia influían en la reducción de la variabilidad de resultados a través del curso de vida, en la segunda modernidad, esta influencia se modifica por presiones de instituciones globales y corporaciones transnacionales. En el curso de vida posmoderno las divisiones de educación, trabajo, matrimonio y retiro se permean y se sostiene que no es posible asignar a la gente en retiro una categoría de clase distintiva, residual, de flotación – libre o cualquier otra. La variedad de posiciones que pueden tener aquellos que arriban al final de la vida en relación a la economía se multiplican como resultado de la diversificación de las historias individuales, el declive de la adscripción burocrática mediada por el Estado y la globalización de la economía (Kehl y Fernández, 2001). Sin embargo, si el final de la vida es crecientemente una amalgama diferenciada de posiciones

de clase, es también verdad que no es una arena marginal de la clase social (Higgs y Gilleard, 2006: 227-35).

La edad entendida como campo social, es introyectada en la realidad del habitus. Al interior de las especificidades del habitus -habitus de clase social- el habitus de la edad, se constituye en la práctica social del individuo habitante del campo de la edad en dos subcampos: El subcampo de la longevidad y el subcampo de las clases de edad. En este último, el habitus de la edad introyecta en los individuos el ordenamiento y distribución que la sociedad realiza de los individuos en función de sus edades calendario adosadas a un conjunto de prohibiciones y de permisividades sociales y culturales reconocidas y legitimadas por los mecanismos de dominación de clase. Las prácticas sociales generadas por clases de edad diversificadas, introyectan habitus de edad en los sujetos que les permite reconocerse en ellas como una parte de sus respectivas identidades. Las primeras cristalizaciones históricas del campo de la edad corresponden a las clases de edad, que se refiere a una relación de dominantes y dominados. Estas enclasan a los sujetos, los clasifican en agentes marcados, diferentes, tanto por sus edades biológicas como por sus edades sociales. Cada sujeto introyecta sus habitus de edad en la medida en que participa en los procesos históricos de construcción de las clases de edad. En estos últimos es observable dinámicas sociales en las que los adultos ordenan el funcionamiento social de acuerdo a las divisiones culturales de las edades que distinguen las clases dominantes de una cultura dada en un período histórico dado. En el subcampo de las clases de edad, los agentes que intervienen con mayor fuerza en su establecimiento forman parte del estamento burocrático. Es el Estado el que de manera legitimada tanto política como socialmente, en especial a través de su ordenamiento jurídico y educacional, implanta las estructuras que habrán de informar los habitus de las distintas clases de edad.

Las regulaciones etarias existentes para el retiro programado y legitimado del mercado de trabajo de los adultos -prácticas sociales jubilatorias- señalan la frontera de una nueva clase de edad: la adultez mayor. En el habitus de la adultez mayor la clase de edad es el resultado de procesos históricos que han derivado en la disminución creciente de las tasas de la mortalidad adulta y de los desarrollos de los estados de bienestar europeos que determinaron la desvinculación del aparato productivo del capital monetario del segmento más envejecido de los adultos, generalizándose después como un derecho de la clase

trabajadora envejecida. En este contexto configurativo de uno de los subcampos de la edad, el de las clases de edad, los sujetos construyen sus hábitos de edad y por lo mismo sus prácticas sociales individuales tenderán a conformarse dentro de estas fronteras etarias (Ríos, 2008: 21-31).

La clase social es un elemento de diferenciación que implica a los viejos, aunque hay ancianos en buena situación económica, la pobreza relativa continúa prevaleciendo entre ellos. Las personas mayores no sólo tienen más probabilidades de ser pobres que sus conciudadanos más jóvenes, sino que la pobreza se halla normalmente asociada también con el género y con el aumento de la edad. La posición de diferentes grupos de gente mayor en la estructura de clases depende, además de los ingresos, de su disposición sobre otros recursos como ahorros, intereses del capital, vivienda, beneficios de empleo y servicios sociales. La situación de desigualdad y pobreza de la tercera edad en los países industriales avanzados muestra importantes diferencias, de acuerdo con los resultados de un estudio comparativo realizado por Hedström y Ringen (citado en: Kehl y Fernández, 2001), globalmente los países nórdicos con un Estado del Bienestar colectivista, muestran niveles más bajos de desigualdad y pobreza (tanto entre los diferentes grupos de gente mayor como entre éstos y el resto de la sociedad) que los Estados Unidos con su Estado del Bienestar residual y claro predominio del sector privado, ocupando una posición intermedia las economías liberales mixtas como Alemania y Canadá. Inglaterra aparece en la peor situación entre los países estudiados.

Vejez, necesidades, calidad de vida y salud

Parafraseando a Magally Huggins (2005), las necesidades de los seres humanos variarán según en que momento del curso de vida se encuentren y a las responsabilidades que de acuerdo con el curso de vida son establecidas por sus condiciones de clase, étnicas y las pautas de género. Lo que implica ir más allá de las diferencias biológicas al abordar la vejez. La calidad de vida, salud y necesidades sociales durante la vejez, tienen una alta probabilidad de extenderse intergeneracionalmente a partir de su pertenencia a una clase social, a un grupo étnico o familiar. El concepto de clase como condición colectiva permite caracterizar la distribución de poder y oportunidades de calidad de vida entre grupos

sociales y territorios¹⁷ (D'Elia y cols, 2002: 25). Para responder a las necesidades sociales en la vejez en un contexto social e histórico determinado, a través de estrategias de calidad de vida deben proponerse no sólo superar el daño inmediato que las brechas de inequidad de clase (y también de género y étnicas) producen en los seres humanos, sino que desde una concepción del curso de vida debe proyectar sus acciones a fin de disminuir el impacto que esa situación inequitativa haya producido y pueda continuar produciendo en la salud a fin de potenciar la autonomía desde los primeros años hasta el final de la vejez (Huggins, 2005: 61). En un análisis de la salud en la vejez según clase social y género se muestra un cierto gradiente social (no importa la sociedad) en la prevalencia de problemas que limitan la actividad habitual, en la necesidad de ayuda para todo tipo de actividades (por dependencia), y una percepción negativa de su estado de salud, presentando mayor frecuencia los grupos más desfavorecidos (Gonzalo y Pasarín, 2004: 77-78).

3.2 Las relaciones de género

Magally Huggins (2005: 20), se refiere al género como “una construcción social e histórica de los contenidos simbólicos de lo femenino y lo masculino en articulación con la clase social, etnia, raza, grupos de edad, a partir de las diferencias biológicas de los sexos”. El género o enfoque de género es intersubjetivo, relacional en sentido asimétrico e histórico y lleva en su interior un carácter normativo o moral. La valoración asimétrica y la relación de poder que establece la jerarquía entre los hombres y las mujeres, y por ende entre las funciones sociales de ambos, define la desigualdad en las relaciones de poder, haciendo de la diferencia una discriminación y de la dominación/ subordinación una forma de vida (Huggins, 2005: 33-4).

El género referido a la construcción social de la diferencia organizada alrededor del sexo biológico, puede ser interpretado como una característica estructural de la vida social; los hechos estructurales de la desigualdad de género hacen énfasis en como diversas instituciones sociales tales como los estados, familias y mercados laborales son “genéricos”, donde las mujeres y hombres tienen experiencias y oportunidades diferentes. Por lo que el género como estructura social es una característica organizativa central de la

¹⁷ Los territorios sociales son concebidos como los espacios donde se desenvuelven y expresan espacialmente las condiciones de vida y salud de la gente, donde se desarrolla la producción y reproducción sociales. En el territorio el espacio de la calidad de vida y salud de los viejos corresponde no a los servicios, sino a sus modos de vida (Huggins, 2005: 53).

vida social, que se expresa a partir de patrones de género manifestados a través de la interacción social y definen oportunidades y constricciones o ventajas y desventajas, a través de las actividades productivas, distributivas y reproductivas, que como procesos fundamentales de la vida social son estructurados por las intersecciones de las relaciones de clase, género, edad y etnia. El género como relación social estructural profunda subyace a todas las actividades de la vida diaria y se refiere a las diferencias socialmente construidas que refuerzan la desigualdad sobre la membresía en una categoría sexual particular. Una comprensión relacional del género basada en hechos estructurales, se enfoca sobre como la opresión está implícita en las relaciones entre mujeres, entre hombres y entre mujeres y hombres. Como la clase social, la opresión es una característica organizativa de las relaciones de género. Advirtiéndose que para las relaciones de género, la opresión material se extiende para incluir todos los tipos de opresión¹⁸ (McMullin, 2004).

El enfoque de género en salud por ser relacional, trasciende el campo de la salud de las mujeres, e incluye a los hombres como elemento esencial en las relaciones de poder y desigualdad que afectan a la salud de todos, tanto hombres como mujeres. El estudio de los determinantes sociales permite entender las desigualdades sociales en salud según el género. Se puede sostener, que la salud de las mujeres y los hombres es tanto diferente como desigual: diferente porque existen factores de tipo biológico (sistemas genitourinarios distintos y diferencias genéticas, hormonales y metabólicas) que tienen distintas implicaciones en la salud; desigual porque hay factores sociales que establecen diferencias injustas y evitables en la salud de los hombres y las mujeres (Borrell, García-Calvente y Martí-Boscá, 2004: 3).

De esta manera las diferencias biológicas se convierten en el sustento y justificación de las inequidades de género haciendo que las necesidades diferentes de hombres y mujeres sean consideradas como desigualdades. De allí que enfrenten formas asimétricas de calidad de vida y salud, expresadas en perfiles diferenciales de salud y enfermedad que incluyen además de las diferencias biológicas, las diferencias ligadas al género o brechas de género. Las brechas de género son entendidas, como las diferencias que exhiben los sexos en

¹⁸ La opresión ocurre si 1) el bienestar de un grupo de personas depende de la privación de otro; 2) la privación de un grupo oprimido depende de la exclusión del grupo oprimido del acceso a los recursos, recompensas y privilegios. En este sentido, la opresión de género puede ser tanto material como no-material, y puede tomar lugar en varios escenarios, incluyendo familias, mercados de trabajo, estados, y los sistemas de educación y salud (McMullin 2004).

términos de oportunidades, acceso y uso de los recursos que le permiten garantizar su bienestar y desarrollo humano (D'Elia y cols, 2002: 27-8; Maingon y D'Elia, 2006).

Género y calidad de vida

El enfoque de género es un modelo y una práctica de inclusión participativa de los actores socialmente construidos como hombres y mujeres, con derechos y deberes, tendiente a la igualdad en el acceso al poder en sus múltiples expresiones, a partir del reconocimiento de las discriminaciones e injusticias que, por estar adscrito a un género u otro, impiden el disfrute de una calidad de vida digna para todos y todas. Lo que va ligado a la profundización de la democracia que al mismo tiempo requiere entre otras cosas, la incorporación de la perspectiva de género. Lo que involucra reconocer que la calidad de vida descansa sobre el ejercicio real de una mayor autonomía individual socialmente vinculada e implica que la ciudadanía es parte activa de este proceso para alcanzar una calidad de vida satisfactoria para la población de un determinado país, es decir, que la participación es pivote de esta visión del desarrollo humano. Y que un elemento fundamental del concepto de calidad de vida, en el campo de las políticas públicas está asociado con dar respuestas a las necesidades humanas y sociales y que las mujeres y hombres de diferentes sectores sociales y grupos de edad, son portadores de necesidades que se diferencian tanto por los procesos biológicos que atraviesan los seres humanos a través de la vida, como por las distintas posiciones y papeles que juegan en la sociedad y las expectativas, derechos y responsabilidades excluyentes que se plantean para ambos. Que estos los llevan a procesos de identificación, de roles y posiciones diferentes y los exponen de manera diferencial a riesgos de enfermedad y muerte. Todos estos elementos condicionan la forma de vivir, enfermar y morir, así como se relacionan los seres sexuados entre ellos y con su salud (Huggins, 2005: 47- 66).

Género y necesidades sociales

De acuerdo a lo anterior, se ha considerado que la calidad de vida no es la misma para los hombres que para las mujeres, cualquiera que sea su edad, las necesidades percibidas por hombres y mujeres no serán iguales. Las situaciones que actúan en desmedro de la calidad de vida, están influenciadas por las expectativas que el género establece para cada uno y por las resistencias que mujeres y hombres enfrentan a tales expectativas. El género es un contenido fundamental para entender la calidad de vida como producto de la interacción de

los procesos orgánicos, psicológicos, socioeconómicos y culturales, así como de las relaciones de mujeres y hombres en su vida cotidiana, porque permite ver cómo las diferencias entre las mujeres y los hombres se convierten en discriminaciones que establecen brechas en la forma de vivir y en el acceso a la calidad de vida y la salud. En el reconocimiento de las necesidades visibles y no visibilizadas, es importante considerar las diferentes etapas del ciclo de vida (infancia, adolescencia, adultez y ancianidad) de mujeres y hombres, pues las necesidades variarán según en que momento del ciclo se encuentra la persona y a las responsabilidades que, de acuerdo con el ciclo de vida son establecidas por las pautas de género y por sus condiciones socioeconómicas y/o étnicas (Huggins, 2005).

Articulación: género, clase, etnia, ciclo de vida

El carácter relacional del género implica que es una categoría vinculada a otras fundamentales como clase y etnia. La categoría género explica sólo parte de una problemática pero no la abarca de manera comprensiva si no la relacionamos permanentemente con las otras categorías que permiten entender la compleja dinámica social. Las categorías género, clase y etnia entre otras, deben ser trabajadas de manera conjunta para poder entender la realidad de cualquier sociedad. A partir de aquí pueden establecerse otras relaciones importantes como género/clase y grupo étnico, urbano y rural, por ejemplo. Pero entre ellas la relación establecida no es una simple sumatoria de las características que cada categoría aporta, sino una relación de articulación. En esta articulación los estudios de género evidencian que hay que reconocer que existen otras relaciones sociales que median la manera en que la diferencia biológica se traduce en desigualdad de género. No cabe duda de que la clase es un actor importante, junto con otras formas de desigualdad social, cuya significación es específica del contexto. Empíricamente, clase y género tienen tendencia a constituirse mutuamente ya que las diferencias biológicas siempre son actuadas en el contexto de desigualdades sociales. Lo mismo sucede con la articulación con la categoría etnia, donde la pertenencia a una etnia (o a una raza) se ha convertido históricamente en un elemento de segregación y discriminación social ubicando a las personas en condiciones que expropián los derechos fundamentales, oportunidades y libertades de los seres humanos, estableciendo una asimetría que no excluye la asimetría de género entre las mujeres y los hombres de estas pertenencias étnicas, entre ellos y en su relación con las otras culturas. (Huggins, 2005: 35-7). Las identidades y relaciones de

género, clase, étnicas, etáreas, se entretajan en un sustrato cultural (Huenchuán y Toledo, 1999: 28).

Género y vejez

Reconocer la implicación del género y la edad puede contribuir a incrementar la comprensión de las mujeres y los hombres mayores y aceptar que el envejecimiento femenino es diferente al masculino (Schkolnik y Huenchuan, 2007), e incorporar la edad a la teoría feminista supone interpretar que las mujeres viejas asumen un doble riesgo, por su género y su edad (Huenchuan y Toledo, 1999: 28).

Conjugar la edad con otras diferencias sociales tales como el género, la clase social y la etnia, condicionarán la forma de vivir la vejez, de acuerdo al acceso y goce de recursos y estructuras de oportunidades individuales y generacionales a las que están expuestas las personas en el transcurso de su vida, según su condición y posición en la sociedad. La construcción social del género no es la misma en todas las etapas del ciclo de vida como tampoco lo es el paso del tiempo expresado en la edad cronológica, fisiológica y social para hombres y mujeres. El aspecto fundamental de esta conexión es comprender como se relacionan la edad y el género con la distribución del poder, privilegios y bienestar en la sociedad (CEPAL, 2004: 24).

Al mismo tiempo, el nivel de bienestar de las mujeres y los hombres en la vejez es resultado de la trayectoria de vida que siguieron, así como del contexto social, económico e institucional que los rodeó. De acuerdo con esto, los hombres y las mujeres en la vejez se encuentran en diferentes estados de vulnerabilidad de acuerdo con el rol social y cultural y el nivel de protección institucional que la sociedad les otorga. En México, se da una gran división entre las funciones tradicionales de hombres y mujeres de las cohortes que están actualmente en edad avanzada, y sus consecuencias constituyen la problemática del género en la vejez. Las mujeres se encuentran vulnerables por su relativamente bajo nivel educativo, poca participación en actividades económicas a lo largo de su vida, falta de la pareja durante la vejez y la pérdida económica y de protección institucional que ello puede representar. Para los hombres, la trayectoria de vida en general se resume como de alta participación en actividades económicas, relativamente poca interacción con una red social y familiar, y poca familiaridad con el sistema de salud. Estas dos trayectorias implican una problemática diferente para ambos sexos en la vejez, por lo que las acciones públicas deben

dirigirse a hombres y mujeres con énfasis diferentes (Salgado-de Snyder y Wong, 2007). Algunos estudios de género en la vejez enfatizan la posición desventajosa de la mujer en la vejez en relación a sus pensiones, estado de salud y acceso a cuidado. Pero menos atención se ha prestado a las ventajas de algunas ancianas con respecto a varones viejos; entre otras se ha mostrado que Las amistades son particularmente importantes en las mujeres viejas. Los roles de género en las mujeres viejas facilita su habilidad de desarrollar y sostener una amplia red de relaciones de amistad en relación con los hombres (Arber, 1996: 557). Se observa que las mujeres pueden buscar vínculos con mujeres en la misma situación mientras que los hombres no (Arber & Cooper, 1999). Al examinar la diferencia en salud entre hombres y mujeres ancianos en Gran Bretaña, Arber y Cooper, encuentran que las diferencias de género originales en la auto-evaluación de la salud en que las mujeres se evaluaban con peor estado de salud se debe principalmente a una edad promedio mayor que la de los viejos y debido a que ellas ocuparon posiciones menores que los hombres en la estructura de clase mientras trabajaban (1999: 74). Finalmente la calidad de vida, la salud y las necesidades sociales en la vejez se deben a un proceso que se desarrolla durante el curso de vida de cada persona de acuerdo con las condiciones de vida en las que se desenvuelve y que no desaparecen de una etapa a la otra, teniendo una alta probabilidad de extenderse intergeneracionalmente, al ubicarse los seres humanos en su pertenencia a un grupo familiar, clase social o grupo étnico (Huggins, 2005).

3.3 Relaciones étnicas

Tanto raza como etnicidad han sido históricamente estructuras significativas de desigualdad en muchas naciones. McMullin retoma a Weber para explicar que la exclusión social es un concepto crucial sobre la desigualdad basada en la etnicidad. La etnicidad es socialmente construida, ya que las creencias acerca de las diferencias de grupo sirven para excluir individuos de ciertas asociaciones mientras lo incluyen en otras (McMullin, 2004: 64). La definición de etnicidad se refiere a una dinámica de inclusión o exclusión del grupo y McMullin analiza como ciertos grupos étnicos están socialmente en desventaja comparados con otros grupos étnicos. Los grupos minoritarios y raciales encaran discriminación, dominación y desigualdad en los procesos de producción, reproducción y distribución estructurados por relaciones raciales y étnicas. Una comprensión relacional de la raza y

etnicidad se enfoca en como la opresión esta implicada en la relaciones entre diversos grupos minoritarios étnicos y raciales. La ideología es un aspecto central en las relaciones etno raciales, la ideología comprende, ideas de inferioridad étnica y racial y actitudes hacia la inclusión o segregación. En las teorías de la desigualdad, la ideología es importante para extender lo que sirve para reproducir las recompensas y privilegios de ciertos grupos en relación a otros. Por lo tanto, cuando la ideología es usada para legitimar la posición inferior de miembros de grupos minoritarios étnicos o raciales en jerarquías sociales, llega a ser un aspecto central en estudios de desigualdad. La ideología constituye un sistema de ideas y creencias (sexismo, racismo, ageismo, individualismo, elitismo,) que son dialécticamente interconectadas con otras y con las estructuras de género, clase, edad, raza y etnicidad (2004: 78).

Tanto la raza como los factores étnicos son construcciones sociales y culturales; pero su diferencia estriba en que el primero se construye -sobre todo- a partir de características fenotípicas mientras que el otro se vincula a la identidad étnica¹⁹ (Bello y Rangel, 2000: 8). La diferenciación entre raza y etnia “se justifica sólo para facilitar el abordaje metodológico. Desde esta perspectiva, raza se utiliza para identificar los rasgos biológicos que diferencian a los grupos humanos (color de la piel y estatura, tipo de cabello y otros) y el de etnia se refiere a factores de orden cultural y religioso que permiten visualizar la existencia de un pueblo y a veces de una nación. En este sentido, la raza es una categorización de individuos según un rasgo físico (blancos, negros, amarillos, pardos, etc.) mientras que la etnicidad es una identificación de grupos humanos (maya, mayo etc.) y no una caracterización del individuo” (Torres, 2001: 199).

La etnicidad implica la construcción de una conciencia colectiva que cambia con el tiempo. Se construye a partir de elementos que el grupo comparte, como los mitos, ancestros u orígenes comunes, la religión, el territorio, las memorias de un pasado colectivo, el vestir, el lenguaje, e incluso rasgos físicos como el color de la piel y permite dividir a la sociedad en grupos con identidades propias y diferenciadas, en torno a elementos seleccionados o “marcas étnicas” aleatorias, como son el territorio o las tierras de origen, un dialecto o

¹⁹ La identidad étnica se sustenta no sólo en las características fenotípicas y sus significaciones sino que, además, se relaciona con un conjunto de “atributos” que una sociedad o comunidad étnica comparte de manera colectiva y de una generación a otra (un gentilicio, un mito de origen común, elementos de cultura colectiva de carácter diferenciador, una asociación con una “patria” específica y un sentido de solidaridad hacia sectores significativos de la población) (Smith (1997; en: Bello y Rangel, 2000)

rasgos físicos. Un grupo genera solidaridad entre sus miembros mediante la construcción de su etnicidad (Torres, 2001: 199-200). Una etnia es un grupo humano diferenciado (a partir de marcas étnicas) que habita en un espacio geográfico, posee características culturales propias y una historia común (Rivera, Vidal y Bazó, 2002).

Por otra parte Fabiana del Popolo siguiendo a Stavenhagen, refiere que un grupo étnico puede ser definido como una colectividad que se auto-identifica y la identifican los demás por medio de algunos elementos particulares (2008). Las características culturales y sociales propias de un grupo étnico, con sus “marcas étnicas” generan diferenciales en las condiciones de vida y el acceso a recursos de atención, operando a través de conductas, creencias, estereotipos y prejuicios que tienen de base la discriminación²⁰, el racismo²¹, la segregación²² y el aislamiento de grupos o minorías étnicas (Rivera, Vidal y Bazó, 2002). Finalmente hay que señalar que la progresiva actualización del concepto etnia / raza ha permitido incluir a los pueblos indígenas que tradicionalmente se autodefinieron como étnicos/raciales y a otros grupos como los afrodescendientes, los migrantes y los pueblos rom (gitanos) (Torres-Parodi y Bolis, 2007).

Etnia, cultura y salud en la vejez: su intersección con otras estructuras de desigualdad

La gerontología transcultural se refiere al estudio de como las características socioculturales definen y modulan la experiencia del envejecimiento, en la cual se pueden identificar cuatro áreas con temas específicos: 1) la antropología que indaga el papel que juega la cultura en modelar la experiencia del envejecimiento; 2) la etno-gerontología cuyo objeto primario es ayudar a comprender la relación entre etnicidad y vejez; 3) la

²⁰ Discriminación. El orden social representa una determinada correlación de fuerza entre segmentos de la sociedad con intereses divergentes o contrarios, que se relacionan con la propiedad de la tierra, los derechos de sucesión, la circulación del capital, las tecnologías de producción y la productividad del trabajo. Los conflictos de intereses se traducen frecuentemente en intolerancia social y dan lugar a la discriminación, que opera a través del estigma asociando determinados rasgos del carácter o del comportamiento, como la agresividad, la pasividad, la indolencia, etc., con características fenotípicas como el color de la piel, la estatura o el tipo de cabello (33, 35). La discriminación se pone de manifiesto a través de comportamientos sociales de diferente naturaleza y alcance, como la segregación y la asimilación, que pueden tener lugar en el plano público o privado. (Torres, 2001, p 200)

²¹ Racismo. Esta forma de discriminación contra grupos o individuos, que se basa en la idea de la inferioridad, tiende a diferenciar de manera negativa a los grupos minoritarios o a menoscabar sus intereses. 1.7 Puede ser institucional o individual. El racismo está relacionado con ideas preconcebidas, estereotipos y prejuicios sociales sin fundamento racional o científico. Aunque invisible, a veces forma parte de las creencias y escala de valores de las sociedades o comunidades (Torres, 2001, p 200).

²² Segregación. Este término denomina la exclusión de un grupo minoritario del seno de la sociedad. Puede expresarse en la separación espacial y laboral que representan los guetos, la esclavitud o el apartheid y es consecuencia de una lucha de poder desigual por la obtención de recursos. Las minorías permanecen apartadas y conservan su estilo de vida tradicional sin alcanzar plena participación. Cuando se pierden aquellos rasgos culturales necesarios para organizar y enfrentar los procesos de cambio y de choque cultural, sin haberlos reemplazado por los de la sociedad dominante o mayor, ocurren la marginación, la pérdida de identidad y la alienación. (Torres, 2001, p 200).

gerontología de las minorías que indaga la vejez en las minorías y 4) las investigaciones gerontológicas relacionadas con la migración en la vejez (Torres, 1999: 33-4). La consideración de la etnicidad como factor que afecta la vejez trae la cuestión de la variación sociocultural. La etnicidad es comúnmente entendida como diferenciación social derivada de criterios culturales. El estudio del envejecimiento étnico requiere a su vez, el estudio de las minorías. En este contexto han surgido en la literatura sobre etnicidad y vejez dos temas que parecen contradictorios. El primero que relaciona la membresía a grupos minoritarios en el contexto de desigualdad estructural con la intensificación del problema del envejecimiento. El otro tema puntualiza los beneficios y recursos de aquellos viejos que permanecen apegados a una identidad o subcultura étnica. Sin embargo, numerosos estudios han demostrado repetidamente, que en términos de ingresos, calidad del hogar, educación y tasas de enfermedades crónicas, la minoría envejecida encuentra condiciones más difíciles que las mayorías. Aunque no se contradicen lógicamente, si tiene implicaciones en las políticas sociales. La etnicidad como deprivación llamaría a fortalecer los recursos federales y estatales para sobrellevar los déficit a lo largo de la vida, mientras que la etnicidad entendida como compensación o recurso conduciría quizá a racionalizar los recursos hacia a estos grupos. La literatura que aborda la etnicidad como recurso tiende a ser muy optimista especialmente en el área de apoyos sociales informales y redes familias de intercambio (Sokolovsky, 1985: 7-8).

Por su parte Huenchuan y Toledo (1999) identifican cuatro enfoques teóricos sobre envejecimiento: el biológico, psicológico, sociológico y cultural; nutriéndose de disciplinas como la biología, psicología, sociología y antropología y de diversas teorías sustantivas. Cada uno de estos enfoques entiende explícita o implícitamente el concepto de etnia y/o raza de manera diferente (al igual que el género como la otra categoría de fondo cultural) conduciendo a diferentes tipos de políticas públicas dirigidas a la vejez, como las políticas de fomento de la autonomía (fisiológica); políticas de integración social, Políticas de integración económica-social y políticas de derechos. El enfoque biológico se nutre entre otras, de la teoría del desgaste natural y del envejecimiento programado, en los que se consideran las diferencias de sexo y no de género y el aspecto racial y no el étnico. Este enfoque busca definir la pérdida de capacidades fisiológicas en la vejez, con la consecuencia de que las políticas de vejez estén destinadas fundamentalmente al fomento

de la autonomía e independencia. El enfoque psicológico se alimenta a su vez por tres teorías: teoría de la actividad, teoría psicosocial del Yo y teoría de la desvinculación, las que tratan de incorporar el sexo a la manera en que los viejos y viejas se adaptan a los cambios producidos por la edad y no consideran el género ni la etnia en su análisis de la vejez. Este enfoque busca definir la des-adaptación del individuo a los cambios que ocurren en la vejez con la consecuencias de que las políticas que parten de este enfoque son políticas de integración social que buscan prevenir y resolver la crisis de esta última etapa de la vida de forma satisfactoria. El enfoque social del envejecimiento se sustenta en tres teorías: Teoría funcionalista del envejecimiento, teoría económica del envejecimiento y teoría de la dependencia estructurada del envejecimiento, teorías que a pesar de centrarse en los individuos, relacionan la situación de los viejos con las condiciones y oportunidades que le ofrece la sociedad a las personas de edad. Pero como señalan las investigadoras feministas la sociología del envejecimiento no ha podido conceptualizar adecuadamente las relaciones de género y el envejecimiento, este enfoque sólo incorpora el sexo en los estudios y comprensión de la vejez, tratando de develar las posibles semejanzas y diferencias de mujeres y hombres en edad avanzada, tampoco logra incorporar la raza de los sujetos que le preocupan, menos aún analiza la situación de los viejos en función de su pertenencia étnica. La definición de la cuestión en este enfoque es el empeoramiento de las condiciones de vida en la vejez producto de que la sociedad no ofrece oportunidades para los viejos. Las consecuencias para las políticas de vejez es que estas se definen, básicamente, como políticas de integración económica-social. Por último el enfoque cultural del envejecimiento se sustenta en la cultura de la vejez. Al igual que el enfoque social del envejecimiento, incorpora la relación que existe entre los individuos de edad y la sociedad, ésta última considerada a partir de la influencia del ethos particular de cada una en la constitución de la vejez. Incorpora en el estudio e interpretación de la vejez, las categorías de género y etnia. Esto ya que parte de una definición de la vejez bajo el concepto de edad social. En este enfoque pocas dudas caben sobre la constitución social de los seres humanos. Tampoco suelen surgir dudas en torno a la capacidad de los distintos grupos humanos para asignar papeles diferentes a sus miembros según la edad cronológica y el sexo de los mismos. Su preocupación fundamental es la constitución de los viejos y viejas como sujetos, y en especial de sujetos de derechos, para efectos de las políticas que

aborden los problemas de esta etapa de la vida. El tipo de políticas a las que da origen este enfoque son políticas de derechos en la vejez (Huenchuan y Toledo, 1999: 44-9). Un modelo cultural de la vejez reconoce que la vejez es marcada por modelos culturales en cada sociedad, pudiéndose identificar una forma de ancianidad en las sociedades cazadoras-recolectoras, otra que corresponde a las sociedades agrícolas y ganaderas y otra forma de ancianidad correspondiente a las sociedades urbanas industrializadas e incluso en las formas post-industriales (Fericgla, 2002: 65-76).

Desde el punto de vista de la vejez, la etnia es un concepto cultural relacionado con las formas de parentesco, la economía, capacidades de auto manutención, determinados modelos de conducta, entre otros ámbitos culturales y sociales y que incluye la salud (Huenchuan, 2003), mientras que la pertenencia étnica se mantiene a lo largo de la vida afectando la vejez (Huenchuan y Toledo, 1999). En cuanto a las diferencias étnicas y su vinculación con el envejecimiento implica considerar la heterogeneidad de las personas mayores y su contexto sociocultural (Schkolnik y Huenchuan, 2007: 22). Los viejos y viejas en las poblaciones indígenas son diversos y la investigación debería proceder a captar la forma de variación que se produce dentro de las diversas comunidades étnicas (Huenchuan y Toledo, 1999: 31).

La articulación de la edad y pertenencia étnica (y el género) pueden operar para aumentar la difícil situación de los viejos/as de culturas distintas. Además, ya que los grupos étnicos suelen tener una alta proporción de personas en condiciones de pobreza, las personas mayores de estos grupos, pueden de hecho enfrentarse a una triple o cuádruple dificultad (Huenchuan y Toledo, 1999: 31). La integración de estas dos categorías define una vejez en la que se entrelazan diferencias de género y distinciones étnicas inseparables. De una noción de vejez percibida nada más a partir de la edad, emerge uno múltiple atravesado por la pluralidad (Schkolnik y Huenchuan, 2007: 21-2). En grupos indígenas como los zoques en Chiapas, el proceso de envejecimiento poblacional, con el incremento de viejos y viejas, ha generado enfrentamientos entre generaciones por el control del poder político en la comunidad propiciando una transición gerontocrática hacia los jóvenes, con repercusiones para el cuidado y atención de los viejos en la decrepitud (Reyes, 2002: 239-40).

Si se quieren reconocer los procesos particulares de salud en la vejez, la categoría especificadora es la edad, la cual se tiene que relacionar con la etnia y el género y éstas con

la base económica, que rigen la reproducción social (Breilh, 2003: 217- 222). Además de las diferencias por clase, existen sustanciales contrastes entre modos y estilos de vida entre miembros de distintos grupos etnoculturales. Por lo que la hay una interdependencia entre fuentes de inequidad, que también incluye la subordinación étnica. La etnia como diferenciador de la salud, junto con la clase, género y generaciones forman parte de un sistema de poder que las define y que moldea los modos y estilos de vida, característicos de esos grupos. En cada contexto social debe especificarse la manera en que una estructura de clases sociales se recrea, refuerza o reproduce en relación con otras fuentes de inequidad como las étnicas (o de género) y determina el modo de desarrollo de procesos patológicos y protectores (Breilh, 2003: 217-35). En torno a la calidad de vida en la vejez hay que tomar en cuenta que las necesidades en esta etapa como a largo del curso de vida en parte son establecidas por sus condiciones étnicas, además de las socioeconómicas y las pautas de género, exponiendo de manera diferencial a las personas al riesgo de enfermarse o morir (Huggins, 2005: 67). Existen disparidades en salud debido a la pertenencia a una raza o minoría étnica, así se presenta un exceso en muertes, morbilidad y discapacidad en la vejez, además de menor acceso y calidad del cuidado a la salud, asociadas a ello (Johnson y Smith, 2002).

Desde la visión de las nociones de etnia y género, envejecer satisfactoriamente y con calidad de vida debe ajustarse conceptualmente más allá de lo definido por valores occidentales aplicados universalmente. La representación de la vejez como deficiencia en la gerontología social contribuye a ignorar, por ejemplo, el potencial de las mujeres para transformar y resistir las constricciones sociales y económicas y su capacidad de agencia y empoderamiento. El concepto occidental de autonomía -en mujeres de diversos grupos étnicos- no está tan fuertemente ligado a la noción de calidad de vida y envejecimiento satisfactorio como se supone, tal vez se acerca más a la idea de interdependencia y una noción de agencia e identidad individual y colectiva compartidas (Wray, 2003; 517-25).

3.4 Edad y generación. Conceptos de vejez y significados de la edad

Generación

La generación hace referencia por un lado a las relaciones de parentesco a través de la cadena hijo-padre-abuelo, que al rebasar los límites de las relaciones familiares se ubica

en el plano de las dinámicas sociales, donde "distintos individuos, que en un mismo momento están expuestos a los mismos hechos históricos y sociales, los experimentan de formas diferentes en función a la edad" (Pérez Ortiz, 1997: 37). Es la edad y fecha de nacimiento el primer marcador de una generación, donde la vinculación entre los individuos es el dato biológico, que al alcanzar una mayor relación entre los individuos entendido como fenómeno social se pasa de la posición generacional a la conexión generacional y finalmente a la unidad generacional. En la posición generacional los individuos comparten un mismo entorno sociohistórico, mientras que la conexión generacional alude a una vinculación concreta de los individuos, hasta llegar a la unidad generacional donde factores externos de importancia colectiva fusionan las experiencias individuales en una unidad superior y en conjunto todas ellas configuran el fenómeno social de la comunidad de pertenencia a una generación (Aranibar, 2001).

Edad

La edad es importante tanto desde la perspectiva de los individuos y grupos, como desde la sociedad (Settersten, 2003: 19). Siguiendo a Pérez Ortiz (1997), la edad y la estructura social son dos dimensiones complementarias que reflejan la existencia material y conceptual de la vejez como un fenómeno social.

Por un lado, la edad es entendida como la variable ordenadora que permite comprender la vejez y por otro, la sociedad y sus reglas que imponen pautas de comportamiento y de conducta creando la vejez (Aranibar, 2001: 11).

Con base en Arber y Ginn (1996), para definir la vejez tomando en cuenta la edad como categoría ordenadora, es necesario distinguir diferentes significados de la edad y sus interrelaciones. Se han diferenciado tres tipos de significados de la edad, la edad cronológica, la edad social y la edad fisiológica, que se interrelacionan en un contexto social y cultural determinado. La edad cronológica, es esencialmente biológica y se refiere específicamente al calendario, es decir al número de años que la persona ha cumplido y las normas que definen las responsabilidades y privilegios de un sujeto de acuerdo con su edad (como la edad de jubilación) (Aranibar 2001: 19) y puede servir como un indicador grueso del estatus biológico, psicológico y social, (Settersten, 2003: 20).

A su vez, la vejez es una construcción social e histórica que posee el significado que el modelo cultural vigente da a los procesos biológicos que la caracterizan (Huenchuan, 2003:

14). La edad social, de acuerdo Arber y Ginn (1996) alude a las actitudes y conductas sociales que se consideran adecuadas para una determinada edad cronológica, las percepciones subjetivas (que tan viejo se siente el sujeto) y la edad atribuida (la edad que los otros atribuyen al sujeto) (en: Aranibar 2001: 19).

El tercer significado de la edad se refiere al envejecimiento fisiológico, el cual es a la vez estructural y funcional, es decir implica a los órganos y sus funciones; se produce en diversos niveles: molecular, celular, tisular y orgánico (Gutiérrez, 1994: 35) y es consecuencia de la interacción y sinergia de diversos procesos, que pueden inscribirse en una “red de teorías” (Kirkwood, 2005). Mecanismos como la acumulación de daños genéticos aleatorios limitan o afectan la formación o reparación del ADN, proteínas, carbohidratos y lípidos, que alteran el funcionamiento de las células, tejidos, órganos y sistemas, y por lo tanto incrementan la vulnerabilidad a la enfermedad, lo cual se asocia con las manifestaciones características del envejecimiento (Mendoza-Núñez, 2003). Tales cambios sin embargo surgen en diferentes momentos a lo largo de la vida²³.

Gutiérrez amplía los significados de la edad antes mencionados y hace énfasis en la relación entre la edad y estado funcional sosteniendo que en las distintas edades, el estado funcional constituye el reflejo más fiel de la integridad del individuo a lo largo del proceso de envejecimiento (1994: 35). Arber y Evandrou (1997: 22), señalan que la capacidad funcional es el mayor determinante respecto de si un individuo de cualquier edad permanecerá independiente, en lugar de permanecer dependiente de cuidadores. El proceso discapacitante explica el camino entre los factores de riesgo, la enfermedad, el deterioro del estado funcional y la discapacidad en la vejez (Lawrence y Jette, 1996).

Ser funcional como ya se mencionó es una condición para la mantener la independencia²⁴ en la vejez y evitar la dependencia. La “cual define la condición social de un sujeto incapaz de satisfacer sus necesidades por si mismo, quien pierde el control sobre la propia vida al grado de que no es capaz de cuidar de si mismo y es forzado a confiar en el cuidado de otros” (Kittay 1999; en: Robles, 2006). Tanto el envejecimiento como la enfermedad

²³ Así por ejemplo, la pérdida de masa ósea se inicia a los cincuenta años de edad en ambos sexos (Hayflick, 1996: 222-3) y en las mujeres equivale al 8% de masa o peso esquelético por década, perdiendo el 30% de su densidad mineral total a lo largo de la vida adulta, proceso que se intensifica en el periodo postmenopáusico por la pérdida súbita de estrógenos en la transición hacia la vejez (Medina, 2003: 100-3) y por la disminución del transporte intestinal de calcio a partir de los 70 años de edad (Reyes, 1998: 93-6).

²⁴ Arber y Ginn (1991) refieren que la sociedad funciona en términos de interdependencia, en la cual cada uno en diverso grado depende de otros. Un aspecto clave para la población que envejece es mantener la independencia por el mayor tiempo posible (Askham, 1989; en: Arber y Ginn, 1991, p 67).

crónica son eventos concomitantes, donde la enfermedad añade dependencia a la vejez porque como se señaló anteriormente produce incapacidades biológicas y funcionales, que poco a poco conducen a la muerte. De ahí que ambas condiciones o sólo la vejez producen una particular dependencia cuya expresión social es la pérdida de autonomía e incapacidad crecientes en términos sociales en un proceso por el cual el sujeto autónomo e independiente pleno que era en la adultez pasa a ser un sujeto dependiente al final de la vida (Robles, 2006: 145-6).

La edad es un parámetro para definir subetapas en la vejez. La más reconocida es la división en tercera edad y cuarta edad (Ham, 2003; en: Robles, 2006); la primera de los 60 a los 74 años de edad y la otra es después de los 75 años sin límite de edad. En la primera etapa, los individuos sufren mermas en sus condiciones físicas, roles sociales y actividad económica, pero todavía tienen una vida en condiciones aceptables de funcionalidad. En la cuarta edad hay pérdidas de capacidades importantes y significativas a causa de enfermedad con implicaciones serias en su autonomía e independencia. De hecho, la cuarta edad es una condición con mayores desventajas tanto biológicas como sociales, en comparación con la tercera edad (Robles, 2006; 147). Considerando la vejez como un proceso, Solís (1999) hace una distinción entre los ancianos que aún disfrutan de autonomía y aceptable estado funcional, y aquellos que han entrado a una condición de alto deterioro funcional, creciente dependencia y deterioro de la calidad de vida. La transición de un estado al otro desde el punto de vista funcional significaría el paso de la tercera a la cuarta edad, o de ser “viejo joven” a ser “viejo viejo” y transitar al último tramo del curso de vida. Esta transición relacionada al deterioro de la capacidad funcional y la autonomía, si bien se presenta en diferentes grupos de edad, las probabilidades se incrementan alrededor de los 75 años de edad. Lo anterior indica que por lo menos en la etapa de la vejez deben diferenciarse estos dos momentos para identificar las necesidades sociales que cada grupo requiere realizar (Solís, 1999: 60-2).

Robles (2006: 149), considera que esta división cronológica es útil pero insuficiente porque no siempre los niveles de dependencia se asocian a cierta edad. Sugiere una trayectoria construida con criterios funcionales entendidos como cambios en el grado de capacidad de llevar a cabo papeles sociales o mantener niveles de salud y bienestar y expresados en

niveles de dependencia e independencia, tratando de identificar sus necesidades biológicas y sociales para enfrentarlas con políticas que les den respuesta a lo largo la vejez.

Se puede considerar que la independencia funcional es sólo un prerequisite de la autonomía ya Kant mostró que para que los individuos actúen y sean responsables, deben poseer tanto capacidades mentales como físicas para llevarlas a cabo y de principio tener un cuerpo vivo y la competencia mental para deliberar y escoger, considerándose esta capacidad de elección como el más básico nivel de autonomía (Doyal y Gough, 1992: 53). La autonomía no viene dada, sino que se construye a lo largo de la vida. La autonomía significa “poder” para realizar las necesidades y ello implica la autorreflexión, la acción con otros y la posibilidad de decidir. Promover la calidad de vida implica un esfuerzo orientado tanto a impedir que haya pérdidas de autonomía como a desarrollarla (D’Elia y De Negri, 2006: 101) tanto en el plano funcional, socio-económico como político (Casallas y cols, 2007: 8-10).

Finalmente a los significados de la edad y vejez se añade otro, como el envejecimiento psíquico, que Gutiérrez (1994) relaciona principalmente con dos esferas: la cognoscitiva que afecta la manera de pensar y la psicoafectiva, que incide en la personalidad y el afecto (Gutiérrez, 1994: 35). Se ha observado que el declive de algunos parámetros en las funciones cognitivas, como la inteligencia fluida y algunas de las funciones de la memoria, son afectadas por la edad. También es sabido que la tristeza y las condiciones depresivas se incrementan en la vejez, especialmente en aquellos con un reducido apoyo familiar (Fernández-Ballesteros, Caprara y García 2005: 5).

Edad, estructura social y desigualdad

Más allá de características individuales como la natural disminución de las capacidades físicas y mentales en la vejez, otras teorías y enfoques abordan la relación entre edad y estructura social. A continuación se revisa la mirada de la estratificación por edad y la economía política sobre la edad y su relación con inequidad/desigualdad.

Los investigadores de la estratificación por edad encabezado entre otros por Riley y colaboradores, sostienen que las personas y roles están diferenciados por una estructura de edad, cuyos elementos son las cohortes, los estratos de edad, los actos relacionados con la edad, la estructura de roles por edad y las expectativas y sanciones relacionados con la

edad. El sistema de desigualdad por edad es conceptualizado en términos de diferencias entre los viejos, los de mediana edad y los de estratos de edad joven. Mientras que el envejecimiento es definido como un proceso biopsicosocial. Los procesos fundamentales en la teoría de estratificación por edad son los flujos de cohortes, el envejecimiento individual, (allocation) y la socialización (McMullin, 2004: 89-90).

Otras teorías como la economía política se enfocan en las explicaciones de la estructura social de inequidad (McMullin, 2000). Los teóricos que estudian la vejez desde esta perspectiva conceptualizan la vejez en términos de grupos de edad (McMullin, 2004). Critican que las sociedades capitalistas occidentales se organicen sobre la base de si se es viejo, de mediana edad o joven y cuestionan que una edad cronológica particular sea un marcador por el cual uno es definido como viejo (McMullin, 2000). La conceptualización de la edad por los economistas políticos parece ser problemática, ya que por un lado consideran las relaciones de edad, en si mismas, secundarias a la clase social; al mismo tiempo el envejecimiento y las relaciones de la vejez no parecen ser centrales como posición en la estructura social y tratan otras estructuras de dominación como la clase social como la llave que determina las situaciones de vida de los viejos y de su proceso de envejecimiento. Por otro lado se critica la visión gerontológica que naturaliza las condiciones biológicas del envejecimiento. Finalmente desde esta óptica se hace énfasis sobre la estructura social y se niega la acción humana, sin tomar en cuenta la experiencia individual del envejecimiento y su significado subjetivo (McMullin, 2004: 100).

La manera en que la edad es conceptualizada depende mucho sobre lo que la gente quiere estudiar. Los estratos de edad, procesos biopsicosociales, cohortes y grupos de edad, son cuatro visiones de la edad que surgen de las teorías antes discutidas. Los enfoques más útiles en el estudio de la desigualdad son las conceptualizaciones de la edad que consideren los procesos biopsicosociales, cohortes y grupos de edad. Los economistas políticos conceptualizan de manera adecuada la edad en las sociedades capitalistas occidentales al considerarlas organizadas por grupos de edad construidos socialmente en la medida que se enfatiza la construcción social de la vejez y se reconoce que las edades cronológicas asociadas con tales agrupamientos dependen de un contexto social específico. Desde esta perspectiva el poder no parece ser derivado de las relaciones entre grupos de edad, sino de las relaciones entre clases (McMullin, 2004).

Desde el enfoque de la diversidad, McMullin (2004) sostiene que para entender mejor la edad y la desigualdad, las relaciones de edad deben ser conceptualizadas como relaciones opresivas por derecho propio. Argumenta que la edad es una base estructural y relacional de desigualdad. Por un lado, es relacional debido a que las personas definen sus diversas posiciones en la sociedad de acuerdo a su membresía en un grupo de edad en la medida que se relacionan con otros grupos de edad. Es relacional en un segundo sentido porque diversos derechos y privilegios son asignados sobre la base de la localización de un grupo de edad. Una comprensión relacional de la edad requiere un énfasis en las formas de opresión²⁵ y poder que pueden expresarse en las condiciones de calidad de vida y salud y que son estructuradas sobre la base de la membresía en grupos de edad (McMullin, 2004).

3.5 Articulación o intersección entre edad, género, clase social y etnia

Se ha planteado la necesidad de diferenciar el significado entre heterogeneidad y diversidad. Por una parte la heterogeneidad guarda relación con una variación a nivel individual, mientras que la diversidad se refiere al examen de grupos en relación a la interconexión de posiciones estructurales dentro de la sociedad. La investigación sensible a la diversidad involucra la comparación como método, analizando similitudes y diferencias entre grupos. Pero más allá de eso construye un marco de referencia sobre un grupo o grupos situados en red o interconexión con relaciones de poder. Donde el grupo dominante oprime a los demás (Calasanti, 1996: 147). También se ha diferenciado la noción de opresiones interconectadas e interseccionalidad, y Collins (1995; en: Dressel et al, 1997) proporciona su explicación conceptual, la noción de opresiones interconectadas se refiere a conexiones a nivel macro ligando sistemas de opresión tales como raza, clase y género. Este es un modelo que describe estructuras sociales que crean posiciones sociales. La noción interseccionalidad describe procesos a nivel micro, especialmente orientándose a como cada individuo o grupo ocupa una posición social que se interconecta con estructuras de opresión (Dressel, 1997: 583-4).

²⁵ La opresión ocurre si 1) el bienestar de un grupo de personas es dependiente de la privación de otro; 2) la privación del grupo oprimido depende de la exclusión del grupo oprimido del acceso a los recursos, recompensas y privilegios. En este sentido, la opresión basada en la edad, como la opresión basada en el género, raza y etnicidad, puede ser tanto material como no material y puede tomar lugar en diversos escenarios incluyendo la familia, mercados laborales, Estados y los sistemas educacionales y de salud (McMullin, 2004).

Las relaciones de clase constituyen el eje de poder estructurante que permite entender las desigualdades e inequidades (en salud), mientras que el género y la etnia complementan o dan mayor poder explicativo a la matriz de análisis de las clases sociales (De'Negri, 2008). Cuando un estudio se enfoca sobre la vejez, la categoría que tiene prominencia es la edad, pero tomando como marco un sistema de poder, donde la clase social tiene un estatus jerárquico explicativo superior (Breilh, 2003: 235). Sin embargo, las relaciones de edad son por sí mismas estructuras de desigualdad, que expresan condiciones de opresión específicas de esta etapa (McMullin 2000). Se ha sugerido que la intersección entre relaciones de poder como edad y género, puede significar, ya sea que estas estructuras “se fortalezcan o se debiliten una a la otra, que se suplementen o que compitan, que construyan nuevas formas de marginalización o se neutralicen mutuamente” (Krekula, 2007: 163,7) y en su caso que participen simultáneamente pero no de forma interdependiente, sino articulando sus propias perspectivas (Papí, 2002; citado en: D'Elia y cols, 2002). Las relaciones de poder, en conjunto representan núcleos determinantes de las condiciones de calidad de vida y cada uno representa en sí mismo una visión explicativa de las desigualdades sociales, que involucra interpretaciones, valoraciones y concepciones; y a su vez son categorías de análisis dentro de un orden social jerárquico que implica desigualdades en oportunidades, recursos, poder, propiedad o cualquier otra desventaja (D'Elia y cols, 2002: 23-4).

Como se ha señalado con anterioridad en el interjuego de las relaciones de poder en el nivel estructural, la relación entre ser mujer, ser vieja, ser pobre y pertenecer a una minoría étnica puede generar una triple o cuádruple dificultad (Huenchuán y Toledo, 1999: 31). Sin embargo, en el espacio de lo singular o nivel micro, los individuos son actores, que interpretan y definen su realidad y realizan estrategias para cambiar estructuras y sociedades (Krekula, 2007: 167).

CAPÍTULO 4

CATEGORÍAS INTERMEDIAS O MEDIADORAS: CALIDAD DE VIDA, CONDICIONES DE VIDA, SALUD Y VEJEZ

4.1. Antecedentes

Minayo y cols (2000) refieren que la calidad de vida es un término polisémico, que abarca muchos significados que reflejan conocimientos, experiencias y valores de individuos y colectividades que se expresan en varias épocas, espacios e historias diferentes, siendo por tanto una construcción social con una marca de relatividad cultural. La relatividad de la noción, tiene por lo menos tres fuentes de referencia. La primera es histórica, es decir, en un tiempo determinado de su desarrollo económico, social y tecnológico, una sociedad específica tiene un parámetro de calidad de vida diferente de la misma sociedad en otra etapa histórica. La segunda es cultural, ciertamente valores y necesidades son construidos y jerarquizados de manera diferente por los pueblos revelando sus tradiciones. La tercera se refiere a las estratificaciones o clases sociales, los estudiosos que analizan a las sociedades en que las desigualdades y heterogeneidades son muy fuertes muestran que los patrones y las concepciones de bienestar son también estratificados: la idea de calidad de vida está relacionada al bienestar de las esferas llamadas superiores. En el campo de la salud, el discurso de la relación entre salud y calidad de vida, existe desde el nacimiento de la medicina social, siendo el término más utilizado en la mayoría de los estudios, al referirse a la cualidad de vida, se habla de las condiciones de vida. Se sostiene que la relación intrínseca entre condiciones y calidad de vida y salud aproxima a los clásicos de la medicina social a la discusión que en los últimos años se va vigorizando en el área, con el concepto de promoción de la salud como su estrategia central. Se tiene que añadir que la noción de calidad de vida también toma en cuenta valores no materiales, como amor, libertad, solidaridad e inserción social, realización personal y felicidad. Pero es importante advertir que debe haber un mínimo nivel material y universal para hablar de calidad de vida, relacionado con la satisfacción de las necesidades más elementales de la vida humana: alimentación, acceso al agua potable, habitación, trabajo, educación, salud y placer; elementos materiales que tienen como referencia nociones relativas al confort, bienestar y

realización individual y colectiva. En el mundo occidental actual es posible decir también que el desempleo, la exclusión social y la violencia son formas objetivas de negación de la calidad de vida. Trátese por tanto, de componentes posibles de medida y comparación (Minayo y cols, 2000: 8-10).

Se identifican cuatro paradigmas interrelacionados que subyacen a los trabajos sobre calidad de vida y salud tanto a nivel operativo como de investigación: el ambientalista, el de promoción de la salud, el de prevención de la enfermedad o del comportamiento y el estructural (Infante y cols, 2000: 155).

- a) En el enfoque ambientalista o ecológico, la calidad de vida depende de la adecuación del individuo a su entorno físico (condiciones materiales de vida), pero incluyendo también los recursos sociales. Este paradigma se relaciona íntimamente con el paradigma estructural en cuanto a que la característica básica que subyace a la posición socioeconómica está relacionada con demandas y recursos. Las personas que tienen un nivel socioeconómico más bajo, se enfrentan con mayores demandas del ambiente (físicas y sociales) y tienen menos recursos para lidiar con ellas (Kaplan y cols, en: Infante y cols, 2000) en este paradigma, la calidad de vida se basa en la posibilidad y poder de la persona para enfrentarse, adaptarse y cambiar sus ambientes (Infante y cols, 2000: 157-8).
- b) La perspectiva de promoción de la salud, se ha conocido como la nueva salud pública que parte de una concepción socio-ecológica que liga estrechamente al individuo con su ambiente, donde las personas acrecientan su capacidad de mejorar su vida y salud a través de un proceso de empoderamiento. Constituye una interfase entre el individuo y el nivel estructural, donde por un lado se amplían las oportunidades para mejorar la salud a través de la promoción de estrategias intersectoriales y por otro la población participa, tratando de afectar los determinantes de la calidad de vida que afectan la salud. Contrario al enfoque preventivo de evitar la aparición de enfermedades específicas se orientan a favorecer la salud. Por otro lado, asume el compromiso de la vida diaria de las personas a través del mejoramiento de sus recursos. Por ejemplo; las redes de apoyo social, los ambientes cotidianos para protegerse de las enfermedades prevenibles, los estilos de vida que incluyen conductas positivas y estrategias efectivas de

afrontamiento y los conocimientos que son necesarios para llevar a cabo estas estrategias. Hasta el momento las estrategias se enfocan a nivel individual y prevalece una visión médica (Infante y cols, 2000: 158-9).

- c) En el paradigma de la prevención de la enfermedad o del comportamiento, las condiciones de vida que en los modelos anteriores constituyen la calidad de vida, dentro de este paradigma la calidad de vida se vuelve análoga al “estilo de vida”. Es un nuevo paradigma para concebir la enfermedad y el bienestar, las variables metodológicas y operativas se manejan como “factores de riesgo o protectores”. En gran parte, este modelo se sustenta en los avances del método epidemiológico y en los resultados que de este derivan, los cuales han venido demostrando de manera creciente la asociación de los factores de vida cotidiana con el perfil actual de morbilidad y mortalidad (por ejemplo, lesiones accidentales, suicidio, alcoholismo, etc.). De esta manera, se incluyen variables simples o simplificadas muy precisas, usualmente fáciles de medir y operacionalizar. En este enfoque teórico las personas son vistas como participantes activos del proceso social de salud-enfermedad y de atención a la salud (autoatención y demanda de servicios), lo que ha llevado más que compartir, a limitar las responsabilidades del Estado y del sector salud, en la salud colectiva, a reducir la responsabilidad de los profesionales de salud, simplemente a proporcionar información sobre riesgos a la salud y a ampliar las responsabilidades de los individuos. Esto sucede tanto con el comportamiento y estilos de vida previos asociados a enfermedades específicas, como a conductas de adherencia terapéutica posteriores al desencadenamiento e identificación de la enfermedad (medicamentos y estilos de vida como en el caso de la diabetes). En este nivel de variables intermedias se encuentran las conductas asociadas a las prácticas de salud (dieta, tabaco, alcohol, ejercicio); las variables sociales (redes de apoyo social); psicosociales (estrés, afrontamiento); psicológicas (locus de control) y demandas sociales (número de roles sociales). Es decir, los determinantes de la salud dejan de ser externos, colectivos y estructurales y se convierten en un problema de control personal del ambiente y de la forma de vida, de poder (empoderamiento individual) y motivación para cambio de comportamientos. Este cambio de objetivo tiene otra consecuencia que afecta en los niveles teórico,

metodológico y operativo: los determinantes de la salud ya no son los estructurales y ambientales que caracterizaban a la calidad de vida, sino los determinantes de las motivaciones, de la conducta, del poder para controlar las variables de nuestra vida “hasta donde nos es posible”. Es así como en este modelo, la calidad de vida se constituye con las variables que resultan de las condiciones de vida, aquí denominadas estilo de vida. De estas características surgen también las mayores críticas a este paradigma, donde se desvanece las condiciones de vida, asumiendo que la salud es un problema de responsabilidad y libertad individual y se enfoca a la enfermedad de grupos definidos por características de riesgo particulares y no a toda la población (Naidoo, 1986, citado en: Infante y cols, 2000:160-2).

- d) El enfoque estructural busca explicaciones desde un nivel macro del efecto de la desigualdad social sobre la salud y explora entre otros aspectos las estrategias de sobrevivencia de las personas en condición de marginación en momentos de crisis y sus efectos sobre la salud. Refieren que uno de sus problemas metodológicos es la operacionalización y medición del constructo desigualdad y calidad de vida para asociarlo con la salud. Desde este enfoque las intervenciones derivadas de sus investigaciones proponen mejorar las condiciones de vida de segmentos poblacionales desfavorecidos, mediante cambios estructurales, orientados a una distribución más equitativa de los recursos sociales o aquellos con mayores necesidades de salud. Se critica la dificultad de implementar tales intervenciones y de buscar los mecanismos -ya demostrados- que relacionan la calidad de vida y la salud (Haan et al, 1989; Syme, 1990, en: Infante y cols, 2000: 155-7).

4.2. Definiciones de calidad de vida

1. Desde una perspectiva estructural, Blanco y cols (1997: 434-5) señalan que en el nivel más general, la calidad de vida se refiere a las condiciones objetivas y subjetivas en que se realiza la reproducción social de los grupos humanos. Incluye diversas dimensiones, como: las condiciones de trabajo remunerado y no remunerado (práctica doméstica), la cantidad y calidad de las formas de consumo de bienes y de servicios y valores de uso, el acceso y expresión de expresiones culturales y políticas y la calidad del entorno. En estos estudios, la noción de calidad de vida se sustituye por el concepto de condiciones de vida, entendida

como el grado de satisfacción de necesidades básicas, bienestar o privación en un período de observación.

2. Diversos trabajos proponen la noción de desarrollo humano como un avance conceptual e inclusivo de diversas categorías. Desde esta perspectiva el desarrollo se concibe como el proceso mediante el cual se amplían las oportunidades de los individuos para disfrutar de una vida prolongada y saludable, su limitación como concepto es mantenerse en un plano individual (Blanco y cols, 1997: 436-8).

3. La calidad de vida se relaciona con el grado de satisfacción de las necesidades (básicas, humanas y sociales). Muchos autores coinciden en que esta conformada por un aspecto objetivo y otro subjetivo, donde las condiciones de vida se refieren al primer aspecto y al segundo, entre otros elementos a la satisfacción con la vida. De Negri (2006) considera algunos de estos elementos, para caracterizar la calidad de vida en cinco esferas interdependientes: 1) La esfera individual, expresada en la autonomía como -independencia funcional-, como capacidad socio-económica de proveer sus necesidades y como el ejercicio pleno de la emancipación política. 2) La esfera colectiva, enmarcada por la equidad entre grupos y la construcción de espacios públicos democráticos. 3) La esfera institucional, que demanda la democratización institucional, integralidad de respuestas a las necesidades sociales y la consecuente transectorialidad en la construcción de estas respuestas, las cuales deben afectar desde los determinantes de los problemas de calidad de vida y salud para poder disputar la producción social de la calidad de vida; 4) La esfera ambiental, centrada en el principio de la sostenibilidad. 5) La amplia y envolvente esfera subjetiva, centrada en la adopción de nuevas formas de subjetivación hacia la construcción de nuevos imaginarios sociales y la consolidación de valores como la solidaridad, la justicia y el respeto a las diferencias (De Negri, 2006).

4. Magally Huggins (2005), sostiene que la calidad de vida es una construcción compleja y multifactorial que se refiere a la vida del conjunto heterogéneo de los seres humanos en un momento determinado y en su contexto social, económico, político y ambiental, es decir, en su dimensión histórica pero no sólo vista desde los indicadores externos, sino además, tal como esta es percibida por el conjunto de seres humanos que se desarrollan en ese contexto determinado. Su dimensión valorativa se sustenta no sólo en el reconocimiento a la subjetividad y la intersubjetividad como criterio fundamental de la calidad de vida, sino

porque incorpora como patrón de validación los derechos fundamentales de los seres humanos, hombres y mujeres a través de todo el ciclo de vida (Huggins, 2005: 46-7).

4.3 Concepto de calidad de vida y salud

Almeida-Filho (2000), siguiendo a Cristina Posas (1989) hace referencia al concepto de “modo de vida” como una amplia y fundamental instancia determinante de los procesos salud-enfermedad, mediada por dos dimensiones intervinientes: estilo de vida y condiciones de vida. Para Posas (1989; en: Almeida-Filho, 2000), las condiciones de vida se refieren a las condiciones materiales necesarias a la subsistencia, a la nutrición, vivienda, saneamiento y a las condiciones ambientales, que son hechas esencialmente por la capacidad de consumo social. El concepto de estilo de vida, por otro lado remite, a las formas sociales y culturales de vivir, que se expresan en conductas, tales como la práctica de deportes, dieta, hábitos, consumo de tabaco y alcohol (Almeida-Filho, 2000: 176). Castellanos (1990), se refiere a la calidad de vida como procesos de la reproducción social de las condiciones objetivas de existencia de cada grupo con sus problemas definidos como variaciones del perfil de salud-enfermedad, correspondientes al espacio de lo particular.

4.4 Concepto de calidad de vida en la vejez

1. Huenchuan (2006), aclara que la calidad de vida en su relación con el envejecimiento plantea serios retos en términos de desarrollo conceptual y aplicación práctica. A nivel teórico, el concepto de calidad de vida debe incluir las especificidades propias de la vejez, tanto fisiológica como social, al igual que las diferencias respecto de las anteriores etapas del ciclo de vida. A ello se suma el hecho de que es preciso identificar los elementos conexos de naturaleza objetiva (redes de apoyo, servicios sociales, condiciones económicas, entorno, otros) y subjetiva (salud, satisfacción, otros) (Huenchuan, 2006: 57).

A nivel práctico, en la región latinoamericana se identifican tres áreas en las que se plantean desafíos referidos a la calidad de vida en la vejez: a) En el ámbito de los mercados, tanto de trabajo como de bienes y servicios, el aumento del número absoluto y relativo de personas mayores introduce modificaciones; b) En el ámbito de la sociedad, dicho proceso genera nuevas formas de organización de la familia, así como diversas respuestas de la comunidad ante las nacientes demandas de bienestar; c) En el ámbito del Estado es preciso hacer frente a las nuevas tensiones sociales surgidas de las necesidades de financiamiento

de los sistemas de seguridad social, a los cambios en las relaciones de dependencia económica entre generaciones y a la competencia intergeneracional por los puestos de trabajo (CEPAL, 2002, en: Huenchuan, 2006: 57). Huenchuan (2006), sostiene que en la región latinoamericana el objetivo central de las intervenciones dirigidas a las personas mayores tiene relación directa con la mejoría de su calidad de vida y, por ende, con el aseguramiento del ejercicio de sus derechos sociales. Esto significa que se busca mejorar la condición y la posición de las personas mayores. La primera se refiere a un estado material que garantice el acceso a y el disfrute de recursos y servicios que aseguren una vejez digna (ingresos, créditos, vivienda adecuada, salud, otros). La segunda comprende los aspectos estructurales que determinan la ubicación social de las personas mayores en el conjunto de la sociedad (imagen social, solidaridad intergeneracional, otros). En ambas dimensiones es preciso considerar que la vejez es una categoría variable y heterogénea que comprende personas con intereses y necesidades diferentes.

En la región, la materialización de este ideal implica garantizar la disponibilidad de elementos objetivos relacionados con las necesidades cotidianas de las personas mayores, tales como seguridad de ingresos, acceso a servicios sociales y sanitarios, fortalecimiento de las redes de apoyo social y provisión de entornos físicos favorables, así como aquellos relacionados con los intereses estratégicos de la vejez, algunos de los cuales serían la erradicación de la violencia y la discriminación, el fomento de una imagen positiva del envejecimiento y el empoderamiento de las personas mayores (Huenchuan, 2006: 58).

2. Una de las características de la calidad de vida es que su operacionalización depende necesariamente del contexto de referencia (Fernández Ballesteros, 1998: 57), por lo que es muy difícil establecer una definición operativa general de calidad de vida en la vejez en América Latina o incluso calidad de vida en la vejez de “algún país” de América Latina que permita ser empíricamente contrastada, sin contar previamente con antecedentes válidos que nos den cuenta, entre otras cosas, del modo de vida, el nivel de vida, las condiciones de vida y el estilo de vida de las personas mayores en interrelación con variables económicas, sociales, de género, culturales y espaciales (Aranibar, 2001). Aranibar refiere que no se cuenta con una adecuada conceptualización teórica de la calidad de vida en la vejez en Latinoamérica, pero existen algunos consensos que pueden ser de utilidad; en primer lugar, se parte de la especificidad del concepto de calidad de vida en personas mayores y aunque,

cualquiera que sea el contexto de referencia, tiene aspectos comunes con la de otros grupos de edad, tiene un perfil específico en que no intervienen factores que son importantes en otros grupos etarios (Ruiz y Baca, 1992; en Aranibar, 2001). La especificidad dependerá directamente del contexto demográfico, histórico, político y social en el cual se experimenta -social e individualmente- la vejez.

Un segundo elemento de consenso sobre el concepto de calidad de vida, es su condición de concepto multidimensional (Fernández Ballesteros, 1998: 57). Lo anterior implica que así como consideramos factores personales (salud, actividades de ocio, satisfacción con la vida, relaciones sociales y habilidades funcionales), también debemos considerar factores socio ambientales o externos, ya que la salud está íntimamente asociada con los servicios sociales existentes y disponibles, las actividades de ocio, con la calidad del ambiente, la satisfacción, con factores culturales, las relaciones sociales, con el apoyo social y las habilidades funcionales y con las condiciones económicas de las personas mayores (Aranibar, 2001).

El tercer elemento, se refiere a que un concepto operativo de calidad de vida debe contener tanto aspectos subjetivos como objetivos (servicios con los que cuenta la persona, nivel de renta, etc.). Dicho de otra forma, deberían considerarse tanto las apreciaciones y valoraciones de los sujetos sobre los distintos ingredientes de su calidad de vida, como los aspectos objetivos de estas mismas dimensiones (Fernández Ballesteros, 1997). El asunto de los componentes subjetivos y objetivos de la calidad de vida conduce a un problema metodológico. Una evaluación de la calidad de vida debe ser también multimetódica, es decir, requiere la aplicación de diversos instrumentos para aprehender ambos aspectos. En síntesis, la evaluación de la calidad de vida del anciano debe ser definida no sólo en función de su contexto de referencia sino que también debe ser multidimensional, contemplar sus elementos subjetivos y objetivos y contener diferentes métodos e instrumentos de medida. El principal problema de aplicar este modelo (si bien satisface criterios de adecuación conceptual y de rigor metodológicos), es que sus requerimientos multimétodos, aunque se haya logrado identificar los factores que inciden en la calidad de vida del grupo de personas mayores de 60 años de edad, es que cualquier intento riguroso de evaluarla resulta muy oneroso (Fernández Ballesteros, 1993; en Aranibar, 2001).

Otra limitación del concepto de calidad de vida (en su actual grado de desarrollo teórico y conceptual) es su falta de alcance para analizar la incidencia que los factores estructurales, como la clase social, el género, la etnia, el lugar de residencia e inclusive la edad, ejercen sobre la definición y jerarquización de los factores de calidad de vida que hacen las propias personas mayores (Aranibar, 2001: 26).

Aranibar en un documento no fechado titulado “Entorno y vejez”, partiendo de autores como Gallopin 1982, Delgado de Bravo y Failache 1993, da cuenta de la calidad de vida como propósito de planificación asociada a la satisfacción del conjunto de necesidades relacionadas con la existencia y bienestar de las comunidades, en el que el grado de bienestar de una comunidad se corresponde con la satisfacción de sus necesidades fundamentales, reconociendo la calidad de vida como un sistema de necesidades interrelacionadas e interactuantes en la que cada una de sus dimensiones tiene diferentes satisfactores, entendidos como los medios cuyo uso y consumo permiten la satisfacción de esas necesidades. Agregando que cada sistema político, económico y social adopta diferentes formas para la satisfacción de las necesidades fundamentales. Tales satisfactores no se distribuyen de forma equitativa ni entre grupos, géneros, generaciones, ni a nivel espacial (Aranibar, sin fecha: 2-3), presentándose en algunos casos un desbalance entre recursos en sentido amplio y necesidades (Perona, 2001).

3. A hablar sobre la calidad de vida en la vejez, Fernández-Ballesteros (1997: 89) lo resume de la siguiente forma: La calidad de vida es un concepto difícil de operacionalizar. Sin embargo, es posible establecer una de sus condiciones esenciales: su multidimensionalidad, que está, además, en dependencia del contexto o de ciertas circunstancias del individuo. Esta autora, hace referencia al debate que subsiste en torno a la definición del concepto de calidad de vida : 1) Por una parte, se postula que la calidad de vida implica exclusivamente a la percepción subjetiva que los individuos tienen sobre ciertas condiciones, mientras que otros por el contrario, consideran que la calidad de vida ha de comprender tanto condiciones subjetivas (relativas a la valoración o la apreciación que el sujeto tiene sobre distintas condiciones de la vida) como objetivas (esas mismas condiciones pero evaluadas de forma independiente al sujeto). 2) Se cuestiona si la calidad de vida ha de referirse necesariamente, a un concepto ideográfico en el sentido de que es el sujeto quien ha de establecer cuales son los ingredientes que intervienen en la calidad de su vida, o más bien,

si puede ser establecida una calidad de vida general para todos los sujetos, o concepto nomotético.

La propuesta de Fernández-Ballesteros y cols (1997), se basa en que es posible establecer un concepto general o nomotético de calidad de vida, aunque es también posible otorgar pesos relativos (para distintos sujetos) a las variables implicadas, aproximándose a un concepto cuasi-ideográfico de la calidad de vida. Sin embargo, sostiene, que más allá de conceptualizaciones subjetivo/objetivas o nomotético/ideográficas, la calidad de vida se expresa en distintos contextos. En otras palabras, la circunstancia en la que determinada persona se encuentra permite explicar al menos hasta cierto punto, su calidad de vida diferencial. La edad, el género, la posición social, el vivir en el propio domicilio o en una institución son, sin duda, variables que permiten predecir la calidad de vida de una determinada persona. La presunción general es la de que las personas mayores experimentan -a lo largo de la vejez- una serie de pérdidas o disminuciones de las condiciones o ingredientes que comúnmente están involucradas en la vida y por lo tanto, la calidad de vida de los mayores se resiente. Las políticas sociales encaminadas a la atención de los mayores tienen, precisamente el objetivo de mejorar su calidad de vida (Fernández – Ballesteros, 1997: 92).

Como ha sido mencionado, la calidad de vida puede ser de entrada y a priori, descrita como un macro-concepto multidimensional (en el que se integran distintos componentes o condiciones) cuyo peso o importancia varía en función de una serie de parámetros tanto personales (edad y género), como sociales (condiciones socio-económicas o educativas). Desde una perspectiva teórica y empírica, las condiciones que parecen integrar la calidad de vida son las siguientes: la salud (tener una buena salud); las habilidades funcionales (valerse por si mismo); las condiciones económicas (tener una buena pensión y lo renta); las relaciones sociales (mantener relaciones con la familia y los amigos); la actividad (mantenerse activo); los servicios sociales y sanitarios (tener buenos servicios sociales y sanitarios); la calidad en el propio domicilio y del contexto inmediato (tener una vivienda buena y cómoda y calidad de medio ambiente); la satisfacción con la vida (sentirse satisfecho con la vida) y las oportunidades culturales y de aprendizaje (tener la oportunidad de aprender nuevas cosas). Estos ingredientes o condiciones fueron mencionados como esenciales para la calidad de vida en la vejez y no variaron según el género, la edad o la

posición social de los entrevistados. Se señala que una de las condiciones que, supuestamente, más influye en la calidad de vida de los mayores es habitar en su propio domicilio o hacerlo en una institución. La política social de atención a los mayores se basa, precisamente, en tratar de mantener al mayor en su propio domicilio. Asimismo, los mayores que viven en la comunidad rechazan la idea de trasladarse a una residencia. La opinión general, es que los mayores que habitan en instituciones (tanto en residencias públicas como privadas), ostentan una menor calidad de vida que los que siguen viviendo en su propio domicilio (Fernández-Ballesteros, 1997: 94).

4.5 Calidad de vida y salud en la vejez

Mendoza-Núñez (2003), sostiene que la calidad de vida es uno de los conceptos que se asocian con frecuencia con el estado de salud y bienestar de los adultos mayores. Señala que la calidad de vida se refiere a los atributos específicamente humanos y a la capacidad de construir futuros de manera propositiva, implica a la salud, a la disponibilidad de bienes y a la capacidad de utilizar lo que existe para construir lo que no existe, considerando el contexto espacio temporal. Asimismo, la calidad de vida involucra la percepción del individuo y del grupo social al que pertenece, considerando las características objetivas de calidad ambiental, las expectativas, las capacidades y las necesidades, por tal motivo, dos personas con el mismo estado de salud y nivel socioeconómico pueden tener una diferente percepción personal de su salud y de su calidad de vida. La calidad de vida relacionada con la salud incluye la medición de la funcionalidad física, el estado psicológico, la función, la interacción social, y la evaluación de los signos y síntomas físicos. En este sentido, los indicadores más utilizados para evaluar las repercusiones del estado de salud sobre la calidad de vida son la mortalidad, la morbilidad, la incapacidad, la incomodidad y la insatisfacción. Los tres últimos indicadores son reconocidos como elementos fundamentales del concepto de calidad de vida.

La incapacidad se refiere a las limitaciones físicas para realizar actividades ocupacionales o cotidianas; la incomodidad incluye la presencia de dolor o fatiga en reposo o al realizar actividades de la vida diaria básicas e instrumentales; y la insatisfacción incluye el funcionamiento social, los servicios médicos de calidad, el bienestar general, la suficiencia económica, la aceptación y el reconocimiento social y familiar. Por todo esto, el concepto

de calidad de vida debe individualizarse considerando los aspectos antropológicos y el potencial de recursos naturales, humanos, materiales y económicos, en conjunción con los intereses de grupo, para alcanzar el máximo de calidad de vida sin pretender adoptar modelos referenciales o parámetros distintos a la cultura de la población de estudio. Para evaluar la calidad de vida se debe elegir el instrumento apropiado, considerando las características de la población y el objetivo. Por ejemplo, existen instrumentos para evaluar las repercusiones sobre la calidad de vida de padecimientos específicos como el “Diabetes Quality Life” para los diabéticos, el “Quality of Life Parkinson’s Disease Questionnaire” para quienes padecen la Enfermedad de Parkinson, el “Arthritis Impact Measurement Scales” para problemas reumáticos, entre otros. También se dispone de instrumentos genéricos como la encuesta de salud SF-36 (Short Form 36 Health Survey), cuyo cuestionario es confiable y de fácil aplicación (Mendoza-Núñez, 2003: 62-3).

4.6 Mejorar la calidad de vida en la vejez. Fortalecimiento de redes de apoyo social

En una reunión de expertos organizada por la CEPAL sobre redes de apoyo social y mejoraría de la calidad de vida en personas mayores, se redactaron una serie de orientaciones sobre políticas y programas en esta materia con base en los siguientes principios:

- Personas mayores como sujetos de derechos: referido al respeto y garantía de la titularidad de derechos individuales y de grupo de las personas mayores; esta concepción implica también responsabilidades y deberes con su generación y con el conjunto de la sociedad.
- Independencia y autonomía, entendida como la capacidad de las personas mayores de desarrollar y mantener capacidades (económicas, físicas y otras) que les permitan decidir y controlar su vida y su destino.
- Integralidad de las personas mayores y de sus contextos, entendida como una concepción holística de la persona mayor como ser humano integral, con características diversas y por lo tanto necesidades distintas. Implica no sólo reconocer las dimensiones social, cultural, histórica y biomédica de la vejez y del envejecimiento sino también el reconocimiento de las relaciones de interdependencia de las personas mayores con su contexto familiar, comunitario y societal.
- Enfoque del ciclo de vida y visión prospectiva, referido a la articulación directa de la vejez con otras etapas previas de la vida, tomando en cuenta las especificidades de género.

Requiere una visión de largo plazo que concibe al envejecimiento como un proceso y no sólo como una etapa de la vida y en este contexto, toman sentido las acciones para fomentar la solidaridad y el intercambio intergeneracional.

- Complementariedad de las acciones a nivel nacional, regional y local, referido a la necesidad de enlace y coordinación entre distintos ámbitos de intervención de las acciones dirigidas a las personas mayores (CEPAL, 2002: 2).

CAPÍTULO 5 ° CATEGORÍAS INDIVIDUALES: CUERPO, VIDA COTIDIANA, AUTONOMÍA–CIUDADANÍA

5.1 Cuerpo y envejecimiento

Cada cuerpo humano siempre es síntesis de un tiempo histórico, un tiempo familiar y un tiempo personal e individual, que se conjugan y se superponen (Peña Saint-Martín, 1997: 58). La relación de los individuos con su cuerpo corresponden a la “cultura somática” de su grupo social y su pertenencia de género²⁶, así como a las normas que determinan sus conductas físicas (hexis corporal²⁷ o habitus físico²⁸), asociado a sus condiciones objetivas y más concretamente con la manera en que los sujetos sociales obtienen sus medios materiales de existencia (Boltanski, 1975: 185-100). La manera de obtener tales medios materiales, es a través de una capacidad que los grupos humanos han adquirido evolutivamente -el trabajo en sentido amplio- al que se encuentran biológicamente adaptados. Es decir, que anatómo-fisiológicamente, son capaces de realizar metabolismo lo que los dota de la capacidad de reponer la energía invertida en él. El modo de vida basado en el trabajo implica para el cuerpo humano un gasto (catabolismo) que va acompañado de mecanismos que reponen o por lo menos son potencialmente capaces de reponer dicho consumo orgánico (anabolismo). Tal capacidad de reposición del gasto se pierde de acuerdo a un programa biológico específico para las diferentes especies animales y vegetales, que deriva en el envejecimiento y la consecuente muerte de los individuos que la conforman (Cuellar y Peña, 1985: 13, 64). Sin que ello signifique una forma de programación genética activa del envejecimiento, pero si de una limitación del mantenimiento somático (Kirkwood, 2005: 437). Al proceso de envejecimiento como tal se puede añadir un proceso de desgaste, fenómeno que se presenta cuando con una génesis social, determinados grupos humanos no pueden realizar de manera óptima el mecanismo

²⁶ Las diferencias que separan, desde el punto de vista del habitus corporal, a los miembros de las clases populares, de los miembros de las clases altas o a los hombres de las mujeres en cierto modo parecen reproducir la evolución en el tiempo de la relación de los sujetos sociales con su cuerpo. Por consiguiente, el sistema de conductas físicas (por tanto las conductas sanitarias) que todavía predomina en las clases populares, especialmente entre los hombres, tiende a aparecer cada vez menos y a desaparecer a medida que nos acercamos a la franja inferior de las clases medias (Boltanski, 1975, 185-100).

²⁷ La hexis corporal corresponde a las posturas y disposiciones del cuerpo y las relaciones con el cuerpo, interiorizadas inconscientemente por el individuo durante su historia. [Bonnewitz (2003) “La sociología de Pierre Bourdieu”, Argentina colección Claves Perfiles Ediciones Nueva Visión, 63-76.

²⁸ El habitus físico corresponde a un (dimensión de su habitus de clase), “sistema de las disposiciones orgánicas o mentales y de los esquemas inconscientes de pensamiento, de percepción y de acción”... (Boltanski, 1975: 17).

biológico de reposición de la energía empleada en el trabajo o se ven impelidos a trabajar más allá de los límites fisiológicos de su organismo en un momento dado. Siendo las condiciones históricas en que se realiza el trabajo (en sentido amplio) las que pueden desgastar²⁹ a los seres humanos, y no el trabajo por sí mismo (Cuellar y Peña, 1985: 13, 64). Así, los cambios biológicos que acompañan el paso del tiempo van acumulando daños genéticos (que afectan la reparación del ADN, proteínas, carbohidratos y lípidos) que a su vez alteran las funciones en todos los niveles en que se integra el organismo humano (células, tejidos, órganos, sistemas) y que se asocian con las manifestaciones del envejecimiento (como la pérdida de tejido óseo, disminución de la audición, etc.). Las modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas, propiciadas por los cambios inherentes a la edad y al desgaste acumulado ante los retos que enfrenta el organismo a lo largo de la historia del individuo en un ambiente determinado, representan un costo biológico, que con su repetición (procesos estresantes) terminan generando una carga alostática³⁰ que favorece la aparición de padecimientos infecciosos y crónico – degenerativas conduciendo a formas diferenciadas de envejecimiento (saludable, usual, frágil) (Mendoza-Núñez 2003: 59-60). Los mecanismos a través de los cuales la exposición a dosis reducidas de condiciones dañinas que favorecen el incremento de la habilidad funcional de las células y amplifican las respuestas biológicas adaptativas del organismo conocidas como hórmesis, y que contribuyen a modular tanto el envejecimiento como la longevidad (como el ejercicio moderado, la restricción calórica, tóxicos o fármacos, entre otros) (Rattan, 2004: 40-6), se tornan menos eficientes o se ven rebasados. Lo anterior sugiere la naturaleza intrínsecamente relacional de los procesos biológicos en la constitución del organismo desde antes del nacimiento hasta la vejez, comprendiendo que tales procesos biológicos ocurren en diversas interfases del cuerpo (biológica y psíquica),

²⁹ Concepto fundamental utilizado en la sociología para el estudio del envejecimiento, se define al desgaste como el proceso mediante el cual ocurre a través de la vida, una pérdida de sustancias vitales y una acumulación de materiales nocivos, una distorsión de las estructuras biológicas y un deterioro de las funciones psicofisiológicas; todo lo cual al persistir y desarrollarse da lugar a la regresión o involución del organismo, en todos y cada uno de los niveles de integración del individuo (desde el biomolecular, citológico, tisular, etc. hasta el psíquico y social), esto es, el envejecimiento (Ortiz, 1995: 100)

³⁰ Bajo el enfoque teórico de la Alostasis (del inglés *Allostasis*) o proceso de adaptación ante retos o desafíos estresantes, el envejecimiento puede ser definido como un proceso gradual y adaptativo, caracterizado por una disminución relativa de la respuesta homeostática, debida a las modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas, propiciadas por los cambios inherentes a la edad y al desgaste acumulado ante los retos que enfrenta el organismo a lo largo de la historia del individuo, en un ambiente determinado. Esta teoría establece que el organismo responde de manera activa ante amenazas o retos estresantes con el fin de mantener la homeostasis. Sin embargo, el mecanismo de respuesta adaptativa denominado alostasis, representa un costo biológico, de ahí que cuando ocurre en forma repetida, se genere una carga alostática, que hace menos eficiente el proceso y favorece la aparición de padecimientos infecciosos y crónico-degenerativos (Mendoza- Núñez, 2003: 58-59).

con interacciones complejas genético-ambientales, (en las que falta por comprender el espacio mediador y dinámico) en que se integran los elementos internos y externos donde las interacciones moleculares no se disocian del proceso histórico de interacciones entre los seres vivos (Czeresnia, 2007: 21-5). Hasta donde se puede retroceder en el tiempo vital para hablar de envejecimiento corporal y la interpenetración dialéctica con su entorno próximo y distal. Por un lado, el enfoque del curso de vida considera que el desarrollo y el envejecimiento son procesos a lo largo de la vida y señala que una etapa³¹ del desarrollo no se entiende de forma aislada de las demás (Elder G, 1999), mientras que el concepto de corporización³² se refiere a la forma como literalmente encarnamos el mundo social en el cual vivimos (material y biológico), desde el útero hasta la muerte, constituyendo trayectorias de corporización o encarnación (Krieger, 2001: 693-700), que afectan la forma de envejecer y vivir la vejez. El envejecimiento además de ser complejo e involucrar múltiples dimensiones, sucede a diferentes tiempos (Kirkwood, 2005: 439-42), es decir, es heterocrono (Unid. Invest. Gernt. UNAM, 2007), aunque en términos generales se considera que el primer tercio de la vida corresponde a un proceso formativo del individuo que debería prepararlo para cumplir de manera óptima sus funciones como ser humano. Durante este periodo de aproximadamente veinte años se transita por dos periodos críticos para el desarrollo de todos y cada uno de los parámetros morfológicos, funcionales y conductuales que pueden ser afectados a costa de sus capacidades potenciales³³ futuras como lo es para el trabajo sea productivo o reproductivo, con consecuencias para su proceso de envejecimiento (Cuellar y Peña, 1985: 143-7). Los cuerpos proveen evidencia vívida del mundo en que se vive a través de la producción de patrones poblacionales de salud, enfermedad, discapacidad y muerte³⁴. El constructo de corporización nos invita a

³¹ El concepto de etapa de vida, es una de las contribuciones del enfoque del curso de vida donde la posición temporal del individuo esta indexada por la edad y su rol social. La etapa de vida determina las implicaciones sociales del cambio social (Elder, 1999).

³² Se sugiere que hay trayectorias de corporización estructuradas simultáneamente por: a) arreglos sociales de poder y propiedad, patrones de producción, consumo y reproducción y b) constricciones y posibilidades de nuestra biología, moldeada por la historia evolutiva de nuestras especies, nuestro contexto ecológico e historias individuales, que son trayectorias de desarrollo social y biológico. Hay un interjuego acumulativo entre exposición, susceptibilidad y resistencia, expresado en trayectorias de corporización. La corporización es un concepto central en la comprensión de las relaciones entre el estado de nuestros cuerpos y el cuerpo político (Krieger, 2001:693-700).

³³ Configurando sobrevivientes que Ramos y Burgoa nombraron como "supervivientes vulnerados", al afectar su desarrollo, morfología, funcionalidad y su vida posterior, alcanzando un nuevo equilibrio funcional que Ramos denominó homeorresis (Cuellar y Peña, 1985: 143-7).

³⁴ Un aspecto es como las influencias sociales llegan a ser literalmente corporizadas en características fisio-anatómicas que influyen la salud y llegan a ser expresadas en disparidades sociales en salud. Relacionadas con diferentes fisiologías macroscópicas o lo que Laurell ha llamado con el término "fisiognomías de clase". Hay que reconocer que el cuerpo es literalmente corpóreo. Lo corporal afecta la salud a través de diversos caminos: 1) las respuestas emocionales, conductuales y cognitivas a circunstancias adversas o

considerar como nuestros cuerpos, cada día, acumulan e integran experiencias y exposiciones estructuradas por diversos aspectos de la posición social y de la desigualdad (Krieger y Smith, 2004: 92-103).

El modelo de habitus desarrollado por Bourdieu aparece como una de las fuentes principales para pensar el concepto de incorporación o corporización, a través del sentido práctico³⁵ (Ayora, 2007: 97), donde la corporeidad es una condición necesaria de la apropiación sensorial de la naturaleza por el hombre y es una precondition de la práctica (Turner, 1989: 279). El estudio fenomenológico de la encorporación intenta comprender las prácticas humanas o desempeño del cuerpo (Turner, 2006: 223). Merleau Ponty (1962) al hablar de la encorporación que somos, “establece que el cuerpo es algo más que sólo un objeto a ser decorado y mejorado, es más que un organismo fisiológico funcionando de acuerdo a un código genético prescrito. Es más que un contenedor del Self, es más que un mediador entre el self y el mundo” y aunque muchos cambios ocurran en el cuerpo, a través del tiempo como sucede en el envejecimiento, con una implicación sobre nuestra identidad, se sigue identificándolo como el mismo cuerpo (en: Corbin, 2003: 257-8). Merleau-Ponty rechazó el dualismo de mente y cuerpo e insistió en que el cuerpo nunca es tan sólo un cuerpo físico sino una corporeización de la conciencia (en: Sabido, 2007: 213). La encorporación requiere de tiempo, es una hexis compuesta por un capital físico o corporal que corresponde a una disposición y a una trayectoria individual, también a una dimensión colectivizada de grupo (Montagner, 2006: 517) que culmina en la vejez y la muerte. Las ideas sobre el cuerpo como encorporación (corporización o encarnación) implican al mismo tiempo la integridad del cuerpo y su segmentación.

La noción de cuerpo no puede entenderse sin el proceso de individuación constitutivo de la modernidad en occidente. La definición moderna de cuerpo implicó considerar a este como

benéficas pueden influir en la salud somática, 2) la adversidad psicosocial afecta la calidad de vida de las personas, dañando o no la salud somática y 3) los estresores psicosociales son patrones sociales. En 1994, “embodiment” “corporización” fue propuesto como constructo fundamental crítico para el desarrollo teórico u sustantivo de la epidemiología social. Para trabajar con el constructo corporización se necesita primero considerar algunas claves definiendo y aspectos inseparables de nuestras vidas como seres simultáneamente seres sociales y organismos biológicos. A partir de esto se elaboraron las nociones de cuerpo individual, cuerpo social y cuerpo político e incluyen lo siguiente: 1) para los organismos biológicos: reproducción, desarrollo, crecimiento, interacción, existencia en tiempo y espacio; 2) para los seres sociales: contexto social, posición social, producción social y reproducción social. Todos estos aspectos biológicos y sociales necesariamente están integrados en la existencia humana y así son características inherentes de cada persona (Krieger y Smith 2004: 92-103).

³⁵ El sentido práctico se define como la actitud de moverse, actuar y orientarse según la posición ocupada en el espacio social y según la lógica del campo y la situación en las cuales se está implicado, ello sin recurrir a la reflexión consciente, gracias a las disposiciones adquiridas que funcionan como automatismos (Bonnwitz, 2003: 63-76).

un elemento ajeno a la persona, al grado de que se hizo necesario someterlo a control por la persona misma (Sabido, 2007: 214). En este contexto en que se redescubre el cuerpo del individualismo radicalizado, autores como Anthony Giddens sostienen que el cuerpo ha pasado a formar parte de la reflexividad de la modernidad³⁶ donde cada uno es responsable del diseño de su cuerpo y en sus reelaboraciones permanentes conducen entre otras consecuencias a diferentes caminos de envejecimiento, donde una preocupación en torno a la vejez, el deterioro corporal, el mantenimiento de la salud, etc., se incorporan a la agenda cotidiana de determinados sujetos (Duch y Mélich, 2005; en: Sabido, 2008: 622-5). Entre las definiciones de cuerpo en la sociología contemporánea, se considera como una de las más acabadas la propuesta por Giddens, que concibe el cuerpo como el objeto en el que todos tenemos el privilegio o la fatalidad de habitar la fuente de sensaciones de bienestar y placer, pero también de enfermedad y tensiones. Sin embargo, el cuerpo no es sólo una entidad física que poseemos, es un sistema de acción, un modo de práctica y su especial implicación en las interacciones de la vida cotidiana es parte esencial del mantenimiento de un sentido coherente de la identidad del yo (Giddens, 1995; en: Sabido, 2007: 210). En la teoría sociológica el cuerpo, el orden de la interacción ha sido abordado por Georg Simmel y Erving Goffman, mientras que las prácticas sociales que suponen formas de actuar del cuerpo como construcción social e histórica lo ha desarrollado Norbert Elias³⁷, por último la manera en que dichas prácticas se naturalizan ha sido interés de Pierre Bourdieu³⁸ (Sabido, 2007: 216). Si se entiende el cuerpo en la vejez como la encarnación de las

³⁶ Pues la identidad del yo, supone la constante revisión, diseño y reelaboración del agente de su propia biografía y por lo mismo de su cuerpo. Lo anterior se combina con la posibilidad de elección de diferentes estilos de vida, de modo que para Giddens el cuerpo es blanco de elaboraciones y reelaboraciones permanentes, no sólo porque el cuerpo sea el objetivo de la sociedad de consumo (Turner, 1994), sino porque somos responsables del diseño de nuestros propios cuerpos y así el cuerpo se convierte en proyecto del yo (Giddens, 1995:132; Shilling, 1993:5). En este sentido, el cuerpo no es algo meramente físico, sino que está sometido a revisión y reelaboración permanentes, como los caminos del envejecimiento, hasta los recursos afectivos y materiales para enfrentar la enfermedad y la muerte. (Duch y Mélich, 2005; Olvera y Sabido, 2007, en: Sabido, 2008: 622)

³⁷ Para Elías la conformación histórica del individuo moderno ha supuesto la asimilación de prácticas, costumbres, hábitos, reacciones mayoritariamente automáticas, es decir, in-corporadas, inscritas en el cuerpo, que permiten el cumplimiento de la expectativa del proceso civilizatorio. Así el individuo no es un ente aparte de lo social, sino una construcción histórica de muy largo plazo y constituida desde diferentes niveles, comenzando con las emociones, los hábitos de la comida, el arreglo personal, hasta la disposición espacial de la casa (Sabido, 2007: 226).

³⁸ A Bourdieu le interesa conocer como lo social se ha in-corporado o como ha operado la naturalización de esta construcción social (Bourdieu, 2003:36; en Sabido, 2007), a través de una *teoría de las prácticas* y el sentido práctico como comprensión práctica del mundo. Las prácticas son aquellas actividades que las personas realizan de manera exitosa pues saben que es pertinente hacer según determinadas situaciones y ello es posible porque llevan la huella social en el cuerpo (es un cuerpo socializado a través del habitus³⁸ y hexis corporal³⁸), ya que éste es un instrumento de conocimiento, -se aprende con el cuerpo-. El habitus hecho cuerpo, es decir a través de la hexis corporal genera prácticas, pero también diferencias, clasificaciones, "enclasmientos", en fin distinciones. Las formas de dominación simbólica (de etnia, sexo, cultura, lengua) del orden social que funcionan como una máquina simbólica se localizan en el cuerpo (no en las ideas) bajo las formas de disposiciones, elecciones, habilidades, destrezas, filias y fobias, produciéndose a través de los esquemas de percepción, apreciación y acción que constituyen los hábitos (Sabido, 2007: 228-31).

condiciones de vida y desigualdades (social y de salud) en un diálogo a lo largo del curso de vida y como construcciones sociales e históricas que suponen formas de actuar del cuerpo bajo la forma de disposiciones, habilidades, percepciones o hábitos, se puede considerar que tendrá implicaciones en las prácticas o actividades de la vida cotidiana en la vejez, aspecto que a continuación será abordado.

5.2 Vida cotidiana y sus ámbitos

En toda sociedad hay una vida cotidiana. La “vida cotidiana es el conjunto de las actividades que caracterizan las reproducciones particulares creadoras de la posibilidad global y permanente de la reproducción social. Es decir que para que los miembros particulares de una sociedad puedan reproducir la propia sociedad, es preciso que se reproduzcan a sí mismos en tanto que individuos. No hay sociedad que pueda existir sin reproducción particular. Y no hay hombre particular que pueda existir sin su propia autorreproducción” (Heller, 1998: 9). La vida humana existe y se sostiene mediante continuas e incesantes acciones de reproducción que se cumplen en cada una de sus dimensiones. Son acciones reproductivas de la dimensión biológica (celular, orgánica y biocomunal), de la dimensión comunal cultural, de la estatal y societal (Samaja, 2004: 61-2).

La vida cotidiana de los seres humanos en sociedad es multidimensional y se relaciona con la multicausalidad de sus necesidades (Huggins, 2005: 61). El estudio de la vida cotidiana tiende un puente de entendimiento entre el sistema socioeconómico y cultural imperante con lo microsocial. Lo cotidiano es la vida social misma en la concreción dinámica a través de los hombres y mujeres específicos, la manifestación concreta del comportamiento de los distintos grupos, clases sociales, géneros en su existencia ordinaria, su acción social y vida común en un medio ambiente determinado. La vida cotidiana refleja la manera de ser, pensar, querer y sentir de una población en un periodo de su historia: “vida cotidiana es lo que van haciendo día con día, tres o cuatro capas generacionales de la población que llegan a coexistir en la simultaneidad de un lapso histórico y en el ámbito de un espacio social más o menos plural, pero común” (Leñero, 1982, en: Sánchez y Torres, 1992: 124).

En una primera aproximación Pampliega define la cotidianidad como el espacio y el tiempo en que se manifiestan, en forma inmediata, las relaciones que los hombres establecen entre sí y con la naturaleza en función de sus necesidades, configurándose así lo que se ha

denominado “sus condiciones concretas de existencia”. Cotidianidad es la manifestación inmediata, en un tiempo, en un ritmo, en un espacio, de las complejas relaciones sociales que regulan la vida de los hombres en una época histórica determinada. A cada época histórica y a cada organización social se da distinto tipo de relaciones con la naturaleza y los otros hombres. Podemos caracterizar también la cotidianidad como el modo de organización material y social de la experiencia humana, en un contexto social determinado. A la cotidianidad subyace entonces el tipo de relación que los hombres guardan con sus necesidades. Se desarrolla a partir de las modalidades de reconocimiento de éstas, su encodificación, las formas de satisfacerlas, las metas socialmente disponibles para esas necesidades. Vida cotidiana es la forma de desenvolvimiento que adquiere día tras día nuestra historia individual. Implica reiteración de acciones vitales, en una distribución diaria del tiempo. Por eso se sostiene que cotidianidad es espacio, tiempo y ritmo. Pero a la vez ese mundo es intersubjetivo, social y compartido. Se ha señalado que la vida cotidiana es predominantemente experiencia de acción. Cabe indicar que en esa particular organización temporo-espacial el modo de vivir se transforma en un mecanismo irreflexivo, no consciente de acción (Pichón-Riviere y Pampliega, 1985: 12-5).

La “vida cotidiana se refiere a lo que constituye las condiciones concretas de existencia de los sujetos, un hábitat, un espacio, una organización social determinada, una determinada cultura, una determinada manera de producir. Contemplando sus tres áreas: familia, tiempo libre, trabajo. De esta situación, del tiempo y espacio y el interjuego de los sujetos surgen necesidades, que sólo se resuelven en la relación con otros sujetos y con el medio. Aquí aparece el lugar del vínculo, la relación, el lazo. Las distintas formas de asociación y luego aparece el grupo, éste se constituye como uno de los mediadores entre lo individual y lo social” (Campos, 2006: 115).

Para Habermas, el mundo de la vida es la expresión y el concepto que utiliza para referirse a las cuestiones cotidianas de las personas en una sociedad (en: Castillo, Torres y López, 2003). Mario Testa (2002), se refiere a la vida cotidiana como lo que hacemos todos los días. Su significado -su lógica- no es otra que las articulaciones que se establecen entre sus distintos momentos como algo dado, que no admite cuestionamientos en sus prácticas, que se podrían llamar la cotidianidad “vulgar” (hay otro que nos desequilibra). Refiere que los espacios donde se desarrolla la vida cotidiana son los que componen lo que Ágnes Heller

llama el “pequeño mundo”, que no es otra cosa que el mundo familiar que conocemos, al que llegamos inesperadamente y que se conforma de circunstancias individualizadas, ya que es diferente para cada uno de nosotros. En la vida cotidiana, el particular se reproduce a sí mismo y a su mundo (el “pequeño mundo”) directamente y al conjunto de la sociedad (el “gran mundo”) de modo indirecto. Esto apunta a que debe distinguirse el concepto de vida cotidiana, de “lo que ocurre todos los días” (Testa, 2002: 23-4). Almeida-Filho, toma como base las ideas de Testa sobre un espacio de prácticas de la vida cotidiana dentro del cual aparece un conocimiento común como constituidor de los múltiples mundos de la vida, para ligar las prácticas de la vida cotidiana con el modo de vida, dando contenido concreto al ámbito de la vida cotidiana y define modo de vida a partir de las ideas anteriores como el conjunto articulado de las prácticas de la vida cotidiana (Almeida-Filho, 2000).

Ámbitos de la vida cotidiana

Al hablar del territorio social, se puede dividir en macro, meso y micro territorio. Esta división se realiza a partir de las dinámicas sociales que se construyen y las relaciones humanas que se fundan, por lo tanto se generan diferentes espacios y ambientes en un mismo territorio. A partir de la interacción entre los sujetos, las relaciones y los procesos surgen las necesidades sociales, entendidas éstas como la insatisfacción de los derechos sociales. La lectura de necesidades en un territorio social se hace a través del ámbito. Aparecen los ámbitos como una representación de los territorios sociales, los cuales se definen como espacios sociales donde transcurre la vida cotidiana de la gente. Desde este concepto, se han identificado y definido el ámbito familiar, escolar, comunitario, laboral, institucional y de instituciones prestadoras de servicios de salud, cada uno de los cuales, contiene un número de unidades de operación relacionada con la actividad predominante que se desarrolla en el ámbito, desde el cual se pretende transformar las condiciones de vida de los sujetos. El ámbito pretende brindar respuesta a las necesidades sociales, a las condiciones de equidad-inequidad y a los problemas emergentes de la calidad de vida. Es necesario destacar el cuidado que debe tener al abordar los territorios sociales desde los ámbitos, en el sentido de que los espacios de la vida cotidiana no tienen límites fijos, o dicho de otra forma los microterritorios que conforman una unidad territorial no se pueden demarcar o fragmentar de manera rígida, ya que todos se interconectan entre sí, por

ejemplo, el ámbito laboral no está aislado del escolar o del comunitario (Casallas y cols, 2007: 18-9).

5.2.1 Actividades y prácticas de la vida cotidiana en la vejez

El cuerpo en la vida cotidiana, como señalan Georg Simmel y Erving Goffman toma centralidad a través de su interacción con los otros, a su vez, como sostiene Norbert Elias, las prácticas cotidianas son construcciones históricas inscritas en el cuerpo y como lo refiere Bourdieu las prácticas cotidianas son una forma de conocer el mundo a través del cuerpo (citados en: Sabido, 2007: 227-8). El conjunto articulado de las prácticas de la vida cotidiana conforman un modo de vida grupal (Almeida-Filho, 2000).

Se han señalado dos elementos predominantes que caracterizan la vida cotidiana de la gente mayor: la soledad y la indiferencia cronológica, con diferencias claras por género, clase, etnia y edad. Abordando el segundo aspecto, se puede indicar que la actividad laboral que organizaba los horarios y las secuencias temporales de los individuos (en su mayoría hombres), pierde sentido para aquellos que alcanzan la jubilación, mientras que las mujeres mantienen con mayor frecuencia y tiempo su función social. Los ancianos se sumergen en un continuun temporal indiferenciado que se transforma en una búsqueda constante de actividades que aporten orden a sus vidas. En este sentido cualquier obligación cotidiana de los ancianos se convierte en un elemento instrumental que introduce cierto orden en la temporalidad de sus vidas (Fericgla, 2002: 51-3). Sin embargo, se debe considerar que la indiferenciación temporal durante la vejez y la búsqueda de orden en su temporalidad a través de diversas actividades, guardará relación con la forma de vivir la cotidianidad a lo largo del curso de vida, con la edad y el grupo social de pertenencia entre otros aspectos, lo cual da muestra de la diversidad en el uso del tiempo en sociedades más diferenciadas³⁹ (Elias, 1989: 42).

En la vida cotidiana, el día es el contexto para un conjunto de prácticas y las prácticas vienen con sus propios requerimientos y demandas. Es necesario reconocer que las prácticas vienen con un conjunto de requerimientos necesarios para un encuentro competente y significativo. Por ejemplo, algunas prácticas implican la co-presencia de otros

³⁹ Norbert Elias (1989) señala que el tiempo tiene una función orientadora y otra reguladora de la conducta y la sensibilidad humanas, entremezclando de forma peculiar la regulación externa y la autorregulación del individuo. Al carácter multifuncional del tiempo en sociedades más diferenciadas, corresponde la amplitud y diversidad de su uso (p 42).

(comer o jugar un deporte). Las prácticas vienen con una expectativa normativa dependiendo de cómo deberían ser conducidas (competitiva, jovial o seriamente) y las normas varían a través de los grupos sociales. Asimismo, las prácticas no ocurren de forma aislada de otras, sino que se encuentran interrelacionadas, de esta forma una práctica como el comer requiere de otra como el cocinar. Las prácticas pueden estar ligadas al trabajo o no estarlo, y para conocer el ritmo temporal del día de unas y otras (ligadas al trabajo o no) se pueden utilizar cinco dimensiones del tiempo propuestas por Fine: periodicidad, Tempo, sincronización, duración y secuencia. Para abordar a los actores sociales sin homogenizarlos es necesario tomar en cuenta las diferentes constricciones socio-demográficas que afectan la manera como los grupos sociales conducen sus prácticas y experimentan el tiempo. Entre otros de los factores que afectan la forma de acomodar las prácticas dentro del día son: el género, la edad y curso de vida. Por su parte el curso de vida es importante en relación al rango de prácticas en la cual se involucra cada persona. Los viejos tienen menos vida social, mientras que los más jóvenes se involucran en eventos que requieren una mayor coordinación con otros dentro de las redes sociales, a su vez, los más viejos tienden a encontrarse o agruparse en mini-proyectos en los cuales ellos conservan su autonomía sobre la sincronización con otras prácticas (Southerton, 2006: 440-8).

Se identifican dos tradiciones en el estudio de las actividades cotidianas desde el campo gerontológico:

- Una tradición centrada en la competencia para realizar ciertas actividades clave, a las que se aproxima desde un interés clínico, en el que, lo que importa es la evaluación de lo bien o mal que se hacen esas actividades y otra tradición más interesada por patrones globales de actividad, en la que no importa tanto lo bien o mal que ciertas actividades se hacen, sino más bien que tipo y cantidad de actividades que se hacen. Al acercarse al estudio de la vida cotidiana a partir de la segunda posición; se debe concebir que la persona mayor puede hasta cierto punto, ser capaz de decidir sobre el curso de su propia vida y por el otro es necesario considerar que hay actividades hasta cierto punto obligatorias (actividades básicas de la vida diaria) y otras que dependen de un contexto (a veces más estructural) que constriñe o favorece la realización de diversas actividades (ser hombre o mujer, el estado civil, o la edad) y que pueden alterar la forma de distribuir el tiempo cotidiano, a lo que se

añaden los recursos (salud, cognitivos, sociales, culturales) con los que cuentan los viejos y viejas (Baltes y Lang, 1997; en Triadó, 2003: 38-40).

Tanto los elementos personales como las actividades con mayor condicionamiento contextual, se reflejan en las categorías para clasificar las actividades cotidianas. Una manera clásica de dividir la actividad cotidiana es diferenciar entre cinco tipos de actividades: básicas, instrumentales, descanso, trabajo y ocio. Las dos primeras derivadas del enfoque clínico relacionadas con el automantenimiento y la autonomía personal, divididas en básicas (comer, higiene, etc.) e instrumentales (cocinar, comprar, etc.), otro grupo de actividades son las dedicadas al descanso, y por último las actividades relativas al trabajo y al ocio más personales (Triadó, 2003: 40).

Por su parte Klumb y Maier (2007), distinguen dos amplias categorías de actividades diarias a partir de dos características, ser obligatorias u optativas. Por un lado, las actividades regenerativas se llevan a cabo por necesidad fisiológica (por ejemplo, higiene personal, comer y descansar) y son obligatorias. Por otro lado, están las actividades discrecionales, las cuales puede hacer uno por elección sobre la base de las preferencias y habilidades individuales. Un tercer criterio (Reid, 1934, en: Klumb Petra y Maier Heiner, 2007), sirve para subdividir ulteriormente las actividades discrecionales entre productivas y de consumo. Si las actividades desempeñadas de forma predominante debido a sus resultados pueden ser delegadas a terceros sin perder sus beneficios (por ejemplo, lavar ropa, limpiar la casa, etc.), entonces es productiva. En contraste, si las actividades realizadas primariamente son a nuestro favor y no pueden ser por tanto delegadas a terceros sin perder sus beneficios (por ejemplo una reunión de amigos, leer una novela), entonces son de consumo (Klumb y Maier, 2007: 595-6).

Diversas teorías del envejecimiento de enfoque funcionalista, como la teoría de la desvinculación, de la actividad y de la continuidad han tratado de explicar y justificar la situación de las personas al llegar a la vejez, tomando como referencia (en los casos que así sucede) la jubilación. La teoría de la desvinculación justifica el alejamiento progresivo de la persona de sus roles en la sociedad; por su parte la teoría de la actividad sugiere que el proseguir con la actividad después de la jubilación permite una mejor “adaptación” a este periodo, mientras que la teoría de la continuidad propone proseguir en la medida de lo posible con las actitudes y actividades previas a la jubilación. Así, el mantenimiento de la

actividad en el periodo de la vejez se ha asociado con un envejecimiento satisfactorio, (Triado, 2003: 41-3).

Ciertos tipos de actividades cotidianas han sido propuestas como componentes de lo que se ha dado en llamar envejecimiento satisfactorio o exitoso, como las relaciones interpersonales, y especialmente las actividades productivas con valor social (Rowe y Kahn, 1997); lo que significa una implicación activa con la vida, que se concreta en relaciones interpersonales satisfactorias y actividades productivas (Villar y cols, 2006: 150 y Triado, 2003: 44).

Además, los viejos al realizar sus actividades diarias, como señala Silvia Gascón, tienen la capacidad de intervenir en la toma de decisiones en todos aquellos aspectos de su vida cotidiana que los afectan e involucran. Esto implica la pretensión de los actores sociales de ser autores de los procesos sociales que les conciernen. Por lo tanto, la participación social significa tener cierto grado de poder o influencia en la decisión de que se trate, (Gascón 2005: 4), aspecto que guarda relación con la construcción de autonomía a lo largo de la vida, elemento que se aborda a continuación.

5.3 Autonomía

La autonomía es uno de los conceptos que sustentan a las sociedades modernas y a la democracia y de la que se precisa distinguir algunas de sus acepciones; autonomía en sentido ético y autonomía en sentido político. En la teoría ética, “autonomía” se refiere a una voluntad que sigue las pautas que ella misma dicta y no las promulgadas por otros. No difiere del concepto de libre determinación aplicado al sujeto moral. Pero dentro del campo de las relaciones políticas⁴⁰, autonomía ha adquirido, otro sentido. Se refiere a un grupo social o una institución que tiene el derecho de dictar sus propias reglas, dentro de un ámbito limitado de competencia. Por otro lado, también se puede hablar de autonomía en un sentido individual y colectivo, ya que el ejercicio de la autonomía individual tiene como condición la autonomía de la cultura a la que se pertenece (Villoro, 1998, 1995, en: Olive,

⁴⁰ Si de proponer una definición comprensiva se trata, puede indicarse que el sistema de autonomía política se refiere a un régimen especial que configura un gobierno (p 102) propio (autogobierno) para ciertas comunidades integrantes [de un Estado o de una nación], las cuales escogen así autoridades que son parte de la colectividad. Ejercen competencias legalmente atribuidas y tienen facultades mínimas para legislar acerca de su vida interna y para la administración de sus asuntos. La enorme variedad de situaciones posibles, en función de las características económicas, políticas, sociales, culturales, forjadas históricamente, hacen imposible una definición menos general (Díaz Polanco, 1991:151; en: Olive, 2004: 103).

2004: 95-99). Un agente individual es autónomo si y sólo si, cada vez que ejecuta una acción o que pudiendo actuar de cierta manera se abstiene de hacerlo, lo hace por decisión propia. Este concepto de autonomía puede aplicarse a una entidad colectiva, o un grupo de personas, si ese grupo cuenta con creencias, valores y normas compartidas, con una historia, con instituciones, prácticas y un proyecto común, y si además tiene procedimientos aceptados por la mayoría de sus miembros, mediante los cuales se toman decisiones de interés colectivo, mismas que son aceptadas como legítimas por la mayoría de los miembros de la comunidad (Olive, 2004: 99-100).

Desde la concepción marxista el lugar para la iniciativa individual fluctúa desde un determinismo radicalmente mecanicista⁴¹; a otras formulaciones que sugieren un lugar significativo para la iniciativa humana al afirmar que el hombre hace su propia historia, aunque no dentro de los límites que éste elige⁴². Otras explicaciones asumen un reino económico totalmente determinado con una relativa autonomía de lo político e ideológico. Tales interpretaciones son reformuladas en la ciencia social contemporánea al aseverar que los conflictos e intereses materiales así como el libre albedrío pueden explicar algunas partes de la variación de los resultados sociales y políticos. El lugar de la iniciativa humana en la explicación marxista también es interpretada como cuestión normativa. Es la libertad individual y no la acción colectiva, lo que conforma el ideal normativo. Para Marx la libertad es una libertad para hacer, lograr y llegar a ser ciertas cosas⁴³. Neomarxistas como Cohen argumentan que en un sistema de mercado hay una falta estructural de libertad del proletariado que obliga al obrero a trabajar bajo un capitalista para sobrevivir, mientras goza de libertad transaccional para realizar intercambios. Desde la crítica marxista al capitalismo se trata de un argumento sobre libertad y donde hay quienes carecen de libertades básicas que otros disfrutan a sus costos, también en términos de libertad. La implicación es que seremos genuinamente libres cuando podamos influir sobre las circunstancias que limitan nuestros actos. Esta discusión sugiere que si la legitimidad de los Estados está ligada a la medida en que preservan o socavan la libertad, en nuestro análisis

⁴¹ En el que la base económica condiciona el proceso general de la vida social, política e intelectual, donde la existencia social del hombre determina su conciencia y cuya pertenencia de clase condiciona su papel a jugar en la historia, generalmente de forma no deliberada (Shapiro Ian, 2007: 112-3),

⁴² Referido en el *diccionario Brumario de Luis Bonaparte* (Shapiro Ian, 2007: 112-3).

⁴³ A diferencia de los liberales, es una concepción que Isaiah Berlin alguna vez describió como concepción "positiva" de la libertad (Shapiro Ian, 2007: 113-16).

debe figurar la libertad tanto estructural como transaccional (Shapiro, 2007:104-116, 143-5).

Otra aproximación sobre autonomía es la realizada por García (2003) que aborda el empoderamiento⁴⁴ en las mujeres y analiza diversas autoras acerca de las diferencias y semejanzas entre ambos conceptos, que van desde la propuesta de autonomía como faceta psicológica del empoderamiento, y un poder desde dentro, antes de lograr ejercer otro tipo de poder, como en el caso de Nelly Stromquist (1997), al planteamiento de que el poder de decisión y la autonomía forman parte del proceso de empoderamiento de la mujer como lo sostiene Irene Cacique (2001), mientras que para Ariza y Oliveira (1996) la autonomía se separa analíticamente del empoderamiento y junto con la individuación forman parte de un proyecto de desarrollo personal. Para Shireen Jejeebhoy empoderamiento y autonomía convergen en el objetivo de ganar control sobre la propia vida respecto a la familia, la comunidad, la sociedad y los mercados, pero mientras la autonomía tiene un sentido estático el empoderamiento es dinámico. Dentro de esta revisión García refiere que para autoras como Magdalena León (1997) hay un eslabonamiento entre ambos conceptos, y afirma que el empoderamiento conduce a la autonomía personal. Para estas autoras, la autonomía individual (o grupal) sería una de las manifestaciones concretas del empoderamiento individual o colectivo (García, 2003: 228-30).

La agencia (agency) humana se acerca a la noción de autonomía al hacer referencia a que los individuos construyen su propio curso de vida a través de acciones y elecciones que toman dentro de las oportunidades y constricciones de la historia y de las circunstancias sociales (Elder y Kirkpatrick, 2003: 62) elecciones que pueden tener consecuencias importantes para las trayectorias futuras (Putney y Bengtson, 2004:151). La agencia se concibe como un desarrollo dentro de las estructuras sociales, donde la persona y el mundo social son agentes co-constructores, donde la dialéctica entre constricciones sociales y personales produce nuevas síntesis en el desarrollo tanto de la persona como de su contexto

⁴⁴ Una de las definiciones más aceptadas y utilizadas de empoderamiento se refiere a: Los bienes materiales sobre los cuales puede ejercerse el control pueden ser físicos, humanos o financieros, tales como la tierra, el agua, los bosques, los cuerpos de las personas, el trabajo, el dinero, y el acceso a éste. Los recursos intelectuales incluyen los conocimientos, la información y las ideas. El control sobre la ideología significa la habilidad para generar, propagar, sostener e institucionalizar conjuntos específicos de creencias, valores, actitudes y comportamientos, determinando virtualmente la forma en que las personas perciben y funcionan en un entorno socioeconómico y político dado (Batiwala, 1997: 192; en: García, 2003: 225).

(Settersten, 2003) y ha sido identificada con el concepto de actor social⁴⁵ (Titma y Tuma, 2005).

La noción de autonomía encuentra su raíz en el cuerpo y salud, asociándose con el desarrollo humano, que implica partir de la dependencia de los demás en la atención y dirección hacia el cuidado y la autodirección. El resultado es un funcionamiento autónomo o la autonomía comportamental (Schalock y Verdugo, 2002). Por su parte, Kant mostró que para que los individuos actúen y sean responsables, deben poseer tanto capacidades mentales como físicas para llevarlas a cabo y de principio tener un cuerpo vivo y la competencia mental para deliberar y escoger, considerándose esta capacidad de elección como el más básico nivel de autonomía. Es una precondition tener la capacidad (física y mental) de hacerlo y mantener la responsabilidad por hacerlo. Por el contrario una persona restringe su autonomía si pierde de forma temporal y seria la capacidad para actuar por medio de su libre albedrío al ser de alguna manera constreñida. De esta manera la supervivencia física y la autonomía personal son precondiciones para cualquier acción individual en cualquier cultura y constituyen las necesidades humanas más básicas, las cuales deben ser satisfechas en cierto grado antes de que los actores puedan efectivamente participar en su forma de vida para alcanzar cualquier otro deseo valioso. La autonomía individual debe ser sustentada y promovida y para ello, los individuos expresan su autonomía a partir de sus capacidades para formular deseos y plantear estrategias consistentes que se consideran en favor de sus intereses y que intentan poner en práctica en las actividades en las cuales ellos participan. Esto se sustenta en el supuesto de que las personas son de forma práctica y moral responsables de sus acciones y pueden hacer elecciones. Tres variables claves afectan los niveles de autonomía individual: 1) la comprensión de sí mismo y de su cultura; 2) la capacidad psicológica que el individuo tiene para formular opciones por sí mismo y 3) las oportunidades objetivas que le hacen posible actuar de acuerdo a ello (Faden and Beau-champ, 1986, en: Doyal y Gough, 1992: 53-60).

⁴⁵ Donde el término "actor social" es usado en el contexto de las instituciones sociales, tales como la familia, religión, y demás. El enfoque de agency humana ve al individuo como un actor independiente en la sociedad, distinto y distinguible de otras personas y del medio social. La investigación de los componentes principales de la agency humana requiere que las características de los actores sociales sean (ellos mismos) especificados. Esto incluye educación, habilidades y propósitos en la vida. Más cerca del significado amplio de esta característica del human agency esta la creencia en la auto-eficiencia (Bandura, 1997) y el enfoque del control de la acción (Ajzen, 1985) y un marco de referencia es proveído por la teoría de la elección racional (Coleman, 1990; en: Titma y Tuma, N., 2005: 112-3).

Para D'Elia y De Negri, la autonomía es convertir aspiraciones o proyectos en actos y realizaciones. La autonomía comprende varios aspectos: el desarrollo de una identidad propia o, en una doble dirección, el reconocimiento de sí mismo y el reconocimiento por los otros (autonomía personal); el desarrollo de una capacidad o habilitación para hacer o de organizarse para gobernar el propio destino de acuerdo con la propia intención o voluntad, en un contexto social determinado (autonomía relacional), y el desarrollo de una capacidad o habilitación para tomar decisiones o convertir derechos y oportunidades en logros o realizaciones (autonomía política, en el sentido de materialización de cambios) (2006: 100).

Cuando se habla de autonomía, no se hace referencia a las personas como individuos de una manera abstracta o desconectada de sus vínculos sociales. Al contrario, se habla de personas como seres cuya vida es producto de una historia o experiencia personal y social a la vez. Es decir, se es más persona en tanto se encuentre más y mejor conectada con lo que pasa a su alrededor y si logra mayor capacidad de organizarse y moverse dentro de la dinámica de fuerzas que existen en ese mundo. Dentro de la noción de autonomía se encuentran los siguientes procesos: la apropiación (sentir algo como mío: mi cuerpo, mi ser, mi proyecto), el empoderamiento (sentir que tengo derecho y poder ejercerlo), y la participación (sentir que puedo decidir o intervenir en las decisiones). La autonomía, al igual que los derechos, no viene dada. Ella se construye y dentro de ese proceso de construcción se genera una batalla personal, relacional y política (Vega Romero, 2000, en: D'Elia y De Negri, 2006). La autonomía significa poder para realizar nuestras necesidades y ello implica la autorreflexión, la acción con otros y la posibilidad de decidir. Una visión desde la calidad de vida comprende todos estos aspectos y busca que el esfuerzo esté orientado tanto a impedir que haya pérdidas de autonomía como a desarrollarla. Es un lenguaje de capacidades y potencialidades más que de carencias y límites a la superación humana (D'Elia y De Negri, 2006: 101).

La autonomía es un elemento individual socialmente vinculado que, con su presencia como un derecho, potencia las probabilidades de ser un actor o actora social para lograr alcanzar los proyectos de vida que se van forjando, individual y/o colectivamente, a lo largo del ciclo de vida. Esto implica sostenibilidad o permanencia de las condiciones objetivas y

subjetivas en el tiempo, y la seguridad (Huggins 2005: 47). El empoderamiento⁴⁶ es un concepto aliado al de autonomía. Para lograr esta última hay que trabajar con un objetivo claro de empoderar, individual y colectivamente a las mujeres y los hombres que participan en las acciones que convierten en realidades las políticas sociales, muy especialmente, aquellas personas que participan activamente en redes sociales por la salud y demás derechos humanos en los diferentes territorios sociales (Huggins 2005: 56). La promoción de la calidad de vida es el esfuerzo colectivo y transectorial de preservación y desarrollo de la autonomía de individuos y colectivos, hacia mejores condiciones de calidad de vida. Entendiendo que esta autonomía se afecta cuando existen debilidades sociales para garantizar a toda la población el ejercicio equitativo de los derechos sociales (D'Elia y De Negri, 2006: 97-8). Si entendemos que la promoción⁴⁷ de la calidad de vida es trabajar para el desarrollo de la ciudadanía de hombres y mujeres como sujetos de derechos, ésta debe ir dirigida a crear conciencia de los derechos humanos y ciudadanos que deben ser conocidos y exigidos, a fin de poder comenzar a transitar por una nueva vía de construcción de la vida digna y con justicia social. Obviamente, la participación y organización ciudadana es fundamental para este planteamiento (Huggins 2005: 57).

La autonomía se contempla como una esfera de la calidad de vida que involucra la independencia funcional, la capacidad socioeconómica y el ejercicio completo de la emancipación política. Promover la calidad de vida se refiere al mantenimiento y desarrollo de los derechos y la realización de la autonomía a lo largo de la vida (De Negri, 2008: 99). Los ámbitos de desarrollo de la autonomía, son aquellos en los cuales se pueden expresar problemas colectivos que afectan la autonomía de las personas y grupos sociales para disfrutar plenamente de derechos sociales. La construcción de los ámbitos guarda relación con los derechos a la salud, la alimentación, la educación, los ambientes del hogar, la

⁴⁶ Siguiendo a Magdalena León, "el empoderamiento implica que el sujeto se convierte en agente activo como resultado de un accionar, que varía de acuerdo con cada situación concreta (...) empoderarse significa que las personas adquieran el control de sus vidas, logren la habilidad de hacer cosas y de definir sus propias agendas (...) conectado con el contexto y en relación con acciones colectivas dentro de un proceso político" (León, 1997: 6-7; en: Huggins 2005: 56).

⁴⁷ Aunque el sustento teórico de la promoción de la salud está basado en la búsqueda de bienestar y prevención de enfermedades mediante la atención primaria de salud, y su práctica está basada en el modelo médico hegemónico, donde subyace la ideología neoliberal que reconoce a la autonomía y aparente libertad de las personas como sus conceptos centrales, no impide el desarrollo de capacidades para decidir y realizar acciones colectivas para alcanzar mejoras en las condiciones de salud. Estas acciones se realizan mediante la interacción social entre las personas que forman los grupos, a través de redes de cuidado y protección específica; en el respeto a la diversidad de comportamientos; en la inclusión social; en la participación popular y en la intervención de la comunidad para incrementar el acceso a bienes, servicios y educación en salud. En conclusión, la autonomía es el concepto central de la promoción en salud. Es una acción positiva, amplia y protectora para la salud, aplicable a la práctica de la atención primaria en salud, donde las acciones colectivas propician una participación activa y libre entre los individuos (Fleury-Teixeira y cols, 2008).

escuela, el trabajo y espacios territoriales; la vivienda y los servicios básicos, el transporte, la protección y la seguridad social, el trabajo y los ingresos, así como la participación ciudadana; y dentro de éstos, problemas como las enfermedades, los accidentes, la salud mental, la violencia, la falta de alimentos, las debilidades educativas, el desempleo y subempleo, etc, que desde el punto de vista de los derechos a los que corresponden, provocan pérdidas de las capacidades de autonomía o su desarrollo (D'Elia y cols, 2002: 23). La autonomía como se mencionó, puede ser entendida en tres planos: a) Independencia funcional, que permita un desempeño en el marco de los estándares esperados para la vida productiva y la vida relacional (como son los poderes de caminar, percibir y sentir); b) Autonomía socio-económica, que permita contar con las condiciones de vida para el desarrollo pleno de sus potencialidades y c) Autonomía política, entendida como emancipación política, que permite que el sujeto se relacione con los otros en los campos de la justicia, igualdad y democracia. A su vez, tome parte activa de las decisiones que le afectan en su vida cotidiana y en su futuro, para afirmar su condición de sujeto político, y por ende, de derechos. La tarea de construir la autonomía tiene un énfasis inicial en la construcción de la emancipación política como una forma de ganar conciencia sobre la protección de su independencia funcional, de su patrimonio individual y social, así como para el desarrollo de capacidades de organización y abogacía, orientadas a la construcción del poder transformador de las condiciones sociales y económicas que limiten o afecten su desarrollo pleno. Por esta razón, la preocupación por desarrollar participación y organización social es central, pues busca construir espacios públicos emancipatorios de participación donde se desarrollen las capacidades de autonomía política de los individuos (Casallas y cols, 2007: 8).

Se establecen acciones a ser realizadas en función del desarrollo, preservación y recuperación de la autonomía, con lo que las acciones clásicas de educación, prevención, atención y rehabilitación se ordenan desde una perspectiva más amplia. Esto implica el desafío de replantear las respuestas, garantizando tanto la capacidad funcional, como la socioeconómica, y la emancipación política, entre otras. Al tiempo que se organizan los servicios desde la perspectiva del derecho de todos. Casallas y cols, (2007) proponen una matriz para ser trabajada para planes de promoción de la equidad en calidad de vida y

salud. Las siguientes anotaciones buscan orientar el ejercicio de definir respuestas integrales dirigidas a:

a. Acciones de ejercicio de la autonomía: son aquellas a través de las cuales se promueve la emancipación de los individuos como sujetos de derechos. La emancipación, es la posibilidad que tiene el sujeto para ejercer su libertad expresada en las decisiones y posturas que toma frente a su propia vida y la del colectivo; es decir, que la emancipación connota el carácter transformador del sujeto en el marco de las relaciones sociales. El vínculo autonomía-emancipación expresa el derecho y el deber que tienen los sujetos de participar en los asuntos públicos. Desde este vínculo, se reconoce a los sujetos como actores de poder y se establece la acción política como parte fundamental de la vida individual y colectiva de los sujetos. En este contexto, es claro que la autonomía y la posibilidad de ejercerla se enmarca en la red de relaciones individuo/sociedad. También se debe considerar como las diferencias injustas y evitables, que existen entre grupos o segmentos de poblaciones que por su condición de fragilidad estructural biológico/social pueden limitar la autonomía en sus planos funcional, socioeconómico y emancipatorio. Con acciones que deben ser ubicadas en ámbitos definidos: hogares, escuelas, instituciones de protección, lugares de trabajo y comunidades (Casallas y cols, 2007: 10-1).

b. Acciones de protección de la autonomía: se busca preservar las condiciones de autonomía del sujeto, es decir, acciones que protejan su independencia funcional, en relación con los derechos y la función del Estado de responder a la fragilidad social producida por la pobreza, el desempleo, la violencia, o las relaciones desiguales. Estas condiciones deben generar acciones para proteger la autonomía basados en la equidad (dentro de la universalidad de los derechos), estableciendo una discriminación positiva (dentro de intervenciones de carácter universal) hacia los grupos o segmentos poblacionales, al tiempo que se pretende abordar exposiciones concretas que amenazan la autonomía en ambientes tales como el hogar, la escuela, las mismas instituciones de protección, comunidades y lugares de trabajo.

c. Acciones de recuperación y restitución de la autonomía: que sirven para atender las consecuencias de los problemas con una perspectiva integral de los mismos (biológicos, psicológicos y sociales). A este nivel, la acción parece concentrarse en la oferta de servicios que brindan las instituciones de salud, de servicios sociales y educativos, entre otras. Sin

embargo, como consecuencia de la acción integral sectorial deben proyectarse acciones coordinadas con el conjunto de sectores de la sociedad; así como con los propios afectados, generando redes sociales, como expresión de la interacción de iniciativas del Estado con las comunidades (Casallas y cols, 2007: 11).

Casallas y cols (2007) plantean la articulación de proyectos para el desarrollo de la autonomía en cada ciclo, entendiéndose como procesos y trayectos a través de los cuales se busca modificar los determinantes que impiden el pleno disfrute de cada uno de los derechos sociales, de manera continua y permanente desde la gestación hasta la muerte. Los proyectos de desarrollo de autonomía potencian la capacidad de los individuos y colectividades para realizar las acciones que permitan convertir en actos sus deseos, que van desde las acciones que facultan el desempeño de las actividades de la vida diaria (movilizarse, aprendizaje y aplicación del conocimiento) hasta el ejercicio de la participación para la toma de decisiones, respecto a los asuntos que compete interpretar para incidir sobre la realidad y dominarla, es decir, ejercer una opción política. La autonomía permite el ejercicio de la libertad con relación a las decisiones que los sujetos toman en el marco de sus deseos y necesidades. En el plano colectivo, la concreción de la autonomía se refiere a las posibilidades que tienen los grupos de tomar parte activa en las decisiones que afectan a todos y todas, es decir lo que se define en la esfera de lo público (Casallas y cols, 2007: 13-4).

5.3.1 Autonomía e independencia funcional en la vejez

Se ha considerado que existe una nueva cultura que define el entorno de la vida cotidiana de las personas mayores a principios del siglo XXI caracterizada por el cambio⁴⁸ y la autonomía. Esta última referida a la necesaria independencia personal que hay que mantener cuando las personas se hacen mayores⁴⁹. La autonomía es asociada con la salud y la enfermedad con la dependencia, por eso buscan mantener vidas independientes accediendo a recursos sociales y mantenido sus capacidades personales para prolongar la autonomía que les ha acompañado como adultos (Berzosa Zaballos, 2009: 260), sin que

⁴⁸ El cambio hace referencia a una sociedad dinámica en constante transformación que exige una continua adaptación para estar al día (Zaballos, 2009: 257).

⁴⁹ Es decir, a la vez que cambia la sociedad en sus formas de organizarse, en sus redes de relación y en sus modelos de convivencia, las personas mayores también están cambiando los roles tradicionales que desempeñaban en la familia y en la sociedad para construir un nuevo modelo de persona mayor más activa, más relacionada y más comprometida socialmente (Zaballos, 2009: 257).

ello signifique que se encuentren debilitados los lazos afectivos en la familia (López, 2004: 94). Wray (2003), sostiene que agencia y empoderamiento son conceptos utilizados frecuentemente como indicadores para medir envejecimiento exitoso y calidad de vida, que se asocian con independencia y autonomía, son nociones específicamente occidentales. Señala que aunque estos conceptos puedan ser relacionales, ellos fluctúan a lo largo del tiempo y del espacio y se les confiere diferentes significados al diferenciarse por etnia y cultura. El conocimiento existente de lo que constituye agency y empoderamiento en los viejos tiende a ser universal y acríticamente aplicado, reflejando los valores y perspectivas dominantes.

Por su parte, Margaret Baltes (1996: 1), destaca el imperativo cultural de las sociedades occidentales sobre la independencia, el individualismo y la autonomía, donde la dependencia en ciertos momentos del curso de vida como en la etapa de la niñez o circunstancias como la discapacidad en la vejez es tolerada pero asociada a la idea de incompetencia, sin embargo argumenta que la dependencia, puede tener una función compensatoria que permita al anciano conservar energía, control y decisión sobre las actividades en que se involucra, sugiere una dialéctica dinámica entre dependencia e independencia a lo largo de todas las etapas de la vida, constituyendo una perspectiva del envejecimiento (exitoso) con pérdidas y ganancias. De la misma manera, Ramírez, (2003: 43) afirma que en el contexto del envejecimiento, la autonomía y la dependencia se relacionan y se afectan mutuamente (2000: 42).

Con relación a la autonomía durante la vejez Arber y Evandrou (1993: 19), se refieren a la capacidad de auto-dirección que se expresa en la libertad de elegir que hacer, libre de interferencias y libre de que le digan que hacer. Identifican a la autonomía como una dimensión separada de la independencia, ya que indican que un individuo puede ser dependiente de una persona para su cuidado personal, pero todavía tener autonomía. Se ha señalado que rebasar los 60 años de edad y experimentar las transiciones que suelen caracterizar el ingreso a la tercera edad, tales como el retiro de la actividad económica, el llamado nido vacío o la viudez no implican la pérdida de autonomía y deterioro de la calidad de vida. Estas condiciones son propias de una etapa posterior, a la que se ha denominado cuarta edad. Solís (1999), realiza un abordaje empírico sobre la transición a la cuarta edad, argumentando que es importante elaborar una distinción entre los ancianos que

aún disfrutaban de autonomía y aceptable estado funcional, y aquellos que han entrado a una condición de alto deterioro funcional, creciente dependencia y deterioro de la calidad de vida. Sugiere que para el total de la población el incremento de las probabilidades de ingreso a la cuarta edad se presenta alrededor de los 75 años de edad, esto permite adoptar dicho momento como un parteaguas que define un rango de edades cronológicas (de los 75 años en adelante) como propio de la transición a la cuarta edad (Solís, 1999: 60-2). Al mismo tiempo se identifica un grupo de personas que rebasa los 80 o 90 años manteniendo una actividad física y permaneciendo libres de la necesidad de cuidados de salud o asistencia. Estos ejemplos de envejecimiento independiente (que no requiere ayuda) se les ha nombrado con el término de “autonomía personal sostenida” y se les ha relacionado desde el punto de vista biológico con un buen funcionamiento físico y menos enfermedades crónicas y desde el punto de vista psicológico con una actitud de mayor autosuficiencia (actitud independiente) y de no esperar la obligación filial de apoyo especialmente en las mujeres. Tal actitud de independencia tiene estrecha relación con el concepto ético de autonomía, la cualidad o el estado de ser autogobernado (Ford y cols, 2000: 471- 83). El estado funcional es una de las variables del estado de salud, la funcionalidad y/o el estatus funcional se refiere a la habilidad para desempeñar las actividades usuales de la vida diaria (Koukouli, Vlachonikolis y Philalithis, 2002). Mantener una autonomía personal básica para las actividades cotidianas guarda estrecha relación con el deterioro cognitivo, a un mayor grado de deterioro, hay un menor grado en la autonomía personal básica (Álvarez y Sicilia, 2007: 280). Entre otros factores el grado de funcionalidad ha sido utilizado desde el concepto de alostasis y un enfoque ecológico por Rowe y Kahn para definir el envejecimiento como exitoso, usual o frágil (Mendoza-Núñez, 2003: 58-64), al que se añade al final del siglo XX, el concepto de “envejecimiento activo” referido como “el proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez” (OMS, 2002). En los viejos con envejecimiento frágil o discapacidad, la autonomía es definida como habilidad del hombre o mujer viejos para hacer elecciones independientes cuando tales elecciones sólo pueden ser llevadas a cabo con asistencia extra. La autonomía en este contexto implica: estar libre de la coerción de otros. Segundo, el apoyo requerido para la toma de decisiones deben ser

posibles como y cuando se necesiten. Tercero, debe haber algo parecido a una ayuda recíproca de lo recibido. Para mantener control y garantizar la autonomía en la vejez se accede a diferencialmente según el contexto a la ayuda privada, (a través del pago de servicios), voluntaria, (por medio de amigos y familiares), informal a través del voluntariado y formal otorgada por el Estado (Wilson, 1993: 49-53).

Del Valle (2009), vincula el espacio con la autonomía y el cuidado en la vejez. La organización del cuidado depende de varios factores como: autonomía económica, poder de decisión, capacidades tanto físicas como mentales, fuentes de apoyo afectivo, grados de autonomía o de dependencia y las respuestas a ello. El conocimiento del grado de autonomía de las personas mayores es algo importante a tener en cuenta. No solo desde sus capacidades sino también desde las experiencias a lo largo de su vida y especialmente en la edad adulta. Una persona puede tener una capacidad de autonomía grande y sin embargo sentirse perdida en un nuevo espacio, como puede ocurrir en los cambios cuando se da un cuidado rotativo en el que cada cierto tiempo el viejo pasa a convivir con la familia, por ejemplo de su hija o hijo. A pesar de la condiciones físicas y mentales de gran autonomía, el cambio puede conllevar miedos, inseguridades y por ello es preciso una etapa de adaptación en la que el anciano o anciana tendrá que encontrar su lugar, que es más que un espacio físico⁵⁰ (Del Valle, 2009: 279-8).

El cuidado en el anciano no consiste sólo en brindar un soporte dependiente o por el contrario un soporte independiente a la persona mayor, sino que las necesidades del cuidado implican a ambos en el sentido de que permitan al viejo(a) adaptarse (compensar) y crecer (optimizar) (Baltes, 1996: 157).

5.3.2 Capacidad socioeconómica y autonomía en la vejez

Disponer de bienes –económicos y no económicos– constituye un elemento clave de la calidad de vida en la vejez. La seguridad económica, precisamente se define como la capacidad de disponer de forma independiente de una cantidad de recursos económicos regulares y suficientes para garantizar una buena calidad de vida. Esto permite a las personas mayores satisfacer sus necesidades objetivas, lo que agrega calidad a los años y brinda independencia para la adopción de decisiones, además de mejorar la autoestima y propiciar la participación en la vida cotidiana como ciudadanos con plenos derechos. El

⁵⁰ En el sentido de "lugar" de Marc Augé (1995) como experiencia de identidad y de referencia personalizada (del Valle, 2009: 279).

estudio de la seguridad económica de las personas mayores comprende dos aspectos: i) situación económica y ii) posición económica. La situación económica está determinada por el poder adquisitivo, que puede provenir de diversas fuentes: trabajo, ahorros, jubilación o pensión, entre otras. Se vincula directamente al nivel y tipo de consumo, el cual depende de la edad y el estado de salud de la persona, las características de su residencia y los servicios que corran por cuenta del Estado (servicios gratuitos o subsidios) (Huenchuan y Guzmán, 2006; 2007).

Al estudiar la situación económica en la vejez es necesario tener en cuenta una visión de su proceso a lo largo de la vida, ya que guarda relación con la posición económica y las decisiones tomadas en otros momentos de la vida, para algunos el periodo previo a la jubilación es decisivo para otros eventos más tempranos, como el nivel de estudios o el número de hijos tiene una influencia importante. Por otra parte, la posición económica se evalúa a partir de los ingresos o de los bienes de los individuos mayores en relación con otros grupos de edad o la población total. También es importante estudiar las diferencias dentro de la misma generación, básicamente porque en la vejez son más evidentes las desventajas que se acumulan a lo largo de toda una vida. La posición económica de las personas mayores en un momento determinado depende de una compleja combinación de factores interrelacionados, entre los que destacan, el género, el ciclo vital, las biografías personales y generacionales y los sistemas de protección social. El género es una variable estratificadora de importancia, que influye de manera ambigua en la posición económica de las personas cuando llegan a edades avanzadas. El ciclo vital se refiere al momento de la vida en el que se encuentran los sujetos envejecidos y las personas que los rodean. Incluye a los familiares, pues la interrelación de los ciclos de vida de los diferentes miembros de la familia determina tanto las cargas que deben sobrellevar las personas mayores como las posibilidades de ayuda de las que podrían disponer. Las biografías personales aluden directamente a la trayectoria laboral de las personas mayores, en lo que respecta a las cotizaciones que hayan acumulado al jubilarse y a su capacidad de empleo en la vejez. Las biografías generacionales corresponden al contexto en que han ido envejeciendo, y se refieren a los factores propios de la historia social, económica y política de las sociedades de las que forman parte. Las características de los sistemas de protección social se reflejan en las oportunidades y en las amenazas para lograr un ingreso sustituto digno en la edad

avanzada y, entre otros aspectos, en la posibilidad de acceder a la atención de la salud. Por último, la participación económica, la seguridad social y los apoyos familiares son los mecanismos que generan seguridad económica para las personas mayores (Huenchuan y Guzmán, 2006; Huenchuan y Guzmán, 2007:103-4).

5.3.3 Ciudadanía y autonomía

La persistencia de la desigualdad y la exclusión siguen siendo las características centrales del patrón de protección social en América Latina, con focalización de políticas sociales e individualización de riesgos (Fleury, 2006: 109). Pero a la par del surgimiento de nuevas formas de dominación y exclusión, explica Genro, también se producen formas de autonomía y de inclusión alternativa (Fleury, 1998: 13). Sin embargo, no se puede pensar la autonomía sin pensar su contra-parte, que es la dependencia. La actualización de la teoría de la ciudadanía remite a pensar la autonomía y la dependencia como intrínsecas a la condición de la ciudadanía, en la medida en que el ciudadano no existe aislado sino en una comunidad político-jurídica que es, fundamentalmente una comunidad de comunicación y de sentidos comunes (Fleury, 2004:72).

La ciudadanía también puede ser entendida como una identidad que se adquiere al nacer y nos vincula automáticamente con las leyes que existen en el país al cual se pertenece. Pero también ser mujer u hombre (niños, adultos, viejos, indígenas o criollos), son identidades que permiten decir quienes y como somos. En cada diseño de política se piensa en para quienes está dirigida. Estas identidades pueden ser amplias o restringidas, es decir, puede incluirnos o excluirnos, valorizarnos o desvalorizarnos, reforzar o eliminar alguna desventaja o desigualdad que esté asociada con la identidad, dependiendo de cual sea la forma en la que definimos y ejercemos el derecho a ser destinatarios de ella (D'Elia 2006: 31-2).

Cada modelo de sociedad ha identificado un tipo de ciudadanía, que se relaciona a su vez con un modelo de protección social. En torno a la ciudadanía se consideran;

a) modelo meritocrático-conservador del enfoque laborista de sociedad, en este modelo a la ciudadanía se le ha identificado con una forma de “ciudadanía regulada”, porque el derecho

social se concede a quienes tienen un vínculo laboral, y por derivación, al grupo familiar al cual pertenece el trabajador⁵¹.

b) modelo residual de política social del enfoque neoliberal a la ciudadanía se le identifica como de “pre-ciudadanía o de ciudadanía invertida”, puesto que las personas son objeto de asistencia del Estado como consecuencia de su fracaso⁵².

c) modelo institucional del enfoque Keynesiano se trata de una “ciudadanía pasiva, o universal”, en la medida en que los beneficios sociales son asegurados, como derechos, de forma universalizada a todos aquellos que los necesiten⁵³.

d) modelo universal equitativo del enfoque democratizador, propone la construcción de una “ciudadanía activa”. La ciudadanía es un vínculo que no sólo convierte a todas las personas en sujetos de derechos para ser tratados legalmente como iguales, participar o intervenir en los asuntos públicos, al cuidado del Estado (derechos civiles y políticos), sino que también los habilita para hacer valer la existencia de mecanismos que aseguren una misma igualdad de trato y posición en la sociedad (derechos sociales), constituirse, organizarse y orientar sus acciones dentro de una diversidad de opciones como actores autónomos y deliberativos en su personalidad y cultura⁵⁴ (derechos económicos y culturales) (D’Elia, 2006: 33-8).

5.3.4 Participación social, calidad de vida y salud en la vejez

La participación social de los ancianos ha sido tradicionalmente abordada desde su dimensión individual, considerándola como una necesidad para la autorrealización personal, lo cual responde a una línea empírica y teórica que ubica la calidad de vida como un constructo esencialmente subjetivo⁵⁵. Sin embargo, la participación social también está ligada al lugar que la sociedad signa a quien envejece, frecuentemente considerado como dependiente. Desde un abordaje socio histórico tal imagen corresponde a una construcción social de la vejez relacionada en parte con las políticas sociales hacia las personas mayores. Más allá de la participación de las personas mayores entendida como necesidad de

⁵¹ Se le relaciona con un modelo de protección social de seguro social, que tiene como característica central la cobertura de los grupos ocupacionales a través de una relación contractual (Fleury y Molina, 2002: 8).

⁵² Se le relaciona con un modelo de protección social cuyo eje central reside en la asistencia social (Fleury y Molina, 2002: 7-8).

⁵³ Se le relaciona con un modelo de protección social que asume la modalidad de seguridad social (Fleury y Molina, 2002: 9).

⁵⁴ Se relaciona con un modelo de protección social basado en la seguridad social basado en la ciudadanía, equidad y democratización (D’Elia, 2006: 25, 52).

⁵⁵ Posición que ha sido cristalizada en la definición que el 1983 hace la OMS, para la cual calidad de vida sería “la percepción del individuo sobre su posición en la vida en el contexto de un sistema de valores en el que vive y en relación con sus aspiraciones, expectativas, valoraciones e intereses.”

autorrealización, su participación ciudadana debe considerarse una condición indispensable para la viabilidad sociopolítica del proceso de planificación y el desarrollo de la democracia para lograr una participación efectiva (Aranibar sin fecha: 3-8).

Existe consenso entre diversos autores, en que la participación tiene relación con la capacidad de los individuos de intervenir tomando decisiones en aquello que afecta su vida cotidiana. Esto implica la pretensión de los actores sociales de ser autores de los procesos sociales que les conciernen. Por lo tanto, participar significa tener cierto grado de poder o influencia en la decisión de que se trate. Al mismo tiempo la participación es considerada un derecho humano universal e instrumento para influir sobre la toma de decisiones acerca del desarrollo o bien un derecho social y el vehículo para ejercer los derechos sociales. Participar contiene como elementos centrales, la acción colectiva dirigida a lograr cierto objetivo común en el sentido de involucrarse, formar y tomar parte del proceso. Es decir, que es un proceso en el cual diversos actores diseñan, cooperan, colaboran e implementan objetivos comunes. Los paradigmas dominantes y los contextos políticos y sociales en cada época amplían o restringen los alcances, implicancias y resultados de los procesos participativos (Gascón, 2005: 4).

Desde la segunda mitad del siglo XX a la fecha, en América Latina, se desarrollaron procesos de participación en los que han estado involucrados las personas mayores, en su mayoría viejos y viejas jóvenes (60 a 74 años) con formas organizativas y objetivos diversos. A partir de la época de posguerra surgen organizaciones inspiradas en el mutualismo y los sindicatos. Una modalidad más reciente (décadas de los 70 y 80 del siglo XX) de participación social se dió por medio de los movimientos sociales⁵⁶ con lo cual emergieron nuevos actores más fluctuantes y más ligados a lo sociocultural -que a lo económico y político- y que ubicaron la centralidad de sus luchas, en reivindicaciones por la calidad de vida y por la inclusión social. Estos nuevos protagonistas se caracterizaron por la defensa de su identidad, basada en relaciones de cooperación y solidaridad, se orientaron hacia metas específicas y desdeñaron las formas tradicionales de participación política.

⁵⁶ Algunas definiciones actuales nos indican que "Un movimiento social es un sistema de narraciones, al mismo tiempo que un sistema de registros culturales, explicaciones y prescripciones de cómo determinados conflictos son expresados socialmente y de como y a través de que medios la sociedad ha de ser reformada; como el orden correcto de la modernidad, una y otra vez aplazado y frustrado debe ser rediseñado" (Ibarra y Tejerina, 1998). Alberto Melucci (1994) y Laraña (1999) analizan los movimientos sociales como una forma de acción colectiva que integra distintos elementos: 1) Apelan a la solidaridad, para promover o impedir cambios sociales. 2) Implican la presencia de un conflicto, es decir, de una oposición entre dos o más actores que compiten por el control de los recursos a los que les atribuyen valor y 3) Implican una ruptura de los límites del sistema de normas y relaciones sociales en el que se desarrolla una acción; y 4) Tienen capacidad para producir nuevas normas y legitimaciones en la sociedad (en Gastón, 2005: 12).

Aspectos que fueron compartidos por las organizaciones de viejos en Latinoamérica en la década de 1980, especialmente en el sur. Estos nuevos movimientos no sólo movilizaron a individuos o clases, en función del sistema productivo, sino que definieron su identidad en función de características étnicas, religiosas, regionales, de género y etarias, entre otras. Los movimientos de personas mayores que constituyen su identidad a partir de la edad, tienen como primera tarea modificar el paradigma vigente del envejecimiento asociado a enfermedad, pobreza y discapacidad y participan bajo estrategias particulares como las redes sociales, que nacen como reacción a los movimientos clásicos y entre sus características sobresalientes esta el relacionar lo público y lo privado. Así, surgen en las sociedades envejecidas los llamados “movimientos grises⁵⁷” (Gil-Calvo, 2004: 7- 10) y en los países más envejecidos de la región se constituyen asociaciones entre las personas mayores excluidas de la seguridad social, sobretodo en contextos de pobreza urbana, con los “nuevos pobres”. Sin embargo, las prácticas sociales de muchas personas mayores de los sectores populares en América Latina, organizadas en las últimas décadas se caracterizaban por la monotonía, traducida en rutinas desprovistas de sentido creativo. Como respuesta a esta realidad se crearon muchas asociaciones en su mayoría de corte asistencial o reparatorio y más recientemente se observa el pasaje hacia nuevos estilos de participación social y comunitaria de las personas mayores de ambos sexos. Estos nuevos estilos emergentes -aunque variados- es altamente probable que tengan una común aptitud transformadora, resultando de particular interés el potencial que ofrece su participación social y comunitaria en el diseño y control de los servicios y políticas vinculadas con su bienestar y el del conjunto de la comunidad. La participación en la vejez requiere de condiciones para su mejor desarrollo, para lo cual es necesario avanzar en varias direcciones: mejorar las democracias, ampliar la ciudadanía, y reconstruir el Estado, entre otras. Mayor será su pertinencia en la medida que se inscriba en un sistema democrático⁵⁸ que garantice efectivamente la equidad y construya un concepto ampliado de ciudadanía⁵⁹ política, social y económica.

⁵⁷ El poder gris se refiere a la abolición de la discriminación de las personas mayores y adquisición colectiva de la capacidad para adueñarse en común de su propio destino soberano (Gil-Calvo, 2004: 10).

⁵⁸ Una democracia minimalista es definida como sistema de partidos políticos que compiten en elecciones libres, mientras que una democracia maximalista vincula la democracia a la presencia de una sociedad civil densa y de una ciudadanía plena y efectiva (Gascón, 2005: 6).

⁵⁹ La ciudadanía integral planteada por PNUD considera que el ciudadano debe acceder armoniosamente al conjunto de sus derechos cívicos, sociales, económicos y culturales y que todos ellos conforman un conjunto indivisible y articulado” (Gascón, 2005: 6-7).

Paralelamente a principios del año 2000, se suscribe la declaración política de la Asamblea Mundial de envejecimiento de Madrid que sostiene que las necesidades múltiples de la sociedad exigen que las personas de edad puedan participar en la vida económica, política, social y cultural de sus sociedades. La habilitación de las personas de edad y la promoción de su plena participación son elementos imprescindibles para un envejecimiento activo y para una democracia íntegra⁶⁰ (OMS, 2002: 79; Gascón, 2005: 7). Sin embargo, el desarrollo democrático de América Latina en presencia de pobreza y desigualdad no garantiza aún la ciudadanía social e integral. Para fortalecerlas se considera que las personas de edad deben ser participantes en el proceso de desarrollo (Gascón, 2005).

La noción de participación en personas mayores, entendida a partir de la acción, se basa en la definición de Anthony Giddens⁶¹ y señala que la participación forma parte de la acción individual o colectiva de los agentes con capacidad para transformar una realidad social dada. Se aleja, en consecuencia, de entender el “obrar” de las personas de edad avanzada como el interés que manifiestan en “hacer cosas”. Considerado desde esta perspectiva, el poder de los agentes no se manifiesta únicamente en la consecución de los intereses sectoriales o políticos, sino que forma parte de las rutinas de reproducción social, movilizándolo los recursos disponibles para aplicarlos a una propuesta de transformación (Gascón 2005: 5-22).

Para analizar la participación social de las personas mayores es pertinente tomar en cuenta tanto tendencias institucionales como aquellas acciones más comunitarias y relacionales de participación, utilizando de forma flexible y dinámica algunos criterios para identificar su grado de participación a partir de aspectos ligados al nivel de vinculación, iniciativa, implicaciones y consecuencias, lo que hablaría de gradaciones y formas de entender la

⁶⁰ Esta noción de ciudadanía integral está estrechamente vinculada a la profundización y ampliación del concepto de democratización y la noción de gobernabilidad democrática. Estos conceptos desde el enfoque de desarrollo humano son inseparables, ya que implica que las personas, es decir los ciudadanos, están en el centro de la concepción de política, son el eje del desarrollo. Significa la generación de un ámbito que posibilite que todos puedan disfrutar de vidas largas, saludables y creativas. Implica además construir una ética de la diversidad en un contexto de justicia social y equidad en el acceso a los bienes y servicios. La noción de gobernabilidad, remite a su vez a la noción de buen gobierno, que requiere eficiencia y eficacia, búsqueda de consensos, visión estratégica, transparencia y una clara orientación a dar respuestas a las necesidades de las personas, entre otras características. Es decir, que desde estos postulados se apuesta a la construcción de una sociedad que recupere los valores de justicia y equidad y que comprenda que la pobreza no es un mal “natural” y que es posible luchar contra ella. Esto se vincula con la noción de “ciudadanía social” -incluido en la conceptualización de ciudadanía integral- “que se refiere a aquellos aspectos de la vida de los ciudadanos que afectan el potencial para desarrollar sus capacidades básicas” (PNUD, 2004; en: Gascón; 2005: 7).

⁶¹ Anthony Giddens (1998) “Una acción nace de la aptitud del individuo para ‘producir una diferencia’ en un estado de cosas o curso de sucesos preexistentes. Un agente deja de ser tal si pierde la aptitud de ‘producir una diferencia’, o sea, de ejercer alguna clase de poder” (en Gascón, 2005: 10).

participación⁶², sea como a) información (ciudadanía informada de derechos y deberes); b) como consulta no vinculante, (no hay relación directa con la toma de decisiones); c) como consulta vinculante (toma en cuenta la opinión o parecer de las personas); d) como co-gestión o co-ejecución (realización conjunta entre las partes, sin participar necesariamente en la toma de decisiones); e) como control (acciones de fiscalización de la gestión pública, evalúa o audita distintas etapas o fases de un proyecto) y f) del tipo co-implicación o codirección (incluye a las anteriores y se traduce en la concertación de voluntades, formación de alianzas y participación en la toma de decisiones) (Duque y Echanogorria, 2008: 16-21). A las personas mayores se les ha visto desde la gerontología más comúnmente como un colectivo demandante de servicios, ayuda y cuidados, pero recientemente como se ha visto, desde la teoría y políticas públicas se promulga una participación social de las personas mayores, desde el “envejecimiento activo⁶³”. En la cultura del envejecimiento activo intervienen multitud de factores: sociales, físicos, económicos, relacionados con la salud y el sistema sanitario, con lo personal y con los estilos de vida. El conocimiento de la influencia de estos factores a nivel personal, familiar y de comunidad, resulta fundamental para articular políticas y programas efectivos bien modulados en materia de envejecimiento activo. Conocer la influencia de los factores que lo determinan a lo largo del ciclo vital favorece una mediación más óptima para mejorar temas como la salud. Saber como afectan los hechos y factores a las distintas etapas de vida hace interesarse en el enfoque generacional⁶⁴ de la vejez. Asimismo, mujeres y hombres

⁶² Fuente: «Propuesta Metodológica para Mejorar la Calidad de la Oferta Gubernamental de Participación en Políticas Públicas.» División de Organizaciones Sociales, SEGEGOB, 2005; Duque y Echanogorria., 2008: 19).

⁶³ La OMS define envejecimiento activo como «el proceso de optimización de las oportunidades de la salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen». El concepto de activo no se asimila a la actividad laboral, sino que hace referencia a un proceso de participación continua en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas. La OMS resalta el papel importante que juega la educación, a lo largo de todo el ciclo vital, como elemento que tiene la función de proporcionar oportunidades e iniciativas que estimulen la participación activa en la sociedad según se va envejeciendo. Conjuntamente con la educación, el estilo de vida llevado a cabo durante el ciclo vital marca las pautas fundamentales, actuando como un factor condicionante del número y tipología de actividades que la persona mayor puede realizar en esta etapa. El conocimiento de los recursos que aporta la sociedad por parte de las personas mayores se configura como una herramienta clave para la promoción del envejecimiento activo. Dicho conocimiento entra a formar parte de la calidad de vida de las personas mayores al presentarse como oportunidades que se ajustan a sus necesidades, encontrando un equilibrio óptimo y saludable en términos materiales y anímicos. La conceptualización europea del envejecimiento activo adopta los elementos básicos del ideal productivo estadounidense, combinándolo con componentes de calidad de vida y bienestar físico y mental. Hay que subrayar que en este camino se estaría trabajando, a su vez, por desvincular la vejez, y con ello a las personas mayores, de los estereotipos y mitos negativos que rodean al proceso de envejecimiento y a las personas mayores (Duque y Echanogorria, 2008: 26-7).

⁶⁴ El enfoque generacional centra su análisis en aquello que comparten las personas que han nacido en un mismo periodo de tiempo: trayectoria vital, acontecimientos sociales, políticos, educación, necesidades, estilos de vida, etc. Esta perspectiva apoya el reconocimiento de las necesidades para cada cohorte generacional. Cada generación se caracteriza por una serie de acontecimientos concretos que establecen una dinámica social y personal específica en cada grupo poblacional. Como resultado, en las personas mayores se asiste a una diversidad situacional y de vivencias totalmente heterogénea, lo que implica, dentro de los

mayores, debido a la edad, arrastran la carga social asignada a su género materializándose la participación social de forma muy dispar entre ellos y ellas. Este hecho implica que mujeres y hombres no envejecen de la misma forma, llegando a esta etapa en condiciones muy dispares: hombres jubilados, mujeres mayores trabajadoras no remuneradas, distinto poder adquisitivo, distintas relaciones sociales, distintas actividades de ocio, distintas inquietudes, etc., que posiblemente influye en las formas de participación en la vejez identificándose el asociacionismo, el voluntariado, la actividad política, la educación permanente, el ocio y tiempo libre, o las actividades de culto y religiosas (Duque y Echanogorria, 2008: 27-37). En México, un ejemplo de participación social en la vejez se lleva a cabo en las delegaciones de la Ciudad de México, a través de grupos de apoyo comunitario, promovidos desde el ámbito gubernamental, a partir de la entrada en la capital del país, durante la segunda mitad de la década de 1990, de un gobierno de izquierda, donde sobresale la experiencia de la delegación Gustavo A Madero. Estas organizaciones sociales responden a distintos objetivos y mantienen variadas estrategias organizativas que tienen implicaciones diferentes para los adultos mayores, cuyo desarrollo diferencial afecta su ⁶⁵ calidad de vida y la salud donde la relación entre redes de apoyo y calidad de vida ha sido más analizada. Antonucci y Akiyama (2001: citado en: Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca, 2003: 12) concluyen que las personas que se encuentran más apoyadas pueden hacer frente a las enfermedades, estrés y otras dificultades de la vida en mejores condiciones. También concluyen que las relaciones de calidad pueden tener efectos en los niveles de depresión e impactan la frecuencia de enfermedades y la respuesta inmunológica (Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca, 2003: 12).

En las últimas décadas, para conocer el grado de bienestar del adulto mayor se ha puesto una mayor atención a los mecanismos formales e informales de apoyo. Entre los primeros destacan el papel de los sistemas de seguridad social. En los segundos sobresale el papel de las redes sociales a través del estudio sobre los vínculos con familiares, amigos, vecinos y

programa de envejecimiento activo, un marco de actuación concreto a tener en cuenta (Pérez. «La madurez de masas».IMSERSO Observatorio de las Personas Mayores. 2002; en: IMSERSO, 2008: 27).

⁶⁵ En conferencias internacionales, se ha hecho mención al término *calidad de vida* (Mertens, 1994)². Este concepto se entiende como una combinación óptima de factores psicológicos, afectivos, de salud, económicos, políticos, culturales y ambientales. Su complejidad ha despertado una serie de discusiones teóricas, metodológicas y técnicas de operación, sobre todo porque el incremento en el tiempo de existencia no equivale a una calidad de vida aceptable. Dicho concepto se ha evaluado a través de varios indicadores que permiten reconocer la intervención del gobierno como de las instituciones no gubernamentales, la familia y la sociedad civil (Montes de Oca, 2002: 5-6).

compañeros de trabajo entre otros, que han sido explicados desde la teoría del intercambio⁶⁶, donde se reconocen mecanismos diferenciados de participación en las redes comunitarias y el significado que les otorgan la población femenina y masculina, aspectos que influyen sobre la construcción de su calidad de vida (Montes de Oca, 2002: 4-10).

La investigación sostiene que las redes sociales aportan un beneficio real sobre la calidad de vida de diferentes tipos de grupos, entre ellos los viejos. Desde el nacimiento y a lo largo del curso de vida se pasa de una red a otra, formando éstas parte integral del desarrollo (Hogan, 1993 y 1995; en: Montes de Oca, 2002: 18). Entre las redes que se establecen en la vejez, se encuentran las redes comunitarias que comparten el territorio, la cercanía geográfica o la vecindad. La evidencia indica que los tipos de ayuda otorgados en este tipo de redes van desde la información, consejo, apoyo emocional, y esporádicamente apoyo económico en dinero o especie. En el caso de México, se observa que en tales organizaciones las mujeres participan más, y preferentemente en las que están orientadas al trabajo comunitario, promoción de la salud y actividades recreativas, pero también existen organizaciones políticas de adultos mayores cuya población mayoritaria son los varones. El proceso de formación de estas organizaciones civiles es diverso, pero aún aquellas que surgieron a instancia gubernamental terminan teniendo una dinámica autónoma, espacio e infraestructura propia (Montes de Oca, 2002: 22-31).

Los grupos organizados de adultos mayores (como en la Colonia San Juan de Aragón en la delegación Gustavo A Madero, del DF), son una manifestación de la formación de las redes comunitarias de apoyo del mismo segmento social, cuya existencia debe tener un significado entre sus integrantes, así como un sentido de pertenencia y construcción de identidad.

Dentro de la ya limitada participación de los adultos mayores en grupos organizados de apoyo comunitario se distingue una menor participación masculina y de ancianos (as) situados en los extremos del espectro socioeconómico. Se reconoce que la pertenencia a las redes comunitarias favorece la calidad de vida, a condición de que exista reciprocidad entre sus miembros y se favorezca la auto-realización. Participar para hombres y mujeres en redes de apoyo surge de necesidades diferentes, en el caso de las mujeres son necesidades de afecto, compañía, apoyo recíproco y de fortalecimiento de la autoestima, donde el grupo

⁶⁶ La teoría del intercambio (Homans, 1981) señala la importancia de la reciprocidad en los intercambios (en: Clemente, 2003).

funciona como amortiguador contra la discriminación hacia la población adulta mayor. Por lo que las redes tienen un efecto significativo sobre la calidad de vida de las mujeres durante la vejez, al igual que los apoyos económicos, la integración familiar, los servicios de atención a la salud, que permiten satisfacer algunas de las múltiples necesidades humanas presentes en la vejez. A los hombres les afecta de forma importante la viudez y la jubilación por lo que uno de los motivos para participar se orienta a buscar compañía o pareja emocional. Pero la participación tanto en hombres como en mujeres decrece con la edad, por lo que los grupos de apoyo se constituyen principalmente de viejos jóvenes, en especial de mujeres⁶⁷ (Montes de Oca, 2002: 37-51).

Una explicación parcial del debilitamiento de las redes sociales en función de la edad, lo aporta el mapa evolutivo de la red social que plantea Sluzki (1998), en el que la etapa de la vejez se caracteriza por la existencia de tres factores, cuyos efectos acumulativos contraen la red social personal del adulto mayor: a) la muerte, migración o debilitamiento de los miembros reduce los vínculos existentes; b) la disminución progresiva de las oportunidades así como de la motivación para establecer nuevos vínculos dificulta la renovación de la red social y c) el decrecimiento de la energía necesaria para mantener activos los vínculos disminuye la posibilidad de conservar la red social. Es decir, que a medida que el adulto mayor envejece, la red social personal sufre pérdidas y a su vez la posibilidad de reemplazarlas se reducen marcadamente, los miembros del grupo de pertenencia tienden a morir con mayor frecuencia. Los ancianos tienen menos ocasiones sociales para hacer nuevas amistades y están menos dispuestos a hacerlo y el esfuerzo requerido para mantener una conducta social activa, son mayores en tanto la dificultad para movilizarse aumenta, por consiguiente, disminuyen las habilidades y a la larga el interés por expandir la red (Clemente, 2003: 44).

En un contexto de envejecimiento demográfico en los países en desarrollo, con una seguridad social insuficiente como apoyo formal y menor inversión pública social, las

⁶⁷ Para las mujeres adultas mayores de la zona de Aragón, los factores que tienen un peso significativo para inhibir su participación en grupos de adultos mayores son: la dinámica del entorno familiar, la situación económica (pobreza o riqueza y actividad económica), la percepción ambiental de riesgo, rechazo o agresión, también resulta importante la percepción o imagen negativa que la sociedad tiene de los grupos de adultos mayores, esto se refleja en su rechazo a la diversión y el entretenimiento. En los hombres adultos mayores de Aragón, los factores que determinan la no participación tienen más que ver con su dificultad en los procesos de relacionamiento con otras personas en términos simétricos, la percepción ambiental que ellos tienen de los grupos (mayoría femenina, actividades no apropiadas para ellos, miedo al rechazo, falta de información y seguridad), también sobresale en ellos el deseo y la necesidad de continuar su papel de proveedor económico en los hogares donde residen, manifiesta distribución del tiempo hacia las actividades que los reafirman como personas activas y útiles. Existe una menor mención, que sin embargo me pareció interesante el rechazo a una manifestación del placer a través de la diversión y el entretenimiento con otros pares (Montes de Oca: 2002: 51-4).

estrategias informales, concebidas como los mecanismos por los cuales la población llega a organizarse a través de redes sociales comunitarias resultan relevantes como alternativas de bajo costo, para fortalecer el desarrollo institucional gubernamental y no gubernamental, pudiendo llegar a ser una estrategia para satisfacer las necesidades sociales de los diferentes grupos organizados y en general pueden mejorar la calidad de vida de las poblaciones. Hay que señalar que muchas de las personas que inician la organización de este tipo de grupos tuvieron alguna otra experiencia previa con otro grupo. Sólo un grupo selecto de hombres y mujeres llegan a transformar una imagen pasiva de la vejez a través del rompimiento con el estereotipo, luchan por los adultos mayores, luchan por sus comunidades y luchan por su calidad de vida. Se ha sugerido que para incentivar la participación de los adultos mayores en las redes de apoyo comunitario hay que considerar con perspectiva de género la socialización, la dimensión familiar, la situación económica, la configuración del ambiente y los estereotipos que se generan alrededor de los grupos para adultos mayores (Montes de Oca, 2002: 77-85). En el campo de la salud, la función de la participación social es la de producir autonomía en las personas y grupos para la definición de mejores condiciones de vida en comunidad. Son de interés especial aquellas acciones políticas que procuren la construcción social de la salud, mediante la toma de decisiones necesarias para el buen funcionamiento de las instituciones y la reducción de los efectos nocivos de los determinantes sociales en la salud (Castillo, Torres y López, 2003: 16).

CAPÍTULO 6

APROXIMACIÓN METODOLÓGICA A LA CALIDAD DE VIDA, CONDICIONES DE VIDA Y SALUD EN LA VEJEZ. CONSTRUCCIÓN DE TRAYECTORIAS BIOGRÁFICAS E HISTORIAS DE VIDA

6.1 Curso de vida y trayectorias de vida

A través del tiempo, el curso de vida ha forjado un puente conceptual entre el proceso de envejecimiento, las trayectorias sociales del curso de vida y los subsecuentes cambios en la sociedad, basados en la premisa de que la edad ubica a la gente en la estructura social y en una cohorte al nacimiento en particular. Este puente conceptual es útil para distinguir entre tres niveles del curso de vida y su interjuego sobre la vida de las personas: 1) Rutas institucionalizadas y agregados sociales, definidos por acciones y políticas establecidas por el estado, por organizaciones y por el mercado; 2) El curso de vida personal que es formado por las propias elecciones y constricciones del individuo, frecuentemente en términos de carreras o trayectorias. 3) El desarrollo o trayectoria de envejecimiento de un individuo, definida, por ejemplo, por su funcionamiento intelectual, su auto-eficacia o valores (Elder, 1999).

El curso de vida se orienta hacia el desarrollo humano y envejecimiento, encontrando una de raíces en la orientación teórica de Merton y se refiere a patrones de vida graduados por edad, que están embebidos en estructuras sociales y cambios históricos, enraizados en una perspectiva contextualista (Elder y Kirkpatrick, 2003: 54-6).

Se han identificado tres principios básicos en la perspectiva del curso de vida, el primero describe al curso de vida como secuencias de largo término de transiciones y momentos de estabilidad que forman trayectorias distintivas. El segundo dirige su enfoque en la intersección de las condiciones sociales y/o históricas y la biografía personal. Como tal los estudiosos del curso de vida, enfatizan el interjuego de factores macro, meso y micro nivel en las vidas humanas. El tercero señala la perspectiva del curso de vida, enfatiza las vidas ligadas, o la manera en que la interdependencia de las vidas humanas modula el curso de vida (George, 2003).

Como teoría el curso de vida avanza en proveer un marco de referencia para estudios que relacionan entre si las trayectorias sociales, históricas y del desarrollo. Nos dice como las vidas son socialmente organizadas en tiempos biológicos e históricos y como los patrones sociales resultantes afectan nuestra manera de pensar, sentir y actuar (Giele y Elder, 1998).

Elder (1985, en: MacMillan y Eliason, 2004) caracterizó el curso de vida como un concepto multidimensional de trayectorias o carreras interdependientes (MacMillan y Eliason, 2004: 530). La perspectiva del curso de vida sostiene que las vías de desarrollo reflejan los cambios sociales e históricos distintivos experimentados por una generación particular y no pueden ser comprendidos apartados de este contexto social e histórico (Cohler y Hostetler, 2004).

El curso de vida se refiere a una secuencia de eventos y roles definido socialmente que los individuos representan a lo largo del tiempo y que no necesariamente proceden en una secuencia dada pero que constituyen la suma total de la experiencia actual de las personas en el tiempo. También permiten codificar los eventos históricos y la interacción social (fuera de la persona) con los estados psicológicos y biológicos del organismo relacionados con la edad (Giele y Elder, 1998). El curso de vida tiene múltiples niveles, cuyo rango abarca desde trayectorias sociales institucionalizadas hasta la experiencia de vida de los individuos, es decir cursos de vida individuales (Elder, 1998). El curso de vida individual y sus relaciones con trayectorias de desarrollo y envejecimiento establecen un piso común para la teoría del curso de vida. Tanto el desarrollo como el envejecimiento son considerados procesos a lo largo de la vida que para fines analíticos se extienden desde el desarrollo intrauterino hasta la muerte. Diferentes tipos de trayectorias de desarrollo y envejecimiento se construyen en el interjuego entre las dimensiones que forman el curso de vida: 1) el tiempo y espacio y su relación con la actividad histórica, 2) las vidas interdependientes y su relación con la actividad social y el 3) libre albedrío relacionado con la actividad y desarrollo individual. (Giele y Elder, 1998).

El enfoque del curso de vida es una propuesta teórico metodológica que permite trabajar sobre el envejecimiento al estudiar los fenómenos biológicos y sociales de manera diacrónica y sincrónica con una perspectiva dialéctica del individuo y la estructura social. Es un enfoque que permite realizar investigaciones tanto desde la perspectiva diacrónica, por medio de la herramienta de las trayectorias vitales, como desde la sincrónica por medio del uso del concepto de transición (Larralde Corona, 2005).

Los conceptos organizadores del curso de vida, como orientación teórica, incluye trayectorias y transiciones. Una visión amplia del curso de vida toma la perspectiva de trayectorias con secuencias de roles de trabajo y familia, entre otras (Elder y Kirkpatrick;

2003: 54). Las trayectorias y las transiciones siempre están interrelacionadas. Las trayectorias se refieren a patrones de largo plazo, de estabilidad y cambio, que frecuentemente incluyen múltiples transiciones que pueden ser fiables para diferenciar patrones alternativos. Las transiciones se definen como cambios en el estatus que son discretos y limitados en duración, aunque sus consecuencias pueden ser de largo plazo (George, 1993). Una trayectoria es amplia en el tiempo, registrando las experiencias individuales en esferas específicas. El curso de vida individual está compuesta por múltiples, trayectorias interdependientes (ejemplo: trayectorias de trabajo, familia, y educación). Lo que suceda a lo largo de una trayectoria frecuentemente tiene un efecto sobre otras trayectorias, los roles sostenidos a lo largo de cada trayectoria son frecuentemente coordinados con roles de otras trayectorias. La asincronía entre las trayectorias parece crear constricciones a los individuos, como cuando las demandas en una esfera son incompatibles con otras en otra esfera (Settersten, 2003: 24-5). Las trayectorias del curso de vida pueden ser aisladas por dominios específicos de experiencia (ejemplo: trayectorias de salud, trayectorias familiares), o pueden abarcar múltiples dominios (ejemplo: trayectorias de familia y trabajo involucrados). Las trayectorias no tienen el mismo significado sociológico de carreras, a diferencia de las carreras en las trayectorias no se espera que sigan determinadas etapas o pasos que conduzcan a un resultado específico (carrera ocupacional). Las carreras se refieren a patrones en un dominio de vida mientras que las trayectorias pueden abarcar múltiples dominios (George, 2003).

Las trayectorias están marcadas por eventos de vida, transiciones y puntos de viraje, los cuales son eventos centrales en el marco del curso de vida (Elder, 1998). Eventos y transiciones son cortos en tiempo y se refieren a cambios en el estado de los individuos. El evento es conceptualizado como un cambio relativamente abrupto. La transición es conceptualizada como un cambio más gradual y una que es generalmente ligada a la adquisición de roles (Settersten, 2003: 24-5). Corresponde a una visión más estrecha representando un cambio en el estado(s), (como cuando los hijos dejan la casa). Algunas transiciones involucran múltiples cambios en un proceso multi-fásico (Elder y Kirkpatrick; 2003: 54-5).

Un cambio sustancial de dirección representa un potencial punto de viraje (Elder y Kirkpatrick, 2003: 56). El concepto de puntos de viraje es usado para referirse a los puntos

en los cuales una trayectoria cambia significativamente de dirección o es “discontinua” en forma. Esta discontinuidad puede ser “objetivamente” definida como tal por el investigador quien ha examinado la forma o perfil de la trayectoria, o puede ser “subjetivamente” definida como tal por la persona que la experimenta (Settersten, 2003: 24-5).

Las trayectorias pueden ser caracterizadas al menos en cinco formas: timing, secuenciación, espaciamiento, densidad, y duración son parámetros centrales para la descripción de las experiencias a lo largo de las trayectorias. El timing, secuenciación, espaciamiento, densidad, y duración de las experiencias tempranas pueden tener un importante efecto “dominó” que modela la naturaleza de las experiencias tardías o posteriores. La atención a estos parámetros ilustra el hecho de que un solo evento, transición o punto de viraje no puede ser entendido de forma aislada de otros que están alrededor; 1) la forma más común de definir las trayectorias es en base al timing. El timing, se refiere a la edad a la cual las experiencias ocurren; 2) La secuenciación, se refiere al orden en el cual ocurren las experiencias. Este enfoque ha sido usado en la transición a la adultez. La racionalidad para medir trayectorias en términos secuenciales es la expectativa de que secuencias diferentes tendrán, a partir de diferentes precursores, diferentes consecuencias; 3) las trayectorias pueden ser caracterizadas sobre la base de la duración en un estado específico, lo se refiere a la amplitud de tiempo gastado en cualquier rol particular o “estado”. Definir las trayectorias sobre la base de la duración es especialmente útil si las transiciones son duración-dependientes; 4) el espaciamiento se refiere al monto o cantidad de tiempo entre dos o más experiencias ordenadas y 5) finalmente las trayectorias pueden ser caracterizadas en términos de densidad de las transiciones en edades o tiempos específicos. Lo que se refiere a la compresión de transiciones dentro de la frontera de un periodo de tiempo. Trayectorias densas son aquellas en las cuales múltiples transiciones ocurren en un tiempo similar; en las trayectorias menos densas, las transiciones están más espaciadas. Sólo es posible estudiar la densidad de las trayectorias si múltiples dominios de vida son examinados (ejemplo: la transición adolescente-adulto) (George, 2003: 162-4; Settersten, 2003: 24-5).

Las trayectorias pueden mostrar como resultado un estado de salud. Anteriormente se comentaron las diversas maneras de conceptualizar las características de las trayectorias. Cada una puede aportar información acerca de factores sociales y enfermedad. El timing de las

transiciones de salud (ejemplo la edad a la cual ocurrió), puede tener importantes consecuencias para el curso de la enfermedad. El curso de la enfermedad también puede ser dependiente de la duración (ejemplo el curso de una depresión clínica). La secuencia de transiciones de salud también puede ser importante para el resultado de un episodio de enfermedad (ejemplo un impedimento cognitivo asociado con un resultado más pobre de condiciones de salud). La densidad de las transiciones de salud puede ser importante para comprender el resultado de la enfermedad (ejemplo la comorbilidad esta asociada con resultados más pobres). El concepto de densidad nos recuerda que múltiples transiciones pueden ocurrir en un periodo relativamente corto de tiempo y que la concentración temporal de múltiples transiciones puede tener importantes consecuencias. Casi todos los factores sociales hipotetizados que afectan la salud podrían ser examinados, en la forma de trayectorias. El estatus socioeconómico podría ser conceptualizado y medido como historia socioeconómica (historia de trayectoria marital, etc.) y ser relacionados con la salud. Patrones de largo plazo de redes sociales o soporte social pueden ser relacionados con la salud de diferentes maneras. Trayectorias de estrés pueden ser construidas para determinar que tan largo tiempo de exposición a estresores afectan la salud.

Las características de las trayectorias tienen el potencial de un entendimiento ulterior de las complejas relaciones entre factores sociales y salud. En términos de timing, la edad a la cual ocurren transiciones específicas en factores sociales puede afectar la salud (teoría del apego, pérdida temprana de un padre y enfermedad en edad adulta). Es claro, que la duración es la esencia del tiempo de exposición relacionado con la cantidad de tiempo que uno debe estar expuesto a un factor social para experimentar su beneficio o debilidad para la salud. Las secuencias de transiciones en el contexto de una larga trayectoria también puede afectar la salud (secuencia casamiento y paternidad, con implicaciones en la salud de la madre y/o bebé). Finalmente la densidad de transiciones también puede tener consecuencias en la salud (múltiples eventos de pérdida en un periodo relativamente corto) (George, 2003: 172-5).

Otra forma de abordar las trayectorias en relación con la salud y la autonomía, es entendiendo el envejecimiento como un proceso de eventos sucesivos, en el que la dependencia y la independencia forman parte de una trayectoria, como fases diferentes pero interdependientes del proceso de envejecimiento, es decir un mismo anciano pasaría por

ellas en diferentes momentos de su vejez. Proponiéndose construir esta trayectoria de la vejez en términos funcionales a partir de dos criterios: el de autonomía y el de dependencia. Considerando que ambas condiciones están presentes durante la vejez pero en grados diferentes, se definen fases de la vejez a partir de la combinación de niveles de autonomía y dependencia y el grado de cada una. Una trayectoria construida bajo el criterio de niveles de dependencia y autonomía ofrece un medio de explorar a nivel microsocioal el proceso de convertirse en un sujeto dependiente al final de la vida, pero sin perder de vista los rasgos de independencia existentes, aún a niveles mínimos durante la vejez. Se construye una trayectoria del tiempo subjetivo a partir de la experiencia interior de envejecer, es decir, sobre su aspecto biográfico. Esta trayectoria articularía los eventos significativos del envejecimiento a partir del proceso interno de reflexión sobre las experiencias del sujeto en el contexto de su curso de vida (Robles, 2006).

6.2 El curso de vida: Acumulación de desventajas y su relación con la salud (Modelos)

La perspectiva de la epidemiología social ha propuesto tres hipótesis para explicar las influencias de las etapas tempranas de la vida en el establecimiento de enfermedades en edades intermedias y tardías:

Primera hipótesis. Exposiciones tempranas en la niñez pueden influenciar el proceso de desarrollo, particularmente el desarrollo cerebral durante los períodos de mayor plasticidad. A través del moldeamiento de patrones de respuesta durante estas “fases críticas” las experiencias en etapas tempranas de la vida podrían hacer entonces al individuo vulnerable o resistente a diversas enfermedades en la etapa adulta (Barker 1992 en: Berkman y Kawachi, 2000). Dentro de los modelos conceptuales del curso de vida sobre periodos críticos hay modelos con y sin factores de riesgo en la vejez y aquellos con modificadores de efecto en la vejez (Ben-Shlomo y Kuh, 2002: 287).

Segunda hipótesis. Es un enfoque sobre las desventajas acumulativas donde las desventajas tempranas ponen en movimiento una serie de experiencias sucesivas que se acumulan a lo largo del tiempo para producir después de la edad de 30, 40, 50 o 60 años de desventajas, ciertos efectos (Berkman y Kawachi, 2000). Dentro de los modelos conceptuales del curso de vida sobre acumulación de riesgos se plantean aquellos que son independientes y no se

correlacionan con los daños, otros que si se correlacionan con los daños y otros que forman cadenas de riesgo con efectos aditivos o disparadores (Ben-Shlomo y Kuh, 2002: 287).

Tercera hipótesis. Es aquella que considera que las experiencias tempranas son un grupo de fases hacia la etapa adulta, señalando que sólo las experiencias adultas tienen influencia directa sobre los resultados de salud.

Las tres hipótesis sirven como marco para analizar los eventos a lo largo de la vida, no se plantea que haya evidencias que soportan más a una u otra hipótesis, no es un modelo determinístico del desarrollo de las causas de enfermedad, pero puede ser un lente a través del cual se puede examinar como los factores sociales pueden influir en la salud adulta (Berkman y Kawachi, 2000).

En contraste con lo anterior, en una reciente revisión de la literatura, sobre la influencia de diversos factores que a lo largo de la vida afectan el tiempo de vida en la vejez y su calidad. Vaupel (2010) señala, que diversos factores interactúan para determinar porque algunas personas viven vidas más o menos sanas respecto del promedio y refiere que principalmente son dos factores los que intervienen: la prosperidad de un país y la intervención médica, retrasan la senescencia, pero otros factores aún no bien comprendidos intervienen, como la estructura familiar, las redes sociales de apoyo o la obesidad. Por lo tanto, las opiniones difieren acerca de la importancia relativa de diversos factores en la determinación de la salud en la vejez. Por un lado algunos tipos de evento en el útero y en la niñez tienen ramificaciones significativas para la salud hacia el final de la vida. En estudios con gemelos se ha reportado que menos del 10% de la variación de la extensión de vida adulta puede ser atribuida al ambiente infantil que afecta a los gemelos. Por otro lado, se ha demostrado que fumar en la época adulta tiene serios efectos sobre la salud aún después de décadas y los patrones en que se fuma parecen ser la clave de la disminución de la tasa de muerte por tabaquismo siendo más rápida en unos países que en otros. También es claro que algunos eventos al final de la vida como el avance médico o el crecimiento económico, son los determinantes principales del progreso en la reducción en las tasas de muerte entre los viejos. Una persona tiene pocas oportunidades de sobrevivir a edades muy avanzadas, si él o ella fuman, hacen poco ejercicio o son muy obesos, pero aún las personas que vivan de manera sana, tiene una probabilidad escasa de llegar a los 100 años bajo las condiciones actuales de salud. Pero en contraste la mitad de los niños que viven hoy en

países con altas esperanzas de vida, podrán llegar a los 100 años de edad. La conducta personal es crucial para lograr una relativamente larga vida comparada con sus contemporáneos, el autor señala que el nivel general de longevidad de la población es determinado por la prosperidad y la medicina (Vaupel: 2010: 538-9).

Modelos de continuidad y cambio en el curso de vida

Las fuerzas de continuidad y cambio son incorporados a modelos teóricos más generales para ligar la niñez con la adultez. Los modelos pueden clasificarse en tres amplias categorías: 1) aquellos que enfatizan los procesos lineales del desarrollo, 2) aquellos que se enfocan en las contingencias y 3) aquellos que asignan una importancia central a la transacción entre individuos y su medio ambiente.

1) Lo que los modelos lineales asumen es que las experiencias tempranas y las competencias tienen una influencia continua a lo largo del curso de vida dependiente de eventos subsecuentes. Los modelos lineales tienen en común áreas tan diversas como los efectos de la pobreza temprana en el nivel socioeconómico tardío, la secuela psicológica del divorcio de los padres en la niñez, y el origen fetal de la enfermedad coronaria (McLeod y Almazan, 2003).

2) En contraste los modelos de contingencia enfatizan el potencial tanto de continuidad como de discontinuidad en el desarrollo. Explicado más claramente por el desarrollo de psicopatologías, estos modelos conceptualizan los eventos de vida tempranos como iniciadores de canales o cadenas de experiencia que se extienden hacia el futuro. Cada liga en el canal representa posibles vías alternativas futuras, con la selección de rutas siendo influenciada por vulnerabilidades y fortalezas relacionadas con experiencias anteriores, constricciones estructurales, motivaciones individuales y azar. En esencia conforme los niños se mueven a través de la vida, vías alternativas se abren y cierran en respuesta a sus acciones y experiencias previas. Los modelos de contingencias de la continuidad del niño al adulto, reconocen que el niño toma pasos activos en cambiar su medio y que estos pasos activos modifican el riesgo de resultados deletéreos a largo plazo. Los puntos de viraje en el desarrollo llegan a ser centrales en este análisis (McLeod y Almazan, 2003).

3) Los modelos transaccionales ofrecen acercamiento más completo de la interacción persona-ambiente que los modelos contingentes y lineales. Tomando elementos de ambos

se asume que las continuidades en el desarrollo ocurren debido a los efectos de la predisposición conductual y personal en la selección y creación de ambientes sociales proximales y en la evocación de respuestas interaccionales que validan o soportan estas predisposiciones. En esencia ellos asumen que la estabilidad en las disposiciones personales no son simplemente mediadas por procesos psicológicos internos, pero que dependen de la naturaleza de la interacción persona-ambiente. Los modelos interaccionales toman como punto de partida la idea general de que los individuos y sus ambientes se determinan mutuamente pero elaboran los mecanismos específicos por los cuales ocurre esta determinación. Dan énfasis en las predisposiciones y fuerzas motivacionales en estas interacciones, por lo que no es sorprendente que el modelo transaccional ha sido exitoso en comprender continuidades en la personalidad, psicopatología y problemas conductuales entre la niñez y el adulto. Los modelos transaccionales se enfocan a la micro-interacción y dan relativamente poco peso a las constricciones estructurales en el desarrollo (McLeod y Almazan, 2003).

6.3 Trayectorias de vida desiguales y excluyentes: Acumulación de desventajas, condiciones de calidad de vida y autonomía en la vejez

La situación actual de los ancianos en su condición de calidad de vida y autonomía pueden ser comprendidas analizando sus etapas anteriores (Aranibar, 2001: 15) y los aspectos que contribuyen a su construcción ser examinados como trayectorias que pueden ser vistas como historias constructivas de estas (Perona y Rocchi, 2001). Tales trayectorias son influidas en sus condiciones iniciales al nacimiento tanto por la transmisión intergeneracional de condiciones socioeconómicas (Bayón, 2009: 167), cohortes sustantivas al nacimiento (Archer 1995, en: McMullin, 2004) como por efectos generacionales (Pérez Ortiz, 1997; en: Aranibar, 2001: 13), que son generadores potenciales de desigualdades y desventajas iniciales (Saraví, 2005). El ciclo vital y el curso de vida evidencian la producción social de la inequidad que en las personas se manifiesta por sus relaciones generacionales, étnicas, de género, clase y territorio, no elegidos al nacer, pero que en algún sentido son modificables a lo largo de la vida (De Negri Filho y cols, 2002). Tales estructuras de desigualdad modulan las relaciones de producción, distribución y reproducción que actúan como determinantes que afectan el desarrollo de la autonomía en cada etapa de la vida e impactan el timing, duración, incidencia y secuencia de eventos y

transiciones del curso de vida. La vejez expresa la desigualdad experimentada y/o acumulada a lo largo de la vida (McMullin, 2004: 121).

Por su parte los procesos de inclusión-exclusión⁶⁸ generan inequidades en la calidad de vida y salud en las personas. Tales procesos forman trayectorias de individuos y grupos en un continuo de situaciones vulnerables, con grados o zonas de vulnerabilidad, por lo que es necesario analizar la naturaleza de las trayectorias que conducen a situaciones de exclusión (Hernández y cols, 2008: 135-6). En el caso de las personas o grupos vulnerables el deterioro de sus condiciones de vida aparece como una situación de alta probabilidad en un futuro cercano a partir de la fragilidad que los afecta, son grupos sociales o domésticos expuestos a modificaciones en sus condiciones de vida debido a factores que afectan diferentes ámbitos a través de su trayectoria de vida, por ejemplo, los cambios en la condición laboral. El análisis de los contextos de vulnerabilidad contempla situaciones de privación y fragilidad en diversos ámbitos y niveles de análisis; individual, familiar o doméstico y contextual. El nivel doméstico abarca aspectos como el hábitat y condiciones habitacionales que toma en cuenta tanto el acceso pasado como actual a condiciones materiales de existencia (involucra aspectos como el saneamiento, hacinamiento, tipo de materiales de construcción, el equipamiento y el acceso a servicios), también se vincula con aspectos sociodemográficos del hogar como el tamaño y la composición del hogar (número de integrantes y parentesco, etapa del ciclo vital) y las características vinculadas al mercado laboral a nivel familiar (ocupación, desocupación). En un nivel individual se incorporan aspectos educacionales, laborales, previsionales y relacionales, que constituyen elementos que configuran las condiciones de vida a lo largo de un proceso (Perona y Rocchi, 2001).

El análisis de la exclusión social, además integra el abordaje de los procesos de acumulación de desventajas en las experiencias biográficas, permite explorar las raíces de procesos que afectan negativamente las condiciones de vida de los sectores más vulnerables de la población. Se necesita una estrategia metodológica que permita focalizar el análisis sobre procesos y al mismo tiempo permita evaluar factores y situaciones de riesgo antes de

⁶⁸ Producen formas de estratificación social que determinan las desigualdades en la generación de condiciones y medios para el desarrollo de las capacidades humanas y en la reproducción de tales desigualdades, que se expresan en desiguales maneras de ser saludables, de enfermar o sufrir daños y acceder a respuestas sociales de diferente tipo para afrontar las enfermedades y los daños. Los procesos de inclusión- exclusión producen y reproducen inequidades y ocupan el lugar de determinantes estructurales de inequidades en salud. Los procesos de inclusión-exclusión son un continuo en que se mueven los grupos sociales que componen la sociedad. El continuo es multidimensional (económico, político, cultural y de relaciones sociales próximas), dinámico, procesual, histórico, producto de las relaciones de poder, entre los individuos, entre los grupos, las clases o las castas y en ámbitos que van desde la vida cotidiana hasta las relaciones geopolíticas regionales y globales (Hernández y cols, 2008).

que se materialicen en experiencias biográficas concretas. Tal estrategia se apoya en el análisis biográfico y el curso de vida que permite abordar procesos e identificar cadenas de ventajas y desventajas, entendiendo que tal acumulación de desventajas depende de una estructura de oportunidades relacionadas con el Estado, mercado, comunidad y familia, donde transcurre la vida de las personas y sus hogares, a lo que se añade la identificación de desigualdades dinámicas en las trayectorias biográficas, que se refieren a desigualdades intra categoriales que se superponen y fragmentan las desigualdades estructurales y aumentan la vulnerabilidad de la construcción biográfica. Analíticamente se puede decir que el enfoque de exclusión social centra el análisis en situaciones de vulnerabilidad que pueden desencadenar procesos de acumulación de desventajas de dos tipos: sincrónicas y diacrónicas. La acumulación de desventajas de tipo sincrónico se refiere a aquella situación en que una desventaja puede disparar simultáneamente otras. Una de ellas es el disparador inicial y todas se despliegan simultáneamente con un efecto acumulativo. Tanto la composición de este conjunto de desventajas como la intensidad de cada una varían dependiendo de la etapa del curso de vida y de la estructura de oportunidades y recursos disponibles⁶⁹. Por otra parte, la acumulación de desventajas de carácter diacrónico se refiere a los casos en que una desventaja en un tiempo cero tiende a traer aparejadas otras desventajas en tiempos sucesivos a corto, mediano y largo plazo. Lo que pone de relieve la acumulación de desventajas en forma diacrónica es el gran peso del punto de partida, es decir, de las desigualdades y desventajas iniciales (Saraví, 2005). Desventajas acumuladas versus ventajas comparativas, aluden a los escenarios domésticos familiares diferenciales ante procesos de ajuste estructural o crisis (González de la Rocha, 2005).

6.4 Recursos, independencia y autonomía en la vejez

La diferencia entre ventajas comparativas y desventajas acumuladas descritos con anterioridad yace en parte en los recursos a los que se tiene acceso en la vejez y que favorecen el permanecer con independencia y autonomía en las últimas etapas de la vida. El enfoque de vulnerabilidad se entiende como un proceso con diversas dimensiones, (como

⁶⁹ La vejez acompañada de enfermedad son propulsores de dinámicas sumatorias de desventajas en diferentes ámbitos de la vida, donde los fenómenos no se vinculan en una lógica de impacto dominó, unidireccional, sino a la naturaleza acumulativa de las desventajas en dinámicas que se desatan en forma de espiral (González de la Rocha, 2005).

un espacio) donde las personas mayores presentan una distinta condición de riesgo, a partir de formas diferenciales de inclusión (Sáez y cols, 2008), algunas son formas de inclusión desfavorables (Bayón 2009: 189). Los individuos, los hogares y las comunidades, utilizan o tienen acceso a una serie de recursos para poder responder a las dificultades cotidianas y se identifican cuatro tipos de activos para poder combatir las adversidades que hacen vulnerables a dicha población y que propician el mantenimiento y la reproducción de los niveles de calidad de vida (biológica y social) en una situación de amenaza. Entre los activos se encuentran recursos físicos (vivienda, transporte, medios productivos), financieros (ahorro, crédito, bonos), humanos (educación, salud, perfil laboral) y sociales (relaciones). Con todos ellos se accede a aprovechar el conjunto de oportunidades que pueden surgir en el espacio vital más inmediato o en el entorno físico externo, natural y social donde las personas mayores se mueven (Sáez y cols, 2008). Los recursos son conceptualizados a distintos niveles: el individual, a nivel del hogar, el comunitario y el estatal, considerándose como recursos importantes para los adultos mayores, los de tipo material o estructural, entre los que se incluye la vivienda, como anteriormente se señalaba, pero que además toman en cuenta otros tipos de recursos como los relacionados a la salud, que incluyen los recursos corporales como la salud física y las habilidades funcionales, la habilidad para proveer autocuidado y al mismo tiempo la habilidad para cuidar a otros; y se incluyen los recursos de cuidado, que se refiere al acceso a cuidadores, en el propio hogar o a partir de la comunidad o del Estado. Se sostiene que tales recursos influyen en el nivel de independencia personal y el sentido de autonomía, entre otros aspectos, pero hay que señalar que la pertenencia a determinada clase, etnia o género plantea oportunidades o restricciones al acceso a cada tipo de recursos, cuya combinación expresa un rango de posibilidades desde la mayor independencia a una condición de mayor dependencia (Arber y Ginn, 1991). Tener una buena calidad de vida en la vejez se relaciona con la construcción de autonomía, a través del curso de vida, en un proceso personal, relacional y político. La preservación, mantenimiento y recuperación de la autonomía en la vejez implica aspectos funcionales relacionados con la independencia física, con la seguridad económica y con la participación política, entendida como el poder para intervenir en acciones para mejorar el propio bienestar de manera cotidiana e influir sobre sus determinantes (D'Elia y De Negri, 2006: 101).

6.5 Necesidades humanas, sociales y de salud en el curso de vida

Se reconocen necesidades y problemas diferenciadas para cada cohorte generacional y para cada etapa del ciclo de vida (Huggins, 2005), en su estado de satisfacción e insatisfacción, en un contexto concreto a través de una representación territorializada de estas. Las condiciones y experiencias de cada etapa preparan o condicionan las posibilidades de las siguientes. Las necesidades y problemas de una etapa pueden ser previstas y superadas o agravadas desde las anteriores (D'Elia y De Negri, 2006: 103). Las necesidades pueden ser vistas como carencias relacionadas con necesidades básicas, o como potencialidad (Blanco y cols, 1997: 439), definiéndolas como aquellos ámbitos esenciales para alcanzar mediante su realización plena como derecho la condición de calidad de vida. Las necesidades de salud; son identificadas como carencias a ser compensadas por acciones de salud y bienestar (Castillo y Villegas, 2004) y las necesidades sociales son entendidas como la insatisfacción de los derechos sociales (Huggins, 2005: 48) o como todos aquellos ámbitos esenciales para alcanzar individual o colectivamente una plena condición de calidad de vida (D'Elia y De Negri, 2006: 95-6). La lectura integral de necesidades no sólo identifica carencias o déficit institucionales, sino capacidades humanas e integra la idea de autonomía (De Negri, 2002, en: D'Elia y De Negri, 2006) y que además evidencia situaciones de inequidad por género, etapas del ciclo de vida, clase social, condición socioeconómica, territorio y etnia. Identificar necesidades⁷⁰ es problematizar, es ver la construcción y reproducción desde sus determinantes (D'Elia y De Negri, 2006: 103).

6.6. Trayectorias biográficas, relatos e historias de vida

La perspectiva del curso de vida tiene sus orígenes en estrecha relación con la escuela sociológica de Chicago en el uso de historias de vida como instrumento analítico para estudiar el cambio social y su relación con las trayectorias de vida individuales y de las

⁷⁰ Las necesidades se generan desde el orden individual o microgénesis relacionándose con las necesidades individuales de orden psicológico y fisiológico y con los estilos de vida, y por otro lado las necesidades se reproducen desde el orden social o desde la macro-reproducción social, relacionándose con los modos de vida y las necesidades colectivas (Breilh, 2003). La problematización se expresa en diagnósticos críticos de situación y las necesidades de calidad de vida se expresan en mapas territoriales realizándose un análisis de determinantes desde el territorio (Negri y cols, 2002: 39). La problematización se define como: "una forma de representar la sociedad, representando un grupo poblacional, su exposición, su daño y su efecto social. Pretende entender la causalidad, la distribución del problema y su inequidad. Significa construir una narrativa de la realidad representando la complejidad de los problemas, identificando sus causas y determinantes, haciendo el ejercicio de pensar la realidad. El representar la complejidad permite ubicarse en la realidad para intervenir en sus determinantes/ exposiciones/daños/consecuencias sociales del daño (De Negri y cols, 2002: 35).

La inequidad denota que existe insatisfacción de las necesidades sociales en salud en los distintos grupos poblacionales. Cada grupo poblacional en un espacio determinando tiene un perfil de necesidades que se vinculan con cada una de las dimensiones de las condiciones de vida. A cada perfil de necesidades en un grupo social le corresponde un perfil de problemas de salud, y le son requeridas una serie de acciones de salud y bienestar (Castillo y Villegas, 2004: 18-9).

familias. La unidad de análisis es el individuo el cual puede ser interrogado retrospectivamente acerca de sus trayectorias de vida familiar (MacMillan y Eliason, 2004: 531). Desde la psicología narrativa se aborda el curso de vida como una construcción. El desarrollo humano desde una perspectiva gerontológica y la narrativa como metáfora reflejan el contextualismo como paradigma. Esta perspectiva que el sociólogo estadounidense Herbert Blumer denominó interaccionismo simbólico, legitima el uso de los documentos de vida como metodología de investigación de la sociología, psicología, antropología e historia. Se trata de un abordaje fenomenológico, inductivo, interesado y fundamentado en la interpretación que el sujeto hace de su realidad, es decir en la realidad subjetiva del relato. La psicología y la sociología han coincidido en considerar la narrativa como una forma de abordar el curso de la vida (Muchnik, 2006).

La autobiografía guiada responde a un modelo constructivista del desarrollo humano. Los hombres viven en una dimensión temporal y en movimiento, en la que coexisten constancia y cambio. La experiencia humana no está determinada por estadios definidos cronológicamente, sino por ciclos de experiencias asociados a periodos de la vida, que son siempre personales. Por lo que el constructivismo plantea que los sujetos sólo pueden revisar su experiencia dialécticamente. Trabajar con las historias de vida intenta, en una primera aproximación poner a la vejez en perspectiva, para comprender como las diferentes situaciones actuales se estructuran en el curso de la vida. La narrativa, tomada como una unidad, nos conduce al abordaje de la vejez como una parte intrínseca del curso de vida. El método autobiográfico es el relato que construye el curso de una vida y permite evaluar al sujeto en el contexto de su vida. El relato parte de la infancia y se sostiene en un eje temporal. Desde los relatos de vida se capta la imagen de la vejez y se evalúan los caminos transitados y las decisiones tomadas durante el curso de la vida, para entender como se ha construido aquella y cual es el significado de envejecer. La persona es el relator cuya narración remite al presente al pasado y futuro para entender como las vidas se organizan, reestructuran e incluso se modifican. La metodología apela a lo fenomenológico, a la subjetividad del sujeto del relato, para comprender su experiencia. Establece una organización de los episodios y las acciones de la vida del sujeto en el tiempo y en el espacio que le toco vivir. La selección de las situaciones es parte de los temas centrales del libreto del autor, los cuales guían el relato. Como instrumento la historia de vida es una

herramienta interactiva que presupone la participación del investigador en el curso de la narración. Hablar de historia de vida o curso de vida implica introducir una dimensión temporal. Ser joven o viejo y envejecer posee un significado distinto en diferentes situaciones históricas, aunque la experiencia parezca ser universal. En la sociedad actual coexisten tres o más generaciones, lo que vuelve las relaciones más complejas porque los hombres contemporáneos transitan, en muchos casos, realidades diferentes (Muchnik, 2006: 49-53).

La historia de vida (life story) se puede definir como la autobiografía actualmente accesible, reflejando interpretaciones presentes del ser, de otros, relaciones y eventos, los cuales explican el pasado y guían la acción o intento futuro. Los acontecimientos en primera persona, la narrativa personal o la historia de vida es moldeada por un complejo interjuego de fuerzas históricas distales y proximales, dichas o escritas en el contexto de un lugar y tiempo particular, mediado a través de la relación entre el escritor/relator y el escucha/lector. La historia de vida es sucesivamente contada y recontada a través del curso de vida, hasta dentro de las edades más avanzadas, siempre enfocado al mantenimiento de la coherencia narrativa. Hay que hacer una distinción entre historias de vida totales que intentan aprehender el todo de la vida y/o la esencia de la persona y la historia de vida más focalizada (relatos de vida) que se organiza alrededor de uno o más eventos o aspectos específicos a lo largo del curso de vida (Cohler y Hostetler; 2004: 559-60). La historia de vida, se refiere a la cronología de eventos y actividades a través de los dominios de la vida, tales como residencia, la composición del hogar, educación, vida de trabajo, y eventos familiares. Estos registros pueden ser generados por la obtención prospectiva de información de materiales de archivo o a través de entrevistas como en el uso de un calendario de vida retrospectivo o la matriz de eventos de edad. Los calendarios de vida registran la edad (año y mes) a la cual una transición ocurre en cada dominio. Las historias de vida retrospectivas, registran eventos y experiencias en términos del presente e implica una potencial distorsión o mala interpretación, especialmente con relación a eventos de tipo emocional y sus significados (Elder y Kirkpatrick, 2003: 56-8).

6.7 Elección de indicadores en la construcción de trayectorias de vida (categorías estructurales, intermedias e individuales)

A través de la recopilación de artículos que en su mayoría abordan problemas relacionados con la vejez en el campo de la salud y calidad de vida, se identificaron las categorías estructurales, intermedias e individuales que han sido definidas en este trabajo para posteriormente analizar los indicadores seleccionados en esos estudios para las aproximaciones empíricas y estrategias que llevaron a cabo. El criterio para elegir los indicadores de este estudio surgió de la necesidad de que sus cambios fueran fácilmente identificables en las entrevistas, por ejemplo, al referirse al cambio de un trabajo manual a otro no manual, lo cual permitiría construir trayectorias alternas entre uno y otro. Se pretendió un acercamiento al proceso de construcción de la calidad de vida en algunas dimensiones analizadas a lo largo de la vida. Los cuadros presentan el desglose de las categorías elegidas e indicadores propuestos, considerando autores e investigaciones que los abordan, para posteriormente definir aquellos considerados adecuados para este acercamiento.

Dimensión estructural: Categoría clase social y estatus socioeconómico

Categoría	Indicadores o aproximaciones empíricas
Clase social	Arber y Ginn (1997) asocian la clase social con la dependencia y pérdida de autonomía. La clase está directamente relacionada con los recursos materiales, financieros y culturales necesarios para capacitar a los adultos mayores para mantener su autonomía dentro de su propio hogar. La clase social en la vejez es relacionada con la posición en el mercado de trabajo durante la vida laboral.
Clase social vejez	Myles (1989) valora la estructura de inequidad en la vejez como resultado tanto de la inequidad basada en la clase en el preretiro y en las inequidades construidas socialmente basadas en la edad que vienen con el retiro. Haciendo eso, el enfatiza la importancia de las relaciones de clase y su influencia en las relaciones de distribución del Estado (McMulin, 2000).
Clase social	Puede ser definida y medida de múltiples maneras, a través del ingreso, el nivel educativo alcanzado y la ocupación (Miner-Rubino et al, 2004: 1607).
Clase social	De acuerdo con la <i>situación de mercado</i> , Goldthorpe combina categorías ocupacionales comparables en cuanto a las fuentes, niveles de renta y otras condiciones de empleo, como a su seguridad económica y sus posibilidades de mejora económica. Este autor incorpora en la clasificación la <i>situación en el trabajo</i> , es decir, la localización de la ocupación en los sistemas de autoridad y control que rigen en los procesos de producción en la que se encuentra. Además, Goldthorpe incluye la <i>situación de empleo</i> como parte de la definición de una ocupación, distinguiendo las siguientes categorías de empleo. (p 14). <ol style="list-style-type: none"> 1. Por cuenta propia, con más de 25 empleados 2. Por cuenta propia, con menos de 25 empleados 3. Por cuenta propia sin empleados 4. Directivos de empresas con más de 25 subordinados 5. Directivos de empresas con menos de 25 subordinados 6. Capataces y supervisores 7. Empleados Las clases resultantes son: <i>CLASE DE SERVICIO</i> , (I. Profesionales superiores, II. Profesionales de nivel medio e inferior) <i>CLASES INTERMEDIAS</i> , <i>CLASE OBRERA</i> . Posteriormente Goldthorpe modificó este esquema presentando el siguiente (Feito, 1995): <ol style="list-style-type: none"> 1. Clases I y II. Todos los profesionales y directivos (incluyendo grandes propietarios), técnicos de alto nivel y supervisores de trabajadores no manuales. 2. Clase III. Empleados no manuales de rutina de la administración y del comercio, personal de ventas y otros trabajadores de servicios. 3. Clase IVab. Pequeños propietarios, artesanos autónomos y otros trabajadores por cuenta propia con

	<p>o sin empleados (que no pertenezcan al sector primario).</p> <p>4. Clase IVc. Campesinos y pequeños propietarios y otros trabajadores autónomos del sector primario</p> <p>5. Clases V y VI. Técnicos de grado medio, supervisores de trabajadores manuales y trabajadores manuales cualificados.</p> <p>6. Clase VIIa. Trabajadores manuales semicualificados y no cualificados (que no pertenecen al sector primario).</p> <p>7. Clase VIIb. Campesinos y otros trabajadores del sector primario.(Regidor, 2001: 15).</p>			
CLASIFICACIÓN DE CLASE SOCIAL PROPUESTA POR LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE EPIDEMIOLOGÍA (SEE)	<p>Este Grupo de Trabajo propuso una clasificación de clase social siguiendo el modelo de Goldthorpe, cuyas categorías son las siguientes:</p> <p>I. Directivos de la Administración Pública y de empresas de 10 o más asalariados. Profesiones asociadas a titulaciones de segundo y tercer ciclo universitario.</p> <p>II. Directivos de empresas con menos de 10 asalariados. Profesiones asociadas.</p> <p>IIIa. Empleados de tipo administrativo y profesionales de apoyo a la gestión administrativa y financiera. Trabajadores de los servicios personales y de seguridad.</p> <p>IIIb. Trabajadores por cuenta propia.</p> <p>IIIc. Supervisores de trabajadores manuales.</p> <p>IVa. Trabajadores manuales cualificados.</p> <p>IVb. Trabajadores manuales semicualificados.</p> <p>V. Trabajadores no cualificados. (Regidor, 2001:16).</p>			
Inserción de clase	<p>Variable lugar de producción: ocupación principal, ocupación secundaria, ocupaciones complementarias</p> <p>Situación actual del empleo.</p> <p>Relación con los medios de producción: propiedad de los medios.</p> <p>Papel en la organización del trabajo: nivel de escolaridad, número de trabajadores a su cargo (Blanco y Sáenz, 1990: 61-6).</p>			
Posición económica	<p>La posición económica durante la adultez tiene un impacto ulterior sobre la salud y discapacidad que persiste en los grupos de edad más viejos. Medida a través de la ocupación principal durante la vida laboral.</p>			
Clase social y posición socioeconómica	<p>La premisa en la clase social es la ubicación estructural dentro de la economía como empleado, empleador, auto-empleado o desempleado (tanto en el sector formal como informal) y como dueños o no de capital, tierra u otras formas de inversiones económicas. Estableciéndose clases simples como clase trabajadora, dueños de negocios y clase gerencial.</p> <p>La posición socioeconómica incluye tanto medidas basadas en recursos como en prestigio ligando la niñez con la posición de clase adulta. Las mediciones basadas en recursos se refieren a recursos y bienes sociales y materiales incluyendo ingresos, salud y credenciales educacionales.</p> <p>Las medidas basadas en el prestigio se refieren al estatus individual en la jerarquía social, típicamente valuado con referencia al acceso a bienes de consumo, servicios y conocimiento, ligado al prestigio ocupacional, al ingreso y nivel educacional. (Krieger, 2006).</p>			
Medidas de estratificación social y clase social	<p>El análisis de la estructura social puede realizarse mediante medidas de estratificación o de clase social. La estratificación social tiene que ver con las formas de clasificar en un determinado orden jerárquico el nivel social o el estatus de los individuos utilizando medidas de ocupación, ingresos o de educación.</p> <p>Una de las clasificaciones de clase social es la desarrollada por Wright. Se basa en el control de tres tipos de bienes: producción, organización y cualificación (tabla). La tenencia de bienes de producción genera tres tipos de posiciones de clase: los empresarios (autoempleados que contratan trabajadores), la pequeña burguesía (autoempleados que no contratan trabajadores) y los trabajadores que venden su fuerza de trabajo. Los bienes de organización (poder y control en el lugar de trabajo) se determinan por las relaciones en el trabajo, como la influencia en las políticas de la empresa (toma de decisiones sobre el número de gente empleada, productos o servicios realizados, etc.) y la autoridad de sancionar (incentivar salarios o promociones, contratar o despedir, etc.). Finalmente, los bienes de cualificación (experto, semicualificado y no cualificado) quedan determinados por el nivel de cualificación y las credenciales que poseen los trabajadores (Benach y Amable, 2004: 21).</p>			
Localizaciones de clase social Wright				
Propietarios	Asalariados			Bienes de organización
1.Capitalistas (10 o más empleados) 2.Pequeños propietarios (2 a 9) 3.Pequeña burguesía (no más de uno)	4.Directivos expertos 5.Supervisores expertos 6.Trabajadores expertos	7.Directivos semicualificados 8.Supervisores semicualificados 9.Trabajadores semicualificados	10.Directivos no cualificados 11.Supervisores no cualificados 12.Trabajadores no cualificados	+ □ -
Bienes de cualificación	+	0	-	

Estratificación social
Clase social

Estratificación social: ingreso y años de estudio
Las mediciones de clase social usadas en la investigación originada del modelo de clase social de Wright. Los indicadores de clase social de Wright evalúan la propiedad de los bienes de producción y control y relaciones de autoridad en el lugar de trabajo (control sobre los bienes organizacionales). Los derechos de propiedad sobre los bienes financieros o físicos usados en la producción de bienes y servicios generan tres posiciones de clase: empleadores: quien son autoempleados y explotan el trabajo, la pequeña burguesía quienes son auto-empleados pero no explotan el trabajo y trabajadores quienes venden su trabajo. Estas clases sociales reflejan las propiedades relacionales subyacentes a la desigualdad socioeconómica. Indicadores de la propiedad de los bienes productivos como mecanismo relacional que genera desigualdades económicas (es decir derivando ingresos al ser dueño de la propiedad).
Ser dueño de una gran propiedad o ser dueño de una pequeña propiedad.
Ser gerente o supervisor .
Wright incluye habilidades/credenciales como parte de este mapa de posiciones de clase (el experto, semi-calificado, no calificado).

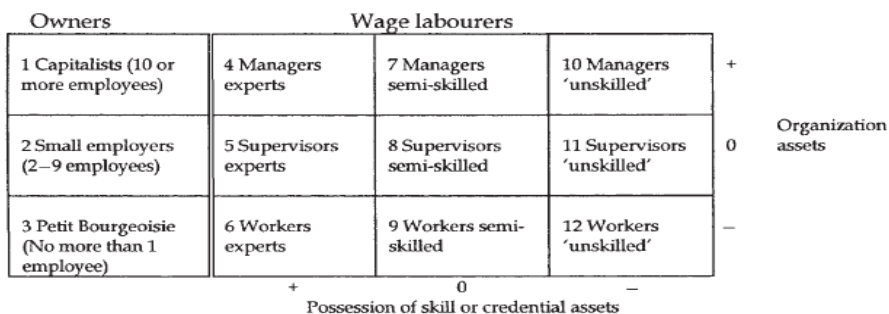


Figure 1 Erik O Wright class locations

La posición de clase en la dimensión de la propiedad es obtenida a través de dos preguntas, considerando si el entrevistado es autoempleado y si es así, cuanta gente trabaja para él. Si sólo trabaja una persona se le considera una posición de clase pequeño burgués. Entre dos y 10 trabajadores se le considera pequeño empleador y más de 10 empleados se le consideran en una posición de clase capitalista.

La posición de clase en la dimensión de control organizacional es determinada al preguntar si el entrevistado trabaja como gerente o director y cual es la relación de autoridad en el lugar de trabajo (es decir el número de trabajadores supervisados) ubicándose tres categorías de clase: gerentes (aquellos con poder de influir en las políticas de la compañía y supervisar a uno o más subordinados), supervisores no gerentes (aquellos con el poder de supervisar a uno o más subordinados), y trabajadores no gerenciales.

La información de la dimensión de habilidades (experto, trabajadores semi-calificados y trabajadores no calificados) se obtiene a través de la ocupación y las credenciales educativas de los entrevistados. Aquellos profesionales, profesores universitarios, gerentes con grado universitario y técnicos con grado universitario, son considerados expertos. Gerentes, técnicos, profesores no universitarios, (craftsman, tradesman con grado universitario y cleros con grado universitario) fueron considerados semi-calificados. Otras ocupaciones fueron consideradas no-calificadas.

Medición de estratificación social: ocupaciones manuales, ocupaciones no manuales

La educación se agrupo en diferentes estratos: iletrado o sin educación que incluyo de 0-4 años de escolaridad. Educación primaria (de 5 a 11 años), educación secundaria (de 12 a 15 años) y universidad (16 años de estudio) (Muntaner y cols, 2003:953).

Determinantes socioeconómicos	La variable escolaridad será utilizada como medida socioeconómica. En general, individuos con más escolaridad tienen renta más elevada (Noronha y Andrade 2004, 2005). La población anciana fue dividida en dos grupos: i) ancianos con hasta cuatro años de estudio; y, ii) ancianos con más de cuatro años de estudio (Gonçalves y Gonçalves y cols, 2006).
Estatus socioeconómico	Medición estatus socioeconómico: educación, ingresos, ocupación (Mackenbach y Howden-Chapman, 2003: 432-3).
Posición socioeconómica	Posición socioeconómica a lo largo de la vida (niñez, adolescencia, adulta y un año antes de la entrevista): toma en cuenta la clase ocupacional del principal salario del hogar (dueño de negocio con 5 o más empleados, dueño de negocio con menos de 5 empleados, empleo de supervisión, empleo de no supervisión,) credenciales educacionales a lo largo del curso de vida, etnicidad (autoidentificada), identidad sexual. La principal variable de interés fue “el distress económico” definido como el auto reporte en cualquier periodo de tiempo de: recibir asistencia pública, inhabilidad para pagar la comida, renta (mortgage), no tener suficiente dinero para “make end meet” o pedir prestado para pagar gastos médicos (Wise, et al, 2002:852).
Estrato socioeconómico	Dos grandes estratos socioeconómicos: aquellas mujeres con padres en ocupaciones manuales (estrato socioeconómico bajo) y aquellas con padres en ocupaciones no manuales (estrato socioeconómico medio) (Pacheco y Blanco, 2005:86).
Ingreso	El ingreso, la calidad de vida, independencia y autonomía en la vejez están estrechamente ligados (Wilson Gail, 1997: 57).

Categoría sexo/género

Categoría	Indicadores o aproximaciones empíricas
Género	Identificada como hombre y mujer (Miner-Rubino, et al, 2004)
Género	Similar a las distinciones entre sexo, categoría sexo y género. Se añade en este texto a los estudios de género el examen y explicación no sólo entre hombre y mujer sino también las variaciones entre mujeres. Se sugiere que hay más de una manera para las mujeres de “hacer género”. Durante la interacción hay variaciones en como las mujeres construyen género debido a que hay variaciones basadas en diferencias construidas sobre la clase y etnicidad, en que significa ser mujer. Así la mujer no sólo se construye ella misma como mujer sino como mujer de una clase social particular (Yodanis, 2002).
Género	El género conserva sin duda una posición destacada entre los mecanismos de exclusión social (Rodgers 1995). La propia construcción social que caracteriza dicha exclusión institucionaliza de suyo una forma de desventaja social: la asimetría entre hombres y mujeres. (Ariza y Orlandina de Oliveira, p 216).
Género	Cuando los datos en salud se reducen a su desagregación por sexo están atendiendo a una perspectiva biológica, lo que conduce a una disminución analítica de la categoría de género. Género constituye “una construcción social sistemática de lo que se asume como lo “masculino” y lo “femenino”, es una interpretación sociocultural de ser mujer o ser hombre que cruza toda la vida. Que una persona nazca como hombre o como mujer lleva a que la sociedad indique como sentir, pensar,.. Cada sujeto aprende a identificarse con la cosmovisión de género de su propia sociedad. Por lo que las concepciones de género forman parte de la identidad de cada sujeto de cada grupo (Ortega, 2006: 77).
Sexo y Género	Para cualquier resultado de salud dado, diversos escenarios se presentan de forma sistemática combinaciones posibles de relaciones de género y lo biológico ligado al sexo (sex-linked biology) individualmente o ligadas de forma pertinente o irrelevante. Como ejemplos de relaciones de género se incluyen: segregación de género de la fuerza de trabajo, discriminación de género en salarios, normas de género acerca de la higiene, expectativas de género acerca de la conducta sexual y del embarazo, presentación genérica y respuesta a los síntomas de enfermedad, y violencia basada en el género. Ejemplos de biología ligada al sexo incluyen: el sexo cromosomal, la menstruación, secreción genital, caracteres sexuales secundarios, embarazo, menopausia. El género es una construcción social, el sexo es un constructo biológico, basado en características biológicas, que hacen posible la reproducción sexual. Entre las personas es asignado en relación a las características sexuales secundarias, gónadas y sexo cromosómico. Las categorías sexuales incluyen: masculino, femenino, intersexual (ambas características) y transexual (reasignación del sexo por medio de una intervención), características biológicas ligadas al sexo (por ejemplo: presencia o ausencia de ovarios, testículos, vagina, pene, niveles hormonales, embarazo, etc.) pueden en algunos casos contribuir a una diferenciación genérica en salud pero también pueden ser construidas como expresiones genéricas de la biología y erróneamente invocadas para explicar expresiones biológicas de género (asociación paridad e incidencia de melanoma). Para un resultado en salud, puede ser determinantes uno o los dos (Krieger, 2003: 656).

Sexo y Género	<p>Sexo se refiere a la distinción biológica entre hombre y mujer, mientras que género se refiere al impacto cultural y social de siendo (male or female) y a la conducta, expectativas y percepciones que son vistas como apropiadas para un hombre o mujer en cierta cultura o sociedad. El género por tanto implica hombres y mujeres (Doyal, 2001).</p> <p>La masculinidad como factor de vulnerabilidad en la salud del hombre y las consecuencias de la masculinidad y feminidad, es decir, el género, también en la salud de las mujeres, son considerados importantes en la salud de las mujeres (van Oosten and van der Vlugt, 2002). (p 13). La masculinidad en algunas culturas es percibida y definida en una manera que es peligrosa para la salud de muchos hombres, y en ese mismo sentido, muchas mujeres también experimentarán daño a su salud. En conclusión, la investigación ha evolucionado desde los problemas de salud en la mujer al género en relación con la salud y ahora explícitamente incluye hombres y la construcción social de la masculinidad (Lagro-Janssen, 2007: 14).</p>
Sexo y Género	<p>Parece que hay consenso entre las feministas que el género permite explicar las evidencias empíricas, mientras sexo se constituye como una categoría descriptiva que se refiere a los componentes estrictamente biológicos, fisiológicos, incluso genéticos y hormonales (datos mensurables de los individuos, los grupos, la población). El género es una categoría analítica que permite dar cuenta de la subordinación, de las diferencias en el ejercicio del poder, de las desigualdades y su efecto en las condiciones de vida y salud de las personas (categoría analítica relacional), es decir permite analizar la dialéctica de las relaciones entre la biología y la sociedad, politizando la naturaleza. Es decir, si se pretende establecer una diferencia biológica, la categoría a utilizar es sexo, que describe suficientemente las características orgánicas de los individuos. Si se pretende evidenciar como éstas se significan, socialmente, entonces, la categoría a utilizar es género, que permite una indagación relacional de como esa diferencia biológica se constituye en desigualdad social. El verdadero impacto de las políticas de salud con perspectiva de género, se mostraría en un mejoramiento en la calidad de vida de las personas y en la disminución de las inequidades sociales que determinan sus carencias (Salas y Torre, 2006: 37-44).</p>
Sexo y Género	<p>Género no es sinónimo de sexo. <i>Sexo</i> alude a las diferencias biológicas entre el hombre y la mujer, mientras que <i>género</i> se refiere al significado social construido alrededor de esa diferencia, basado fundamentalmente en la división, según el sexo, de los roles y el poder.</p> <p>Género tampoco equivale a mujer. El concepto de género no se aplica a la mujer en sí misma —ni tampoco al hombre—, sino a las relaciones de desigualdad entre mujeres y hombres (o entre los ámbitos masculinos y femeninos) en torno a la distribución de los recursos, las responsabilidades y el poder.</p> <p>Más allá de su importancia en la formación de la identidad subjetiva, la categoría del género constituye uno de los ejes primarios alrededor de los cuales se organiza la vida social. El género ocupa un lugar central —junto con la clase social y la raza— en el nivel macroeconómico de asignación y distribución de recursos dentro de una sociedad jerárquica. (Gómez, 2002: 455).</p>
Género identidad	<p>Los modelos de desarrollo cognitivo asumen que la comprensión de género de los individuos puede ser diferente en diferentes edades (Ross-Gordon, 1999: 34).</p>
Género	<p>Generalmente se confunde género con sexo. Mientras que sexo se refiere a las características biológicas de los seres humanos que se define como varón y hembra —es decir: se basa en un rasgo biológico—, el género es una construcción sociocultural que varía según el tiempo, la sociedad y el lugar, y define los rasgos característicos de lo que se considera masculino y femenino en una sociedad determinada; constituye también una categoría analítica que permite visualizar las relaciones que se establecen entre hombres y mujeres en un contexto dado (Ayuntamiento de Derio, 2006, en: Aguilar y Torres, 2008: 110).</p>

Categoría etnia/origen

Categoría	Indicadores o aproximaciones empíricas
Etnia	<p>En la Región de las Américas se reconoce dentro del conglomerado de grupos étnicos / raciales no sólo a los pueblos indígenas, sino a otros grupos como los afrodescendientes, los migrantes, los pueblos rom, los desplazados y los refugiados, ya que todos ellos tienen acervos culturales propios (Torres-Parodi y Bolis, 2007: 414).</p>
Etnicidad grupos étnicos	<p>Como argumenta Nagel (1994) “la etnicidad es una propiedad de la identidad individual y de la organización grupal en constante evolución” (TUNG and MUTRAN, 2005: 329).</p>
Minoría étnica	<p>Poblaciones de minorías étnicas comunes en Gran Bretaña: paquistanís, Caibeños, chinos (Bowling, 2009: 704).</p>
Grupos etno - raciales	<p>Grupos etnoraciales basados en la respuesta individual a la pregunta acerca de la identidad racial y la respuesta acerca del origen latino nacional: africano americanos no latinos, México Americanos, otros Latinos y Blancos no Latinos (Zsembik et al, 2000: 234-5).</p>
Raza	<p>Tipología racial a inicios siglo XX: blanco, pardo, negro (Alvares y Ventura, 2000: 128).</p>

Étnico y pueblo indígena	<p>al adoptar la definición del Convenio 169 de la OIT y tomando en cuenta la experiencia censal, es posible distinguir al menos cuatro dimensiones que intentan cubrir los elementos constitutivos de la definición de pueblo indígena, a partir de las cuales se podrían establecer criterios operacionales. Ellas son: (a) la dimensión “de reconocimiento de la identidad”, que alude al sentido de pertenencia al pueblo; (b) el “origen común”, que se refiere a la descendencia de ancestros comunes y alude, entre otros factores, a la memoria social y colectiva de los pueblos; (c) la “territorialidad”, que estaría ligada a la herencia ancestral y memoria colectiva de los pueblos, así como a la ocupación de tierras ancestrales y vínculos materiales y simbólicos que se inscriben en ella, y (d) la dimensión “lingüístico-cultural”, que se relaciona con el apego a la cultura de origen, la organización social y política, el idioma, la cosmovisión, conocimientos y modos de vida (Schkolnik, 2000; Schkolnik y Del Popolo, 2005; CEPAL, 2006).</p> <p>Siguiendo a Antón, se entiende por afro descendiente “a todos los pueblos y personas descendientes de la diáspora africana en el mundo. En América Latina y el Caribe el concepto se refiere a las distintas culturas “negras” o “afro americanas” (Del Popolo, 2008: 15).</p> <p>Formas de preguntar censos: México: ¿es usted? náhuatl, maya, zapoteco, mixteco, o de otro grupo indígena Brasil: ¿es usted? blanco, negro, pardo, amarillo, indígena El Salvador ¿es usted? Blanco, mestizo (mezcla de blanco con indígena), indígena, negro (de raza).</p>
Indígenas	Las lenguas indígenas en América Latina (alrededor de 400) son importantes medios de auto identificación e identificación grupal. La lengua es el medio más común de definir lo indígena (indigeneity) en la mayoría de los conteos censales. También se ha utilizado la auto-identificación étnica y la vestimenta. En México se ha utilizado mucho el lenguaje para definir a la población indígena en sus censos (en 2001, 7.1% lo hablaban). En 2000 México utilizó tres criterios: la lengua, vivir en un hogar indígena y “personas que se consideran ellas mismas indios, pero que no hablan una lengua indígena” (Montenegro and Stephens, 2006: 1860).
Indígenas	Acerca de lo indígena, los factores más ampliamente reconocidos por las comunidades son la auto identificación como indígena y la aceptación del grupo. La lengua es otro indicador clave de lo indígena (indigeneity) y es un aspecto muy importante de la identidad, aún cuando muchos hablantes son multilingües (Stephens y cols, 2006: 2020-1).
Grupos étnicos afro-descendientes	<p>El año 2000 durante la Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia, realizada en Durban, Sudáfrica, se otorgó la categoría cultural de afro-descendientes a los que hasta ese momento eran considerados “negros”.</p> <p>Los mecanismos por los cuales las identidades étnicas funcionan como estratificadores de salud son:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Conductas con mayor exposición al riesgo. · Dificultad de acceso a los servicios, por factores culturales, financieros o geográficos. · Baja calidad de la atención, cuando se logra el acceso · La existencia de inequidades de salud que dan cuenta del origen étnico como una determinante social, que genera mecanismos de exclusión, se revela cuando la información de salud aparece desagregada por origen étnico (Torres, sin fecha)
Contexto de envejecimiento rural urbano	Contexto específico de envejecimiento: rural o urbano (Treviño-Siller S, Pelcastre-Villafuerte B, Márquez-Serrano M., 2006: 37).
Etnia y vejez	la etnia es una categoría social que no se basa sólo en el origen racial, sino en una serie de criterios de identificación (origen antropológico, comunidad de territorio, uso lingüístico, costumbres y formas de vida) que pueden ser reconocidos tanto objetivamente, por los “otros”, como subjetivamente, en la conciencia de los individuos (Huenchuan, 1998: 15).
Etnia y vejez	Brechas por etnia —indígena y no indígena— población adulta mayor no indígena vs. población de adulta mayor indígena (Schkolnik y Huenchuan, 2007: 70).
Raza etnicidad viejos	La raza / etnicidad en los viejos se agrupa en tres categorías: negros no hispanos, hispanos y blancos no hispanos (Resnik y Allen, 2006: 110)

Categoría generación

Categoría	Indicadores o aproximaciones empíricas
Generación	Generación G2, segunda generación, padres Generación G3, tercera generación, hijos e hijas (Elder et al, 1996: 440).
Generaciones	La edad de las mujeres de la primera generación de los cuatro grupos familiares oscila entre 55 y 80 años, con esposos entre 60 y 85 años de edad; las cuatro mujeres de segunda generación tienen entre 36 y 54 años de edad, con compañeros entre 38 y 56 años de edad; las mujeres de la tercera generación tienen entre los 15 y 35 años de edad, con esposos entre 19 y 35 años de edad (Ortega, 2006: 77-8).

Generaciones	<p>Las generaciones serían la cadena hijo-padre-abuelo, o de manera gráfica, los distintos niveles y ramas de un árbol genealógico. En estos términos, la palabra sirve para designar tanto a los antepasados como a los descendientes; es decir, señala tanto al pasado como al presente y el futuro. Con la introducción de este componente relacional, la generación comprende también lo que ellas producen: una cadena de filiaciones, que es también una cadena de relaciones: las relaciones de parentesco. (p 14).</p> <p>Dos nuevos elementos llevan la idea de las generaciones a un plano de dinámicas sociales que traspasan los límites de las relaciones familiares. El primero: que las generaciones forman <i>conjunto</i>; es decir, que cada generación comprende un tipo singular de elementos, que tienen límites y que ambas cosas las diferencian de otros conjuntos. El segundo: que la <i>edad</i> es el criterio que define esos límites.</p> <p>Que la formación de generaciones pasa por un tema de fechas de nacimiento es quizás la forma más simple y común de entender el asunto. Por lo general, se asume que el sólo hecho de haber nacido en un mismo año implica ya la pertenencia a una generación (p 16).</p> <p>Criterio de formación de una generación:</p> <p>1. Criterio etario 2. Criterio etario + marcos socioculturales parecidos que influyen la acción. 3. Se agrega la necesidad de compartir una misma situación de generación donde se un tiempo histórico y las condiciones sociales e históricas de existencia. Las condiciones sociales y culturales en que viven los sujetos determinan los modos de experiencia y conciencia posibles. De una determinada situación de generación pueden aparecer grupos sociales concretos con una filiación consciente que comparten una visión del mundo se llama unidad generacional donde la edad y la vivencia de una misma situación cristalizan en un esquema de ideas y actitudes que interpreta la situación de un conjunto de sujetos. 4. Si la pertenencia a uno u otro grupo socioeconómico determina situaciones de generación diferentes, lo mismo ocurre con el área de residencia. Las «sensibilidades vitales» que se generan son distintas, Las «sensibilidades vitales» que se generan son distintas, porque no es lo mismo nacer, crecer y ser joven en una gran urbe que en un pueblo o sector inmerso en la ruralidad (p 17). 5. Cualquier noción de generación incorpora —en alguno de sus niveles— un componente identitario. Haber nacido en un mismo momento de la historia supone un sentimiento de identidad y pertenencia a un colectivo (p 31) pero por el contrario, tienen efectos muy distintos según la estructura del campo y la posición en que se hallen los sujetos (Cf. Martín Criado, 1998:83-84). Pertenecer a una misma <i>generación real</i>, significa vivir los procesos históricos en una misma «etapa de la vida» biológica, pero eso no significa que se los observe desde una misma <i>posición</i>. Por el contrario, la forma en que se viven los procesos histórico-sociales depende de la <i>situación</i> en que se encuentra un grupo social en su particular relación con los procesos (p 32) de un campo específico. Así se entiende que los acontecimientos que marcan los procesos históricos, incluso los más radicales y profundos, se expresen de distintas maneras dependiendo del espacio social. Lo mismo ocurre con las condiciones de vida: no necesariamente se traducen en una forma compartida de interpretar la realidad. 6. las distintas situaciones que describe una generación pueden dar origen a distintos modos de interpretar su particular posición en el proceso histórico. Cada una de estas interpretaciones constituye una <i>unidad de generación</i>, una particular <i>lectura</i> y actitud frente a la situación que vive la generación como conjunto abstracto, como <i>generación real</i>. <i>Clases de edad</i> es un concepto que «nos remite, en un momento del tiempo, a la división que se opera, en el interior de un grupo, entre los sujetos, en función de una edad social: definida por una serie de derechos, privilegios, deberes, formas de actuar... y delimitada por una serie de momentos de transición —que difieren históricamente: matrimonio, servicio militar, primera comunión, certificados de escolaridad—. Esta división de clases de edad, se construye en el seno de cada grupo social en función de sus condiciones materiales y sociales de existencia y de sus condiciones y estrategias de reproducción social» Martín Criado, 1998:86) (p 26) (Ghiardo, 2004: 14-36)</p>
Generación	<p>La generación ocupa alrededor de 30 años o dicho de otra manera es la resultante de dividir en tres tercios la vida de un sujeto hipotéticamente longevo. Así nos encontraríamos con los menores de treinta (nietos), los comprendidos entre treinta y sesenta años (padres) y los mayores de sesenta (abuelos) (p 112). Ortega y Gasset, dentro de su teoría sobre las generaciones, las sitúa dentro de una zona temporal de quince años. Como destaca Armando de Miguel, una generación, sin embargo, está compuesta por diferentes estratos, cohortes o promociones de población (De Miguel, 1987, 35-36). Referido a los viejos, existen diferentes grupos de viejos desde el punto de vista sociológico y desde la visión demográfica se destacan agrupaciones a partir de la edad. Lejos de las concepciones que ven la vejez como un grupo social)) (v. g.: Arethe, Rose, Peterson) hemos de insistir una vez más que esta es una ((situación social)) socialmente devenida, en la que se observan, entre otras, diferencias básicas tales como: las de posición y estatus social, las de hábitos y estilos de vida, las propias diferencias generacionales entre ellos, así como las estrictamente biográficas. Entre tantas diferencias, el accidente de la edad produce —faltaría más— rasgos comunes, pero ¿suficientes para ahogar o sofocar análisis de mayor calado social como pueden ser los referidos a estratificación social? Las diferencias entre los viejos son de estructura social. (p 114). Como señala Ma Angeles Durán: ((La "generación", tiene doble dimensión o dos formas posibles de vinculación al tiempo: la "verticalidad, en cuanto sucesión de</p>

	descendientes (padre, hijos, nietos, etc.), y la "horizontalidad en la coexistencia en un mismo momento del tiempo de individuos de distintas edades (Durán, M. A., 1986, 104). Los asuntos generacionales son importantes en todas las edades, pero el paso del tiempo da y dará un contenido social a cada generación. De esta manera, los viejos de hoy, en atención a su aspecto físico (salud) como en atención a algunos grandes indicadores de estratificación social: renta, instrucción, hábitat, son diferentes a los que hubo hace treinta años, y serán diferentes a los que lleguen a esa edad dentro de otros treinta (Sánchez, 1992, 115).
Interdependencia intergeneracional	Baumhover (1983) se refiere a los adultos de edad media encarando el crecimiento de hijos y el cuidado de padres que envejecen como la "generación sándwich". El bienestar de la generación sándwich se presume que es afectado por el intercambio simultáneo con las otras dos generaciones (Ward y Spitze, 1998). Desde la perspectiva del curso de vida, la interdependencia intergeneracional también necesita ser examinada vía condiciones estructurales sobre el macro – nivel (Hagestad, 2001). Donde los cambios demográficos, económicos, y culturales pueden tener un efecto sobre las interacciones de intercambio de ayuda. Futuras investigaciones sobre interdependencia intergeneracional pueden aplicar una aproximación desde la perspectiva del curso de vida combinado con el análisis de condiciones estructurales macro-nivel tal como leyes y políticas, economía y actitudes hacia los viejos, obligaciones filiales, servicios accesibles, y demás (p 296). La ayuda mutua entre tres generaciones refleja los cambios entre los individuos y las familias a través de la integridad de la vida y está embebida dentro del ambiente de cambio social. Comprender la interdependencia intergeneracional puede ser favorecida por la aplicación de la teoría del intercambio social y el enfoque del desarrollo familiar e individual, junto con el conocimiento de la interfase entre individuos, familias y sociedad (Li-Wen, 2004: 277- 87).
Efectos Generación	El efecto generacional es particularmente bien establecido por Anastasi (1958, p. 220): "diferencias entre 20 y 40 años de edad testificados simultáneamente (en 1940 o 1960) podrían reflejar cambios en la edad más diferencias culturales, especialmente diferencias en las condiciones bajo las cuales los dos grupos de edad fueron (reared)" (Baltes, 1968).
Transferencias intergeneracionales Generación sandwich	Ciclo de vida familiar de los hijos afecta las transferencias intergeneracionales hacia los padres, especialmente la generación sándwich menor de 30 años de edad, que implica la redistribución de sus propios recursos, viéndose rebasada para satisfacer las necesidades de su familia (hijos y padres) (Montes de Oca y Hebrero, sin fecha: 184).
Generación familia	Hagestad G, (2003), explora interdependencias entre tres niveles: sociedades cambiantes, sistemas familiares dinámicos con complejas redes de relaciones y trayectorias de vida individual. 2) membresía familiar, especialmente posición generacional. Como individuos nosotros típicamente empezamos viviendo en una generación alpha, una posición que solo tiene parentesco ascendente, la mayoría de nosotros típicamente terminamos nuestra vida en una posición Omega, donde solo tenemos descendientes. Entre ambas pasamos décadas en posiciones Janus, donde nos relacionamos con generaciones tanto arriba como por debajo de nosotros, y donde nosotros simultáneamente ocupamos los roles de padres e hijos y aún de abuelos y nietos. (Hagestad G, 2003).
Generación cohorte curso de vida	El curso de vida ha hecho diversas contribuciones a la comprensión de la generación y el cambio social, al refinar la distinción entre generación y cohorte. Generación designa una relación de parentesco y un linaje genealógico (Ejemplo padres e hijos). Y puede abarcar un rango de edad de 30 años o más. Una cohorte consiste en un grupo de edad más específico, que ha compartido una experiencia histórica común. De forma más importante la cohorte es definida por su interacción con los eventos históricos que afectan el subsiguiente desarrollo del curso de vida de ese grupo. Una generación puede consistir de varias cohortes, cada una de ellas con diferentes experiencias históricas que han afectado su curso de vida. Si uno intenta examinar cambios a través del tiempo en las relaciones generacionales, es necesario comparar cohortes no generaciones. (Hareven, 1994: 438-41).
Generación y cohortes	Para un análisis del curso de vida, dividen a la generación de hijos en dos cohortes de acuerdo con los acontecimientos históricos que enfrentaron al llegar a la vida adulta: los que nacieron entre 1910 y 1919 y que llegaron a adultos durante la gran depresión (primera cohorte), y los que nacieron entre 1920 y 1929 y llegaron a adultos durante la segunda guerra mundial (segunda cohorte) (Hareven y Gruyere, sin fecha: 4).
Generación y cohorte	El término generación denota grupos sucesivos en el tiempo, donde la cohorte podría ser pero no necesariamente ser el nacimiento biológico del primer grupo. En contraste el término cohorte se refiere a una definición arbitraria de un punto o rango en el tiempo durante el cual los miembros del grupo se integran al ambiente (por nacimiento u otra entrada temporal). Ya que la distancia temporal entre dos generaciones generalmente representará un marco de tiempo de 20–30 años, mientras que las diferencias de cohorte pueden y frecuentemente lo hacen cubrir periodos de tiempo mucho más cortos. (Warner, 1996: 568).

Edad cohorte Generación	<p>El término generación involucra en su seno varios sentidos distintos. Se le suele asociar a la edad, dado que según la edad que tenga una persona podemos deducir la generación a la que pertenece. Sin embargo esta deducción no es tan sencilla ni lineal. El concepto de edad se inscribe básicamente en una lógica transversal, una persona tiene determinada edad en un momento dado. El concepto de generación adscribe una visión longitudinal. La edad es un fenómeno complejo y como categoría social es incluso más dinámico que los conceptos de raza, género e incluso clase social, dado que estos permanecen mucho más constantes a lo largo de la vida de los individuos. Hay un sólo sentido en que la edad como categoría social permanece constante y es el de la cohorte en el sentido en que los miembros de una misma cohorte “se mueven juntos”, de una edad a la otra, los miembros de una cohorte crecen y envejecen juntos (Pilcher, 1995).</p> <p>Los términos de cohorte y de generación tienen tradiciones distintas de utilización según las disciplinas. El primero es un término originalmente demográfico y se usa para referirse a una población determinada que experimenta el mismo evento significativo entre un mismo periodo de tiempo calendario. El concepto de generación ha sido utilizado por antropólogos, sociólogos e historiadores de forma diversa. En algunos casos refiere explícitamente al concepto de cohorte y se entrelaza con eventos culturales o sociales vividos por las personas en un momento determinado (“sixties generation”). En otros casos el concepto de generación refiere explícitamente a las relaciones de parentesco entre las familias y por tanto el concepto de relaciones intergeneracionales se aplica a las relaciones entre padres, hijos y abuelos. (Pilcher, 1995). Siguiendo a Attias Donfut (1988) podemos resumir los distintos usos de la noción de generación en ciencias sociales y reagruparlos según tres grandes perspectivas: Demográfica – indicadores precisos y medibles, utilizan el término de cohorte al de generación. La generación o cohorte abarca al conjunto de los individuos nacidos en la misma fecha o en un mismo intervalo de tiempo en una sociedad. Etnológica o genealógica – la generación está limitada al sentido de filiación y a una función clasificatoria. Este punto de vista privilegia el análisis de la organización social. Sociológico - es a la vez más común y más impreciso. La noción de generación no es cuantificable ni codificable, expresa en los usos dominantes una comunidad que se podría calificar de “espiritual”: la puesta en común de experiencias, ideas, mentalidades, ciertas visiones del mundo y de la sociedad. Se refiere a la vez a una mezcla de historia social y de modos de pensar: se disocia de la noción de edad cuya aproximación está influenciada por la etnología.</p> <p>La relación entre las distintas generaciones se puede analizar a varios niveles. En el nivel macro correspondería a la sociedad toda: económicamente, analizando los ingresos y egresos que por concepto de los distintos grupos etáreos se producen a nivel de la economía nacional; socialmente en relación con la inversión en capital humano y social que se produce a nivel de los diferentes grupos etáreos y que se deriva en la elaboración de distintas políticas sociales y ver como han evolucionado estas variables en los distintos periodos históricos del país. (p 4). A nivel meso, en términos de comunidad o sociedad, podríamos analizar los diferentes movimientos sociales que se manifiestan de diversas formas reclamando derechos ciudadanos para los distintos sectores de la sociedad; como los viejos. A nivel microsociedad, el escenario de la familia ha sido relevante en los diversos análisis, y ha sido considerado por varias razones como el ámbito privilegiado para analizar la relación entre generaciones. Por ser el ámbito de la reproducción de la especie, es a partir de las relaciones que se establecen entre los miembros de distintas generaciones de una familia donde más claramente se puede vislumbrar el nivel de conflicto o consenso generacional. En un espacio en que las relaciones que se entablan están basadas supuestamente en la confianza y el afecto, la posibilidad de transferencias intergeneracionales deberían ser mucho más fluidas que en otros espacios, que incluyen las transferencias monetarias, y los cuidados y servicios que prestan. Una dificultad metodológica clásica en los análisis de familia que es reducir este concepto al de “hogar” como unidad doméstica. (Paredes, 2004a). El papel de las transferencias intergeneracionales constituye un eje central dado que podría tender a equilibrar las inequidades entre generaciones en relación a la distribución de recursos. Este tema ha sido analizado en términos de solidaridad intergeneracional a nivel estatal a través de la regulación social y económica en los sistemas de redistribución pública, y a nivel de la familia que se refleja en al vida cotidiana a través de los lazos de filiación. ¿Qué entienden por generación? Tres conceptos eran claves en esta definición: la edad de las personas, la cohorte a la que pertenecen y el periodo histórico en el que transitan aproximadamente por similares etapas de la vida (p 7) (Paredes, 2008: 4 -16).</p>
Efecto edad cohorte Periodo	<p>Dos grandes estratos socioeconómicos: aquellas mujeres con padres en ocupaciones manuales (estrato socioeconómico bajo) y aquellas con padres en ocupaciones no manuales (estrato socioeconómico medio) (Pacheco y Blanco, 2005: 86).</p>

Dimensión intermedia

Categoría	Indicadores o aproximaciones empíricas
calidad de vida	Para evaluar la calidad de vida, debe reconocerse en su concepto multidimensional que incluye estilo de vida, vivienda, satisfacción en la escuela y en el empleo, así como situación económica. Es por ello que la calidad de vida se conceptualiza de acuerdo con un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar. La calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del "sentirse bien.". En el área médica el enfoque de calidad de vida se limita a la relacionada con la salud. (Health- Related Quality of Life). Este término permite distinguirla de otros factores y está principalmente relacionado con la propia enfermedad o con los efectos del tratamiento (Velarde-Jurado E, Avila-Figueroa C., 2002: 350).
calidad de vida	Nivel familiar doméstico: 1. Habitacional: a) Saneamiento: Disponibilidad de agua, Disponibilidad de baño, Disponibilidad electricidad. b) Hacinamiento (relación número de cuartos/número de personas). Tipo de materiales, tenencia, c) Equipamiento, acceso a servicios. 2. Sociodemográficas hogar: a) tamaño y composición hogar: tamaño y tipo de hogar (número de miembros y parentesco), etapa ciclo vital: edad jefe de familia y cónyuge, nivel de instrucción, edad, sexo y actividad (jefe y jefa). B) C. vinculadas al mercado laboral: Tipo de inserción ocupacional y/o desocupación, edad, sexo jefe y cónyuge, Categoría, rama, tarea, calificación, tiempo, forma. Relación activos inactivos hogar. Relación ocupados desocupados Percepción de beneficios sociales: Obra social, jubilación, jefe y cónyuge. Nivel Individuos: 3. Educacional: a) Nivel de capacitación o Instrucción alcanzado. Relación edad y nivel de Instrucción alcanzado (Alfabeto, asiste, nivel). 4. Laboral: a) Tipo de inserción ocupacional: Categoría, rama, tamaño establecimiento, carácter y calificación de tarea desempeñada, b) características de la desocupación (Tiempo, forma y tipo de desempleo); c) Estructura de ingresos del hogar (Fuentes de ingreso, montos). D) Experiencias ocupacionales (Trayectorias laborales considerando Rama, categoría ocupacional, calificación, Carácter de la ocupación, razones por las que cambio de ocupación). 5. Provisional: a). Posibilidad de aportar percibir jubilaciones (Realiza aportes jubilatorios Percibe jubilación) , b) Servicios asistenciales (Pertenencia a obra social), 6. Relacional: a) Existencia de organización y asociación. (tipo organizaciones, objetivos, formas de pertenencia); b) Participación en experiencias asociaciones (grado de participación, sectores a los que se dirigen, iniciativas de formación), c) redes de solidaridad (pertenencia a organizaciones sociales o políticas). d) tipo vínculos referentes sociales y políticos (formas de vinculación vecinos y dirigentes barriales. Comportamiento político electoral). (Perona y Rocchi, 2001).
calidad de vida	La calidad de vida de las personas mayores de 60 años está relacionada con el acceso que éstos tienen a los recursos, tanto monetarios como no monetarios, suficientes para que puedan vivir una vejez en salud y actividad. Desde el punto de vista de la <i>salud</i> que el adulto mayor tenga la posibilidad de contar con la atención médica. Desde la perspectiva <i>económica</i> , la capacidad de percibir un ingreso que les permita satisfacer las necesidades básicas de salud, alimentación, vestido; desde el punto de vista <i>emocional, social o de la auto percepción</i> , la disponibilidad de opciones y la adaptabilidad de las personas mayores a los cambios que implica envejecer. La situación emocional, la situación social, el ingreso y el trabajo, lo que se espera como individuo al llegar a viejo, o las opciones reales con las que la persona cuente, influyen de forma directa sobre la calidad de vida. Asimismo, el medio en el que se desenvuelva, las facilidades para realizar la vida cotidiana así como la infraestructura necesaria conforme el cuerpo se va (p 37) deteriorando, provocan que la persona pueda vivir sin conflicto los últimos años de su vida. La alimentación, desde el punto de vista de la nutrición, es un aspecto básico para la calidad de vida. El acceso a los servicios y las políticas públicas de apoyo a las personas de la tercera edad, también tienen impacto sobre la calidad de vida ya que pueden promover mejoras desde el punto de vista de la salud, así como de infraestructura y de participación de los mayores de edad como miembros activos de la comunidad. La satisfacción con la vida y de la auto percepción de la salud (Han Chande, 2002).
Dominios calidad de vida WHOQOL-BREF domains	Dominios: salud física (actividades de la vida diaria, dependencia de medicamentos o ayudas médicas, energía y fatiga, movilidad, dolor y disconfort, sueño y descanso y capacidad de trabajo), Psicológica (imagen y apariencia corporal, sentimientos negativos, sentimientos positivos, auto-estima, espiritualidad/religión/creencias personales, pensamientos, aprendizajes, memoria y concentración) Relaciones sociales (relaciones personales, soporte social, actividad sexual), Medio ambiente (recursos financieros, libertad, seguridad física, salud y cuidado social, accesibilidad y calidad del ambiente del hogar; oportunidades para adquirir nueva información y habilidades; participación en y oportunidades para recreación/actividades de recreo; ambiente físico (polución, ruido, tráfico, clima), transporte) (WHOQOL-BREF, 1996)

calidad de vida subjetiva y objetiva	El concepto de calidad de vida es multidimensional incluye factores subjetivos y objetivos. Ello implica que habrá que contemplar factores personales (salud, autonomía, satisfacción, etc.), así como factores socio-ambientales (redes de apoyo, servicios sociales, etc.) (Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca, 2002: 19).
calidad de vida y apoyo social	En el caso de las personas mayores, las redes sociales no sólo (p 109. constituyen un sostén para compensar carencias de orden material; nos atrevemos a afirmar que su mayor repercusión en la calidad de vida se debe al grado de satisfacción o insatisfacción de los mayores con la vida misma, lo que tiene relación con los ámbitos emocionales e instrumentales. (p 110). Entre las dimensiones más comunes de la calidad de vida relacionada con las salud se encuentran: función física, función psicológica, función social, rol, síntomas, función cognitiva, percepción de la salud (Huenchuan y Sosa).
calidad de vida y vejez	La edad, género, la posición social, vivir en casa o en una institución son sin dudas variables que permiten predecir la calidad de vida de las personas. En este sentido la vejez constituye uno de los contextos en los cuales la calidad de vida ha sido investigada. La mayoría de los estudios sobre calidad de vida se refieren a situaciones de vida específicas, es decir, calidad de vida de personas con diferentes patologías (diabetes, hipertensión), diferentes edades (adultos, viejos), diferentes niveles de ingreso, entre otros. Dentro de estos contextos, la edad parece ser un factor personal determinante para la calidad de vida. Tanto desde de la perspectiva teórica como empírica, las condiciones que parecen determinar la calidad de vida son las siguientes: salud (gozar de buena salud); habilidades funcionales (ser capaz de ver por si mismo), condiciones económicas (tener una buena pensión o ingreso), relaciones sociales (mantener relaciones con familiares y amigos), actividad (estar activo), servicios sociales y de salud (tener buenos servicios sociales y de salud), calidad de la vivienda y del entorno inmediato (tener una buena casa y un buen entorno inmediato), satisfacción vital (sentirse satisfecho con la vida) y oportunidades culturales y educacionales (tener oportunidad de aprender nuevas cosas). Estos aspectos fueron nombrados como ingredientes o condiciones esenciales para la calidad de vida en la vejez, no variando por género, edad o estatus social (Fernández-Ballesteros, 1998: 58- 63).
calidad de vida en la vejez	No existe tampoco consenso en la definición de de las personas mayores (Bowling, 1998). Se ha desarrollado una amplia variedad terminológica para definir el concepto de calidad de vida incluyendo: vida satisfactoria, bienestar subjetivo, bienestar psicológico, desarrollo personal y diversas representaciones de lo que constituyen una "buena vida". En la práctica, el enfoque más común a la hora de medir la calidad de vida de las personas mayores ha sido el utilizar varios tipos de indicadores de vida (p 10) satisfactoria (Neugarten y col, 1961). Las dificultades asociadas con la medida de la calidad de vida no deben ser una excusa para no poner en marcha nuevas políticas. Se cuenta ya con una serie de hechos: - La salud, medida objetiva y subjetivamente, influye en gran medida en el bienestar de las personas mayores. - Las capacidades físicas afectan a la calidad de vida. - Los factores psicológicos, tales como los rasgos de la personalidad, la soledad y los sentimientos de inutilidad influyen en el bienestar. - Una vivienda y un entorno adecuado tiene una influencia positiva en la calidad de vida - Los factores sociales afectan al sentimiento de aislamiento social repercutiendo negativamente en la calidad de vida. - La propia estima y dignidad son elementos importantes en la vida de cualquier persona, independientemente de la edad. La privación económica daña enormemente las posibilidades y la calidad de vida de los individuos. (O'Shea, 2003: 11-2).
calidad de vida y vejez	Distribución de la población de más de 60 años de edad según área de residencia: Porcentaje de personas mayores residentes en áreas urbanas y rurales, Proporción de personas mayores en áreas urbanas y rurales, Relación de feminidad (total, urbana o rural), Estado civil: Porcentaje de personas mayores según estado civil, Educación: Porcentaje de personas mayores analfabetas, Porcentaje de personas mayores según nivel de instrucción, Promedio de años de estudio, Etnia: Existen grupos de población que poseen características específicas, como aquellos que pertenecen a un grupo étnico particular indígenas y afrodescendientes por ejemplo, que tienen requerimientos que difieren del resto. Por ello resulta útil y necesario analizar algunos indicadores del envejecimiento en forma comparativa entre los miembros de estos grupos y el resto de la población. Entre estos indicadores se destacan: Porcentaje de personas mayores pertenecientes a la población indígena, Porcentaje de población indígena adulta mayor, Seguridad económica en la vejez: Fuentes de seguridad económica en la vejez: Indicadores sobre seguridad económica en la vejez: Indicadores laborales: Niveles de participación económica en la vejez: Tasa de participación económica en la vejez, Tasa de empleo en la vejez, Tasa de desocupación en la vejez, Tipo de inserción laboral de las personas mayores: Proporción de ocupados de edad avanzada en empleo

	<p>informal, Proporción de ocupados de edad avanzada en empleo asalariado, Duración de la jornada laboral,</p> <p>Indicadores de seguridad social: Cobertura previsional en la vejez: Proporción de personas mayores con jubilación o pensión, Promedio mensual de ingresos por jubilaciones o pensiones en la vejez, Distribución porcentual de la población con jubilaciones y pensiones por distintos tramos de ingresos, Cobertura previsional de largo plazo: Porcentaje de personas en edad activa que se encuentran cotizando,</p> <p>Salud y bienestar en la vejez: Indicadores e instrumentos de evaluación de la salud en la vejez: Los indicadores de salud y bienestar en la vejez pueden ser agrupados en cuatro áreas básicas: los referidos a la mortalidad y sus causas; aquellos relacionados con el estado de salud en la vejez; los aspectos ligados a los estilos de vida y los factores de riesgo; y finalmente los que se vinculan con la atención en salud. La mortalidad y sus causas: Perfiles de mortalidad en la vejez: Tasa de mortalidad.</p> <p>Estado de salud: Enfermedades crónicas: Padecimientos crónicos como artritis, diabetes y enfermedades cardiovasculares afectan negativamente la calidad de vida, al disminuir la funcionalidad y consecuentemente, afectar la probabilidad de permanencia en los propios ambientes comunitarios. La prevalencia de enfermedades crónicas se ve afectada por la edad, el sexo y las diferencias étnicas (CDC, 1997).</p> <p>Prevalencia de las enfermedades crónicas en las personas mayores, Prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles en las personas mayores.</p> <p>Enfermedades mentales: Prevalencia de la demencia en las personas mayores, Prevalencia del deterioro cognitivo en las personas mayores, Prevalencia de la depresión en las personas mayores,</p> <p>Capacidad funcional: Porcentaje de personas mayores con dificultad en ABVD, Índice de discapacidad funcional en la vejez, Prevalencia de la discapacidad en la vejez.</p> <p>Autopercepción en salud: Porcentaje de personas mayores según niveles de autopercepción en salud,</p> <p>Otros problemas de salud en la vejez: Porcentaje de personas mayores que ha sufrido caídas, Porcentaje de personas mayores con problemas auditivos, Porcentaje de personas mayores que ha perdido dientes, Estilos de vida y factores de riesgo: Actividad física: Porcentaje de personas mayores que realiza actividad física.</p> <p>Consumo de tabaco: Porcentaje de tabaquismo en personas mayores,</p> <p>Estado nutricional; Prevalencia de la desnutrición, Prevalencia de la obesidad, Porcentaje de personas mayores con malnutrición,</p> <p>Atención en salud de las personas mayores: Protección social en salud</p> <p>Se define como la garantía que la sociedad otorga, por medio de los poderes políticos, para que un individuo o un grupo de individuos pueda satisfacer sus demandas en materia de salud mediante el acceso a los servicios, ya sea a través del sistema o de alguno de los subsistemas de salud del país, sin que la capacidad de pago sea un factor restrictivo. Los grupos de la sociedad que no pueden hacer uso de esta garantía constituyen los excluidos en salud (OPS, 2002).</p> <p>Porcentaje de personas mayores no cubierto por servicios de salud,</p> <p>Servicios de cuidados de largo plazo en instituciones: Proporción de personas mayores en hospitales y asilos, (CEPAL)</p>
calidad de vida en la vejez	<p>La calidad de vida se asocia por una parte con la naturaleza bipolar (objetivo-subjetiva) de la calidad de vida. El componente objetivo se refiere a las condiciones materiales de vida, al nivel de vida, e incluye factores que determinan o influyen sobre la percepción que tiene el sujeto (presencia o no de síntomas, funcionamiento físico), en tanto que el subjetivo se corresponde con definiciones globales basadas en el bienestar y en sus dos marcadores básicos: la satisfacción y la felicidad. (p 19.).</p> <p>En la tercera edad este concepto debe estudiar aspectos como: el estado de salud de este grupo, la determinación de factores de riesgo, la predicción de discapacidades, la seguridad económica y material, la protección social y familiar, la participación y el reconocimiento social y el bienestar en las distintas esferas de la vida.</p> <p>El abordaje de la calidad de vida en esta etapa se ha centrado básicamente en: la autonomía, el estado funcional, la evaluación geriátrica y el bienestar subjetivo.</p> <p>Las dificultades para evaluar la salud en la población geriátrica, debido a la alta prevalencia de deficiencias, ha provocado que la autonomía y el estado funcional se conviertan en importantes indicadores de salud para estas edades; aunque no han dejado de tropezar con dificultades en su operacionalización. Su estudio se ha realizado a través de las actividades de la vida diaria AVD (Bayarre y cols, 2006: 19-20)</p>
calidad de vida y vejez	<p>La calidad de vida fue definida en términos de percepciones del bienestar físico, psicológico y ambiental. Medido y operacionalizado mediante escalas de habilidad funcional, morbilidad psiquiátrica, satisfacción vital, de percepción de control a través de la vida, sentimientos de soledad, soporte social, reporte de síntomas, función cognitiva, percepción de circunstancias de hospedaje, actividades sociales, domésticas, servicios de salud y sociales (Grundy y Bowling, 1999).</p>

Dimensión individual

Categoría	Indicadores o aproximaciones empíricas
Vida cotidiana	La vida cotidiana se refiere a lo que constituye las condiciones concretas de existencia de los sujetos, un hábitat, un espacio, una organización social determinada, una determinada cultura, una determinada manera de producir. Contemplando sus tres áreas: familia, tiempo libre, trabajo (Campos, 2006: 115).
Vida cotidiana	Aparecen los ámbitos como una representación de los territorios sociales, los cuales se definen como espacios sociales donde transcurre la vida cotidiana de la gente. Desde este concepto, se han identificado y definido el ámbito familiar, escolar, comunitario, laboral, institucional y de instituciones prestadoras de servicios de salud (Casallas y cols, 2007: 18-9).
Vida cotidiana	En la vida cotidiana, el día es el contexto para un conjunto de prácticas y las prácticas vienen con sus propios requerimientos y demandas. Asimismo, las prácticas no ocurren de forma aislada de otras, sino que se encuentran interrelacionadas, de esta forma una práctica como el comer requiere de otra como el cocinar. Las prácticas pueden estar ligadas al trabajo o no estarlo, y para conocer el ritmo temporal del día de unas y otras (ligadas al trabajo o no) se pueden utilizar cinco dimensiones del tiempo propuestas por Fine: periodicidad, Tiempo, sincronización, duración y secuencia. Entre otros de los factores que afectan la forma de acomodar las prácticas dentro del día son: el género, la edad y curso de vida (Southerton, 2006: 440-8).
Vida cotidiana	Una manera clásica de dividir la actividad cotidiana es diferenciar entre cinco tipos de actividades: básicas, instrumentales, descanso, trabajo y ocio. Las dos primeras derivadas del enfoque clínico relacionadas con el automantenimiento y la autonomía personal, divididas en básicas (comer, higiene, etc.) e instrumentales (cocinar, comprar, etc.), otro grupo de actividades son las dedicadas al descanso, y por último las actividades relativas al trabajo y al ocio (más personales) (Triadó, 2003: 40).
Vida cotidiana	Klumb y Maier (2007) , distinguen dos amplias categorías de actividades diarias a partir de dos características, ser obligatorias u optativas. Por un lado las actividades regenerativas, las cuales se llevan a cabo por necesidad fisiológica (higiene personal, comer y descansar). Por otro lado, están las actividades discrecionales, las cuales puede hacer uno por elección sobre la base de las preferencias y habilidades individuales. Un tercer criterio (Reid, 1934, en: Klumb Petra y Maier Heiner, 2007) sirve para subdividir ulteriormente las actividades discrecionales –entre productivas y de consumo. Si las actividades desempeñadas de forma predominante debido a sus resultados pueden ser delegadas a una tercer parte sin perder sus beneficios (lavar ropa, limpiar la casa, etc), entonces es productiva. En contraste, si las actividades realizadas primariamente son a nuestro favor y no pueden ser por tanto delegadas a terceras partes sin perder sus beneficios (una reunión de amigos, leer una novela), entonces son de consumo (Klumb y Maier, 2007: 595-6).
Autonomía	Para Shireen Jejeebhoy al analizar diversas definiciones de empoderamiento y autonomía considera que convergen en el objetivo que persiguen, que es, ganar control sobre la propia vida en lo que toca a la familia, la comunidad, la sociedad y los mercados. Sin embargo para ella el concepto de autonomía ⁷¹ tiene un carácter estático y el de empoderamiento dinámico (Jejeebhoy, 2000:205, en: García, 2003: 229).
Autonomía	La autonomía se contempla como una esfera de la calidad de vida que involucra la independencia funcional, la capacidad socioeconómica y el ejercicio completo de la emancipación política (De Negri, 2008: 99). La autonomía como se dijo, puede ser entendida en tres planos: a) Independencia funcional, que permita un desempeño en el marco de los estándares esperados para la vida productiva y la vida relacional (como son los poderes de caminar, percibir y sentir); b) Autonomía social-económica, que permita contar con las condiciones de vida para el desarrollo pleno de sus potencialidades y c) La autonomía política, entendida como emancipación política, que permite que el sujeto se relacione con los otros en los campos de la justicia, igualdad y democracia.
Autonomía y seguridad económica	El estudio de la seguridad económica de las personas mayores comprende dos aspectos: i) situación económica y ii) posición económica. La situación económica está determinada por su poder adquisitivo, que puede provenir de diversas fuentes: trabajo, ahorros, jubilación o pensión, entre otras. Se vincula directamente al nivel y tipo de consumo, el cual depende de la edad y el estado de salud de la persona, las características de su residencia y los servicios que corran por cuenta del Estado (servicios gratuitos o subsidios) (CEPAL, 2003, en: Huenchuan y Guzmán, 2006; Huenchuan y Guzmán, 2007). La posición económica de las personas mayores en un momento determinado depende de una compleja combinación de factores interrelacionados, entre los que destacan el género, el ciclo vital, las biografías personales y generacionales y los sistemas de protección social. El género es una variable estratificadora de importancia, que influye de manera ambigua en la posición económica de las personas cuando llegan a edades avanzadas. El ciclo vital se refiere al momento de la vida en el que se encuentran los sujetos envejecidos y las personas que los rodean. Incluye a los familiares, pues la interrelación de los ciclos de

⁷¹ Autonomía, entendida como la medida en la cual las mujeres ejercen control sobre sus vidas dentro de sus familias en un momento determinado (Jejeebhoy, 2000:205, en: García, 2003: 229).

	<p>vida de los diferentes miembros de la familia determina tanto las cargas que deben sobrellevar las personas mayores como las posibilidades de ayuda de las que podrían disponer. Las biografías personales aluden directamente a la trayectoria laboral de las personas mayores, en lo que respecta a las cotizaciones que hayan acumulado al jubilarse y a su capacidad de empleo en la vejez. Las biografías generacionales corresponden al contexto en que han ido envejeciendo, y se refieren a los factores propios de la historia social, económica y política de las sociedades de las que forman parte. Las características de los sistemas de protección social se reflejan en las oportunidades y en las amenazas para lograr un ingreso sustituto digno en la edad avanzada y, entre otros aspectos, en la posibilidad de acceder a la atención de la salud. Por último, la participación económica, la seguridad social y los apoyos familiares son los mecanismos que generan seguridad económica para las personas mayores (Huenchuan y Guzmán, 2006; Huenchuan y Guzmán, 2007:103-4).</p>
Autonomía participación	<p>Para analizar la participación social de las personas mayores es pertinente considerar las tendencias institucionales como aquellas acciones más comunitarias y relacionales de participación, utilizando de forma flexible y dinámica algunos criterios para identificar su grado de participación a partir de aspectos ligados al nivel de vinculación, iniciativa, implicaciones y consecuencias, lo que hablaría de gradaciones y formas de entender la participación⁷²:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) información (ciudadanía informada de derechos y deberes) b) consulta no vinculante, (no hay relación directa con la toma de decisiones) c) consulta vinculante (toma en cuenta la opinión o parecer de las personas) d) co-gestión o co-ejecución (realización conjunta entre las partes, sin participar necesariamente en la toma de decisiones) e) como control (acciones de fiscalización de la gestión pública, evalúa o audita distintas etapas o fases de un proyecto) f) del tipo co-implicación o codirección (incluye a las anteriores y se traduce en la concertación de voluntades, formación de alianzas y participación en la toma de decisiones) (Duque y Echanogorria, 2008: 16-21).
Autonomía participación	<p>Entre las formas de participación en la vejez se identifica el asociacionismo, el voluntariado, la actividad política, la educación permanente, el ocio y tiempo libre, o las actividades de culto y religiosas (Duque y Echanogorria, 2008: 27-37).</p>

A partir de las categorías revisadas, se propusieron algunos indicadores que sirven como referente en la exploración de las trayectorias biográficas recogidas a través de la vida y son señaladas en el siguiente capítulo sobre la aproximación empírica a Valle de Chalco.

⁷² Fuente: «Propuesta Metodológica para Mejorar la Calidad de la Oferta Gubernamental de Participación en Políticas Públicas.» División de Organizaciones Sociales, SEGEOB, 2005; Duque y Echanogorria., 2008: 19).

CAPÍTULO 7

CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DE CALIDAD DE VIDA EN LA VEJEZ (PROPUESTA DE UN MODELO DE ANÁLISIS)

Se presentan a continuación, algunos elementos que orientan hacia un modelo para la comprensión de la calidad de vida y salud en la vejez, integrado por diversas dimensiones explicativas que van de lo individual a lo estructural. Se parte de una aproximación al envejecimiento desde la mirada del curso de vida (y la cotidianidad), donde la calidad de vida se expresa a través de la configuración de trayectorias de construcción de autonomía a lo largo de la vida, cuyo mantenimiento o restauración en la vejez, guarda relación con la realización o satisfacción de necesidades en las etapas que la anteceden y con trayectorias de acumulación de ventajas y desventajas “corporizadas y subjetivadas”, modeladas por desigualdades estructurales y dinámicas.

La calidad de vida toma relevancia más allá de su expresión singular como un nivel de integración superior a nivel de lo grupal, comunitario o local, donde las condiciones subjetivas y materiales de existencia se articulan. La calidad y condiciones de vida en lo local constituyen mediaciones entre procesos sociales más amplios y el perfil salud-enfermedad en un grupo específico. Para fines analíticos se considera que la calidad de vida y la salud en la vejez son afectadas por relaciones sociales reproductoras de desigualdad y exclusión por clase social, género, etnia y edad. Tales estructuras modelan la calidad de vida y salud de los grupos a través de la forma en que los procesos de producción, consumo y distribución son organizados en las formaciones capitalistas en un contexto determinado.

Mientras que los patrones de la organización social del tiempo propios de la sociedad industrial fordista dividían el curso vital en tres momentos, el educativo, el laboral y el retiro, que permitió a ciertos grupos y sectores un proceso de construcción estable de la calidad de vida a largo plazo mediante un sistema dual de protección social; en la sociedad posfordista tales patrones se transforman, dando paso a trayectorias de vida flexibles que para poder garantizar la calidad de vida a lo largo del tiempo requieren configuraciones de la sociedad diferentes que garanticen la realización de necesidades en cada edad. Por último se considera que un Estado fortalecido puede generar políticas inclusivas a favor de la calidad de vida teniendo como contraparte una ciudadanía activa que discuta en el espacio público los problemas no resueltos relacionados con las consecuencias del proceso de

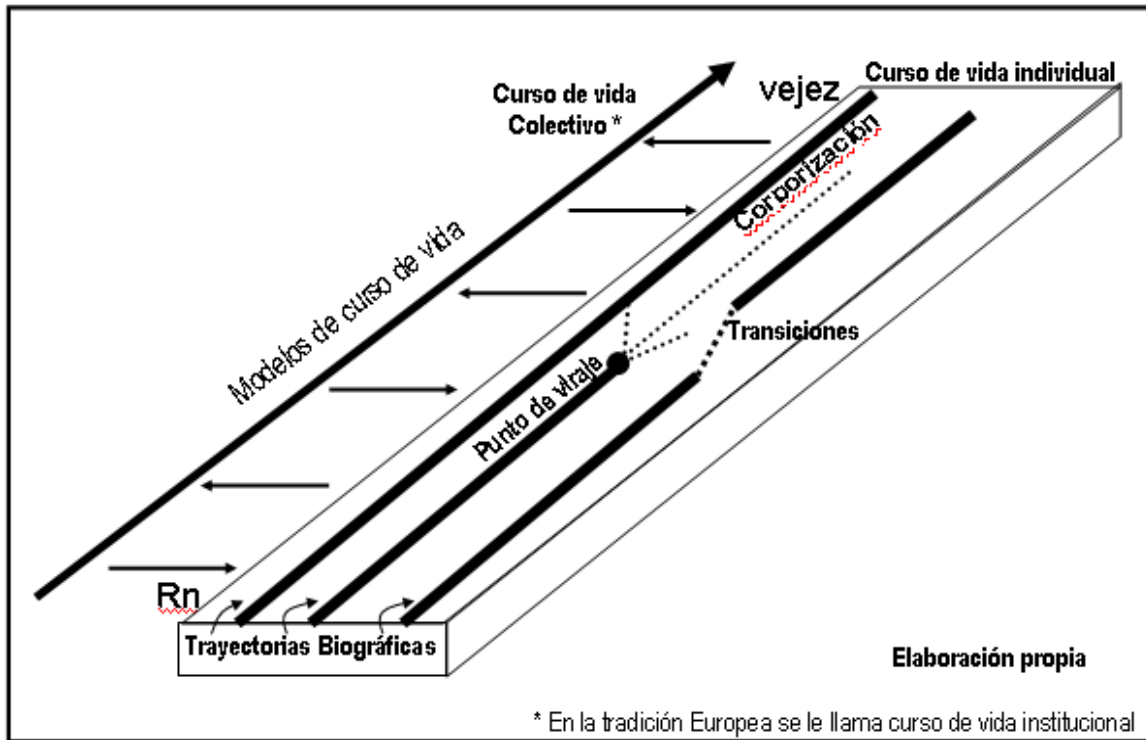
envejecimiento poblacional e individual. Por lo que un acercamiento a la comprensión de la calidad de vida en la vejez tendría que ver con identificar la forma en que participa el Estado y la sociedad civil en una tensión constante entre integración y autonomía.

7.1 Formación del curso de vida y trayectorias biográficas

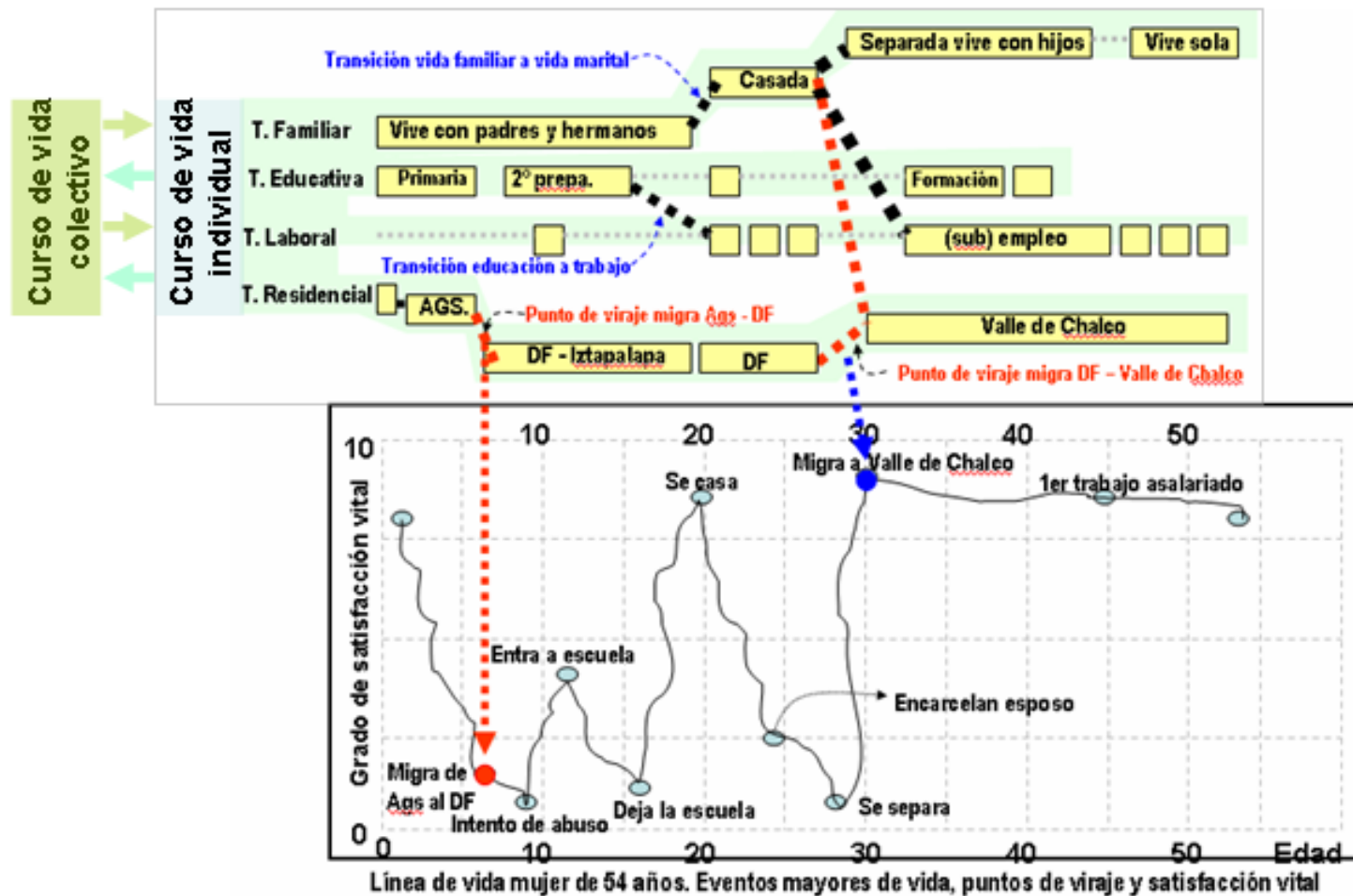
Aproximarse al estudio de la vejez, entendida como una etapa y al envejecimiento como un proceso que abarca la totalidad de la vida -considerado así desde la perspectiva del curso de vida- implica comprender las trayectorias biográficas individuales como construcciones que materialmente “corporizan o encarnan” el mundo social e histórico (Krieger, 2001: 693-700). Las trayectorias individuales transcurren dentro de modelos de curso de vida que se van transformando y que toda sociedad produce, delimitando sus obligaciones y posibilidades. En el modelo de la sociedad industrial fordista, asociada a formas particulares de empleo, contenidos de protección social y un modo de organización social del ciclo vital y de sus temporalidades, se institucionalizó un esquema ternario del ciclo vital distribuido en tres segmentos temporales, la educación en los primeros años, el empleo como parte central de la vida de duración prolongada y el retiro de la actividad laboral pocos años antes de la muerte; todo ello centrado en el ámbito escolar, laboral y familiar. Por el contrario, en el modelo posfordista, se evoca una desinstitucionalización del régimen ternario del ciclo vital, correspondiendo en el micro nivel con la desestandarización de las trayectorias individuales, las que se vuelven más individualizadas, presentándose desajustes y reajustes entre el mercado de trabajo y la protección social, redundando en la calidad de vida y salud en la vejez (Guillemard, 2009).

Hablar de autonomía como expresión de la calidad de vida en la vejez, es referirse a una construcción a lo largo de la vida y para comprenderla se puede utilizar el abordaje del curso de vida, ya que al igual que el envejecimiento toma como eje el tiempo (D’Elia y De Negri, 2006: 101; Casallas y cols, 2007: 8-10). El curso de vida se compone de trayectorias y transiciones. Las trayectorias se refieren a patrones de largo plazo, de estabilidad y cambio, que frecuentemente incluyen múltiples transiciones y en ocasiones puntos de viraje. Mientras que las transiciones de vida se refieren a cambios esperados en un estado, que son discretos y limitados en duración, los puntos de viraje son cambios no esperados que modifican la dirección de una trayectoria de vida. Se considera que el curso de vida de una persona se compone de múltiples trayectorias interdependientes caracterizadas por

roles, se puede mencionar la trayectoria familiar, académica, laboral o de salud, por lo que el curso de vida es multidimensional como la vida de las personas (Settersten, 2003: 24-5; Elder y Kirkpatrick; 2003: 54-5). Al mismo tiempo las trayectorias de vida tienen un componente subjetivo relacionado con la satisfacción vital que acompaña cada evento de vida significativo lo cual puede considerarse como aproximación al componente subjetivo de la calidad de vida (Fernández-Ballesteros, 1997: 94; Huenchuan, 2006: 57).



Trayectorias de vida puntos de viraje y nivel de satisfacción vital



7.2 Procesos moduladores de las trayectorias de la calidad de vida y salud en la vejez

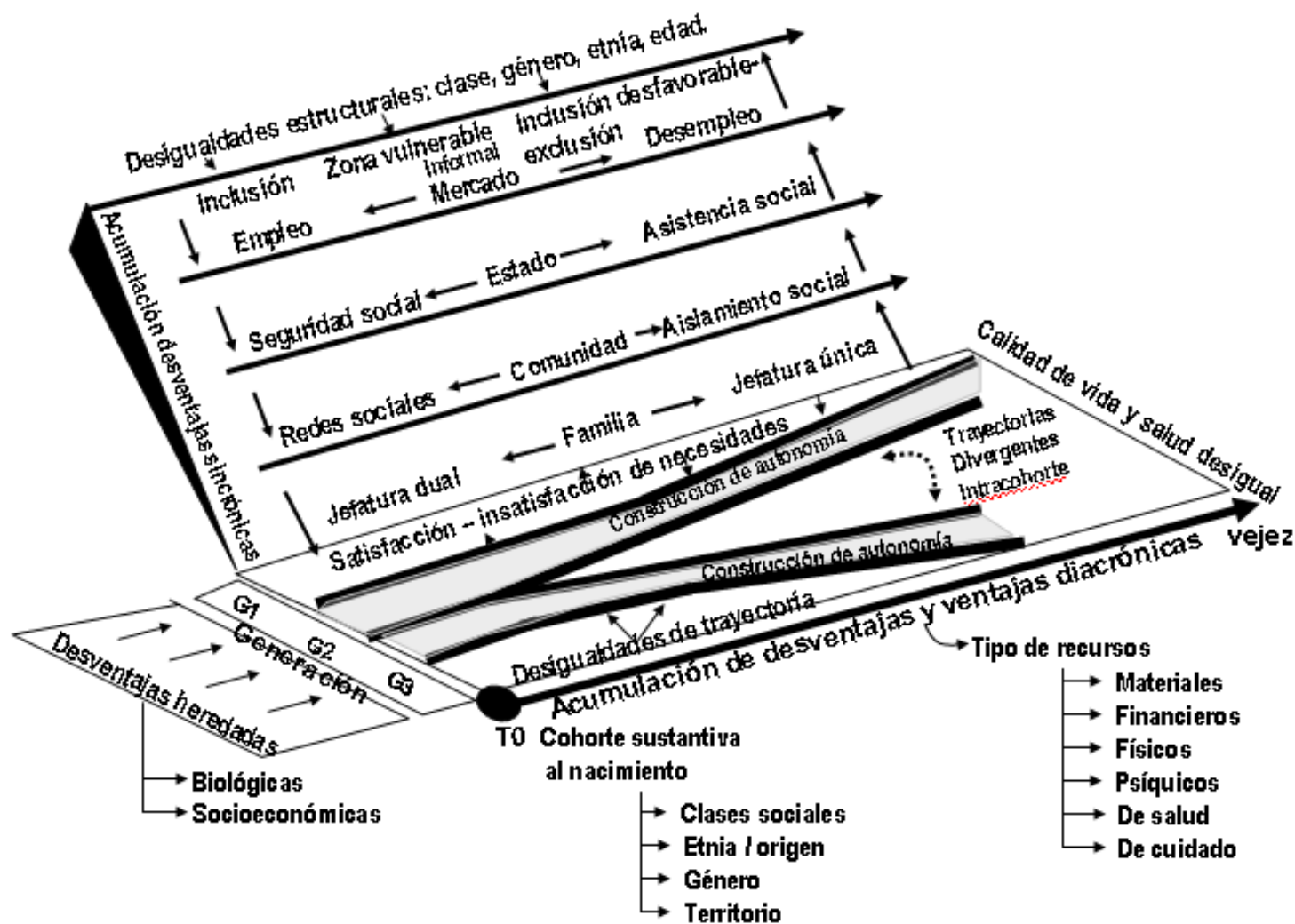
Las condiciones de calidad de vida y autonomía alcanzadas en la vejez dependen de la satisfacción y realización de las necesidades humanas y sociales en cada una de las etapas anteriores de la vida (D'Elia y De Negri, 2006: 86). Tales condiciones están moduladas en parte por procesos cuya influencia se ubica desde el período previo al nacimiento referido como desventajas heredadas que se refieren a la transmisión de las condiciones sociales, económicas, de pobreza y biológicas de una generación a otra (Bayón, 2009:168). Ligado a ello, la “cohorte sustantiva al nacimiento”, sitúa al individuo como perteneciente a una clase social, a un género, a un grupo étnico y a un territorio urbano o rural determinado, sin que haya elección de su parte. Nacer en determinado momento histórico y en una generación determinada -considerada tanto desde el punto de vista sociológico, como del parentesco- imponen formas específicas de inserción en los procesos de producción, distribución y consumo, condiciones que en conjunto generarán trayectorias divergentes dentro de una misma cohorte (Archer, en; McMullin, 2004: 127).

Se han planteado como mecanismos para ligar las condiciones tempranas de vida con las condiciones de vida y salud en la vejez a los procesos de acumulación de ventajas y desventajas (Dannefer, 2003). Como se señaló con anterioridad, cada etapa de la vida tiene necesidades particulares que deben realizarse o satisfacerse para promover o conservar la calidad de vida con autonomía en cada periodo, pero se presentan distancias diferenciales en calidad de vida entre grupos humanos, a partir de su pertenencia de género, clase social, origen étnico o edad, a las que se les ha denominado desigualdades estructurales las que se fragmentan intra-categorialmente en las trayectorias biográficas al conjugarse con las desigualdades dinámicas o de trayectoria, que se refieren a hechos contingentes que por si solos no constituyen desigualdades pero que afectan el curso de una trayectoria (Saraví, 2005: 6). La experiencia de la desigualdad en las trayectorias biográficas a nivel individual, se refiere al significado que es ligado a condiciones de vida desiguales así como las cosas que las personas hacen para manejar o penetrar las estructuras de desigualdad. Estos aspectos reflejan la acción humana o la capacidad de los individuos para interpretar la situación y actuar para cambiarla (McMullin, 2004).

De la misma manera, el proceso de acumulación de ventajas y desventajas presenta dos modalidades que se combinan, la sincrónica y la diacrónica. La acumulación de

desventajas/ventajas diacrónica transcurre en el tiempo, iniciando en un tiempo 0, plantean diferencias al nacimiento y explican la acumulación de ventajas y de desventajas a lo largo de la vida donde pueden ocurrir de forma concomitante a este proceso, dinámicas de inclusión y exclusión social, de acuerdo a la estructura de oportunidades presente. El tipo sincrónico, se refiere a eventos que se producen al mismo tiempo, donde diversas dimensiones son afectadas en forma de espiral, como cuando la precarización del trabajo conduce a limitar el acceso a la salud (Saraví, 2005: 7; De la Rocha, 2005). Por último la calidad de vida en la vejez guarda relación con el acceso a los recursos disponibles de diverso tipo, en un contexto determinado (Sáez y cols, 2008; Arber y Ginn, 1991).

Procesos moduladores de las trayectorias de la calidad de vida y salud en la vejez.



7.3 Procesos de producción, distribución y consumo: una mediación entre las estructuras de desigualdad y exclusión y la calidad de vida y salud en la vejez

La calidad de vida toma relevancia en un nivel superior de integración grupal, comunitario o local, donde las condiciones materiales de existencia, se expresan objetivamente a través de las condiciones de vida en diferentes ámbitos de la vida cotidiana sea familiar, escolar, laboral o institucional (De Negri y cols, 2002: 28-9; D'Elia y cols, 2002: 23). El ámbito familiar con la vivienda, sus estilos de vida y recursos acumulados en un entorno específico, adquieren gran importancia como mediadores para preservar la autonomía en la vejez, ya sea a través de los materiales de construcción de la vivienda y su articulación con los soportes materiales comunitarios, como la conexión a los servicios de agua, luz y drenaje, pero también a través de lazos sociales con redes de apoyo y el acceso a los servicios de salud que proporcionan diferentes modalidades y calidad en la atención de acuerdo al grado de integración social y geográfica de individuos y grupos sociales (Blanco y López, 2007; Nari y Bifarello 1999: 7-8). Por lo tanto, las condiciones de vida en una comunidad se relacionan con su forma de reproducirse socialmente en las dimensiones biológicas, económicas, ideológicas y de conciencia, las cuales determinan diferentes modos de vivir o de enfermar en un grupo social y señalan al mismo tiempo las formas de intervenir, tanto en la dimensión grupal y comunitaria, mediante estrategias integrales e intersectoriales relacionadas con procesos de promoción de la salud y atención primaria de salud, como en los procesos familiares e individuales, con acciones preventivas, curativas (Castellanos, 1990: 4-6) y de restablecimiento de la autonomía (Casallas y cols, 2007). A este plano se debe integrar otro de carácter estructural conformado por la intersección de ejes de poder que organizan la vida social, e involucran relaciones de clase, edad, género y etnia, constituyendo relaciones de desigualdad y exclusión⁷³ que son predominantes en la

⁷³ A su vez la exclusión social es un factor que limita la inserción en el mercado y conduce a la negación de la identidad y con ello de la ciudadanía con privación de derechos civiles, sociales y políticos, sea por género, grupo étnico o edad (Spinelli, 2008:20). A diferencia de la exclusión, la inclusión social hace referencia a la capacidad que tiene la sociedad para eliminar barreras para insertarse en el mercado y construir una ciudadanía activa, así se ha planteado que la integración social predice la calidad de vida en la vejez a través de los sistemas de apoyo formal e informal en el cual el Estado tiene un papel a través de sus políticas de inserción social y de reconocimiento del viejo(a) como portador(a) de derechos (Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca, 2002). A su vez el concepto de igualdad se refiere en sentido amplio, a que la riqueza generada colectivamente debe ser accesible a toda la población y deben garantizarse condiciones básicas de existencia como prerrequisito para el máximo desarrollo de las capacidades individuales y colectivas (López y Blanco, 2003: 9). En los Estados liberales la igualdad es más bien formal, mientras que el Estado de Bienestar se exige la igualdad de oportunidades y en el Estado democratizador se orienta a la igualdad de resultados. Finalmente la equidad es una de las bases de configuración de la sociedad y de la solidaridad entre sus miembros. Las políticas equitativas tratan de reducir brechas entre pobres y ricos que ejercen el derecho de ciudadanía de manera diferenciada (Spinelli, 2008:20). Se puede decir que en

globalización capitalista y que en los países latinoamericanos debido a su forma de inserción en la economía global como países periféricos de globalismo localizado (Santos, 2006: 393) conducen a formas de organización de la producción, consumo y una lógica distributiva que deterioran la calidad de vida y salud complejizando el proceso de envejecimiento (Blanco y López, 2007: 104). La desigualdad social implica relaciones de opresión⁷⁴, explotación, dominación, y subordinación entre grupos con diferencias de poder, que a su vez imprimen características particulares a los procesos de producción, distribución y consumo⁷⁵ (López, Escudero, Carmona, 2008: 324-5), que son procesos críticos para la supervivencia del individuo y la sociedad. Ambos procesos interaccionan o se constituyen mutuamente y no pueden ser separados unos de otros. Los procesos sociales de producción, consumo y distribución se encuentran interrelacionados, las personas que tienen relaciones indirectas con un proceso social particular tienden a estar más directamente involucradas en otro. Un trabajador retirado, por ejemplo, no tiene una relación directa con los procesos productivos pero está indirectamente ligado con ellos a través de los procesos distributivos por los cuales él o ella reciben o no una pensión. Estos tres procesos adquieren sentido sociológico al reconocerse que son llevados a cabo por individuos en interacción con otros. La experiencia de un individuo en los procesos de producción, consumo y distribución, es facilitada o constreñida por su pertenencia de clase, de género, étnica o etárea (McMullin, 2004), ya que los procesos de reproducción social “reproducen” en cada una de sus dimensiones la desigualdad o inequidad social de una formación social concreta. La desigualdad referida como un problema de distribución, se expresa en una mala distribución del ingreso, en un acceso diferencial a servicios básicos, o en una menor participación de algunos sectores en las decisiones y se sintetiza en las clases sociales, aunque también lo hace a través de las diferencias de género, étnicas o etáreas, donde los viejos como un grupo con poder limitado tienden a ser excluidos a través de una asimétrica distribución de recursos y beneficios (López, Escudero, Carmona, 2008: 324-5).

condiciones de equidad e igualdad se fortalecen las relaciones solidarias, justas, democráticas, fomentando una ciudadanía participativa.

⁷⁴ La opresión ocurre si el bienestar de un grupo de personas depende de la privación de otros y la privación de los grupos oprimidos depende de la exclusión de los grupos oprimidos al acceso de recursos, recompensas y privilegios. La opresión de clase, género o étnica es tanto material como inmaterial y puede tomar lugar en diversos escenarios (McMullin, 2004).

⁷⁵ Entendiendo los procesos de producción como las formas por las cuales los materiales son convertidos en objetos útiles y valorados. El proceso de distribución es referido a las formas en que los recursos materiales cambian de manos en la sociedad e incluyen salarios estatales y transferencias personales y familiares. Por su parte los procesos de reproducción hacen alusión a las formas en las cuales la vida es mantenida día a día e intergeneracionalmente, incluyendo aspectos como el cuidado de los viejos.

Si bien de forma constante se asocian las relaciones de clase con las relaciones de producción, y las relaciones de género con la desigualdad en los procesos de reproducción o consumo, existen otras evidencias que sugieren que las ganancias, privilegios y recursos asociados con las relaciones de producción, distribución y consumo son afectadas por el complejo interjuego de relaciones de clase, edad, género y etnia (McMullin, 2004).

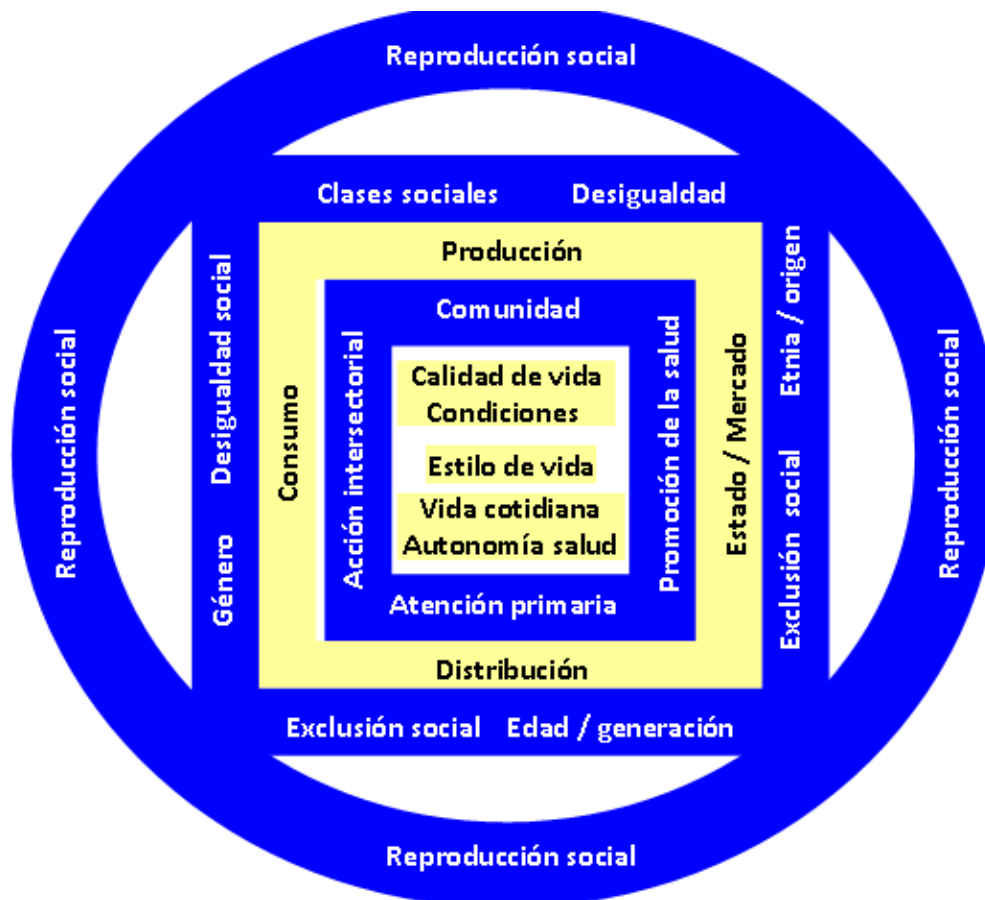
A su vez las formas organizativas de los procesos de producción, consumo y distribución influyen sobre el proceso salud, - enfermedad, a través de condiciones y estilos de vida diferenciados. Pero las diferentes elecciones de estilo de vida (reflejando la agencia y autonomía) y el limitado acceso a los cuidados en salud no explican totalmente la desigualdad en salud en un país; se debe considerar la influencia de las relaciones estructurales sobre las diferencias en salud, de tal manera que las dimensiones ideológicas combinadas con la estructura material, influyen en las elecciones del estilo de vida. La manera en que se organizan los procesos de producción, distribución y consumo contribuyen a la desigualdad en salud (McMullin, 2004), o en su inequidad la cual entraña una valoración ética que subraya los diferenciales en salud inaceptables⁷⁶, (Kawachi, Subramanian, Almeida-Filho, 2006: 647).

Así la naturaleza de la labor productiva que la gente desempeña puede involucrar la exposición a toxinas, la falta de control sobre el proceso de trabajo o un tratamiento discriminatorio y opresivo, que se imprimen en la salud física y mental de los cuerpos. De la misma manera que los individuos con mayores niveles de control en los procesos productivos y experiencias de trabajo positivas tienden a gozar de mejor salud. Asimismo la organización de los procesos de reproducción conducen a variaciones en la salud, donde las ligas sociales, el matrimonio, el trabajo no pagado como el doméstico o el cuidado de los viejos, tienen efectos sobre la salud, afectando más comúnmente a las mujeres, mientras que la salud de los hombres es más frecuentemente impactada por sus actividades laborales. En ese sentido, si se quiere comprender la desigualdad o inequidad en salud es necesario considerar simultáneamente múltiples procesos de desigualdad. Estos procesos modulan de forma significativa el grado de salud que gozan las persona a lo largo del curso y la

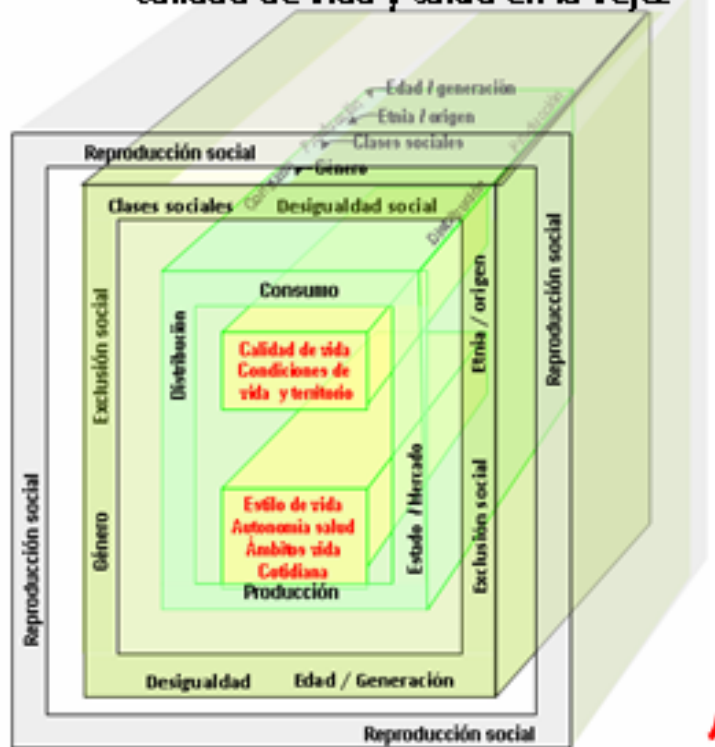
⁷⁶ Resultado de la desigualdad social, aunque también se le ha considerado inversamente como la raíz de la desigualdad en salud (Kawachi, Subramanian, Almeida-Filho, 2006: 647). Desde una perspectiva amplia, el abordaje de la inequidad en salud debe entenderse como un componente esencial de justicia social (López y Blanco, 2003: 13).

duración de sus vidas, de forma concomitante con los procesos biológicos, genéticos y fisiológicos del envejecimiento que también toman parte en los resultados de salud, junto con las elecciones personales (McMullin, 2004).

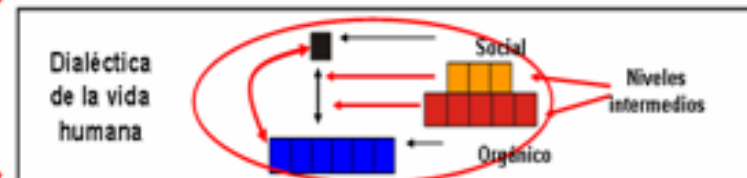
Figura: Dinámicas de desigualdad y exclusión, calidad de vida y salud en la vejez.



Dinámicas de desigualdad y exclusión, calidad de vida y salud en la vejez



Niveles de integración del fenómeno humano (en salud)



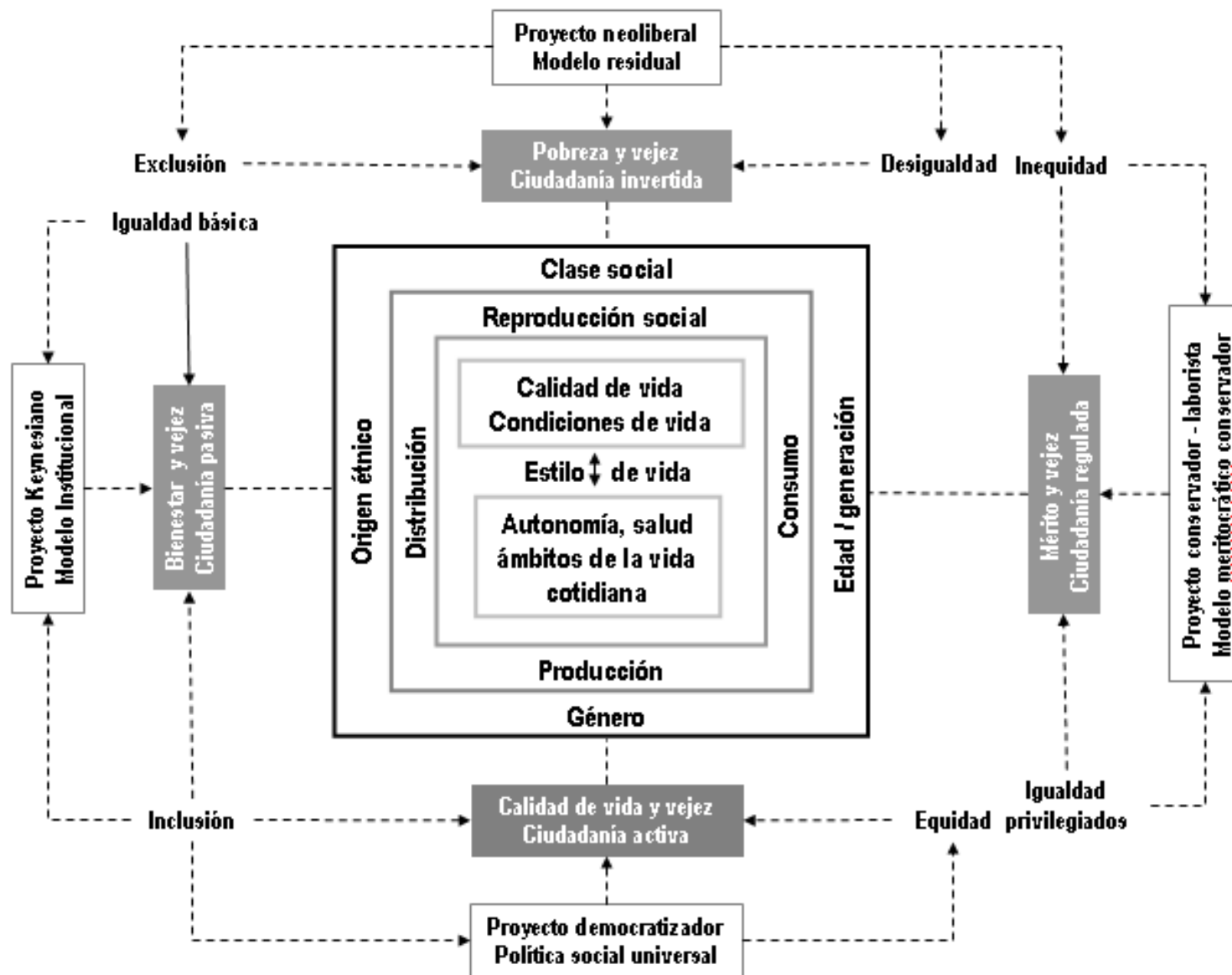
7.4 De la globalización neoliberal con enfoque residual al proyecto democratizador de sociedad y sus políticas públicas universal-equitativas con calidad de vida.

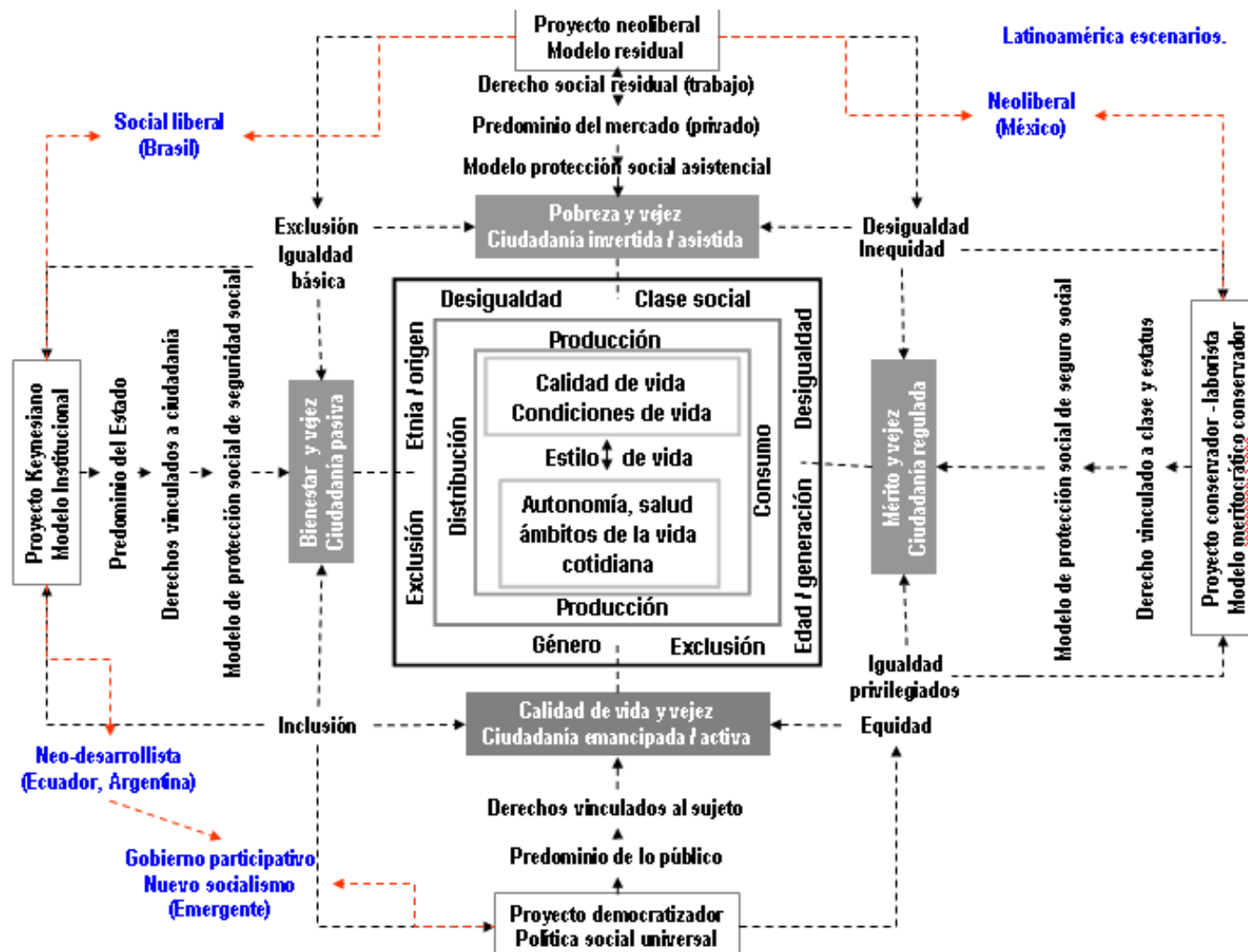
Todo modelo social asocia formas de empleo, contenidos de protección social y un modo particular de organización social del ciclo vital y de las temporalidades (Guillemard, 2009). En las sociedades occidentales, particularmente en la segunda mitad del siglo XX, han surgido diversos proyectos de sociedad que dan origen a políticas públicas con características y principios diferenciados a partir de la noción que tienen sobre las necesidades humanas y sobre cuales deben ser los mecanismos y espacios para satisfacerlos, sea a través del mercado y la capacidad individual o a través de la intervención estatal. De la misma manera detrás de sus políticas públicas y sociales existe una concepción de la vejez en la que se incluyen a ciertos grupos mientras que se excluyen a otros (Huenchuan, 2006). Se han identificado cuatro enfoques de proyectos en las sociedades modernas occidentales y las políticas sociales a las que dan origen: el proyecto conservador-laborista; el Keynesiano; el neoliberal y el democratizador. A partir de los distintos proyectos surgen políticas sociales acordes con sus orientaciones, como el Modelo Meritocrático-Conservador, derivado del proyecto laborista; el Modelo Institucional, relacionado al enfoque Keynesiano; el Modelo Residual, ligado al proyecto Neoliberal; y el Modelo Universal-Equitativo, surgido del modelo Democratizador (considerado como emergente en América Latina). En el modelo de política social institucional ligado al proyecto de sociedad de corte Keynesiano se plantea una visión de la vejez ligada al bienestar; en el enfoque neoliberal, la política sobre la vejez liga a las personas mayores con la pobreza, mientras que del proyecto democrático surgen políticas sociales que vinculan la vejez con la calidad de vida, lo cual tiene que ver con la amplitud en la aplicación de los derechos de ciudadanía social en cada proyecto de sociedad. Desde el punto de vista económico se han asociado al régimen liberal los derechos sociales residuales, con el régimen conservador corporativo los derechos relacionados con la clase y el estatus, mientras que en la social-democracia se reivindican los derechos vinculados a la ciudadanía (Esping-Andersen, 1993, en: Garcés y cols, 2006). Como acotan Bustelo y Minujin con los derechos sociales se puede obtener un mejoramiento de la calidad de vida pero no un cambio en el sistema básico de estratificación social que se deriva de la lógica del mercado. El reconocimiento de la ciudadanía social no puede modificar la estructura de

la distribución de la riqueza y el ingreso que resulta de la asignación de recursos producidos por el mercado pero sí puede alterar su forma ya que, sobre todo en la parte baja de la distribución, la pobreza, puede garantizarse un piso, o sea, un conjunto de bienes y servicios esenciales para todas las personas independientemente del nivel de ingresos de las mismas (2002). Así, desde cada posición prevalece una idea de ciudadanía. Sonia Fleury, inspirada en la clasificación de Titmus y Esping-Andersen distingue tres modalidades: los modelos residuales se caracterizan por una ciudadanía invertida; mientras los de tipo institucional los relacionan con un ciudadanía pasiva y el modelo conservador con una ciudadanía regulada por las condiciones de inserción en el mercado de trabajo (Garcés, y cols, 2006), por su parte el modelo universal-equitativo se orienta a una ciudadanía activa (Fleury, 2010; D'Elia y De Negri, 2006; D'Elia, 2006: 21-5); y Bustelo y Minujin tomando como eje la autonomía y emancipación de los actores políticos, identifican una ciudadanía asistida que propone diluir la esfera de lo público a lo local e inhibe la participación social y una ciudadanía emancipada que opta por ampliar los espacios de lo público, generar una ciudadanía plena y una participación democrática (2002), mientras que otros sugieren que para alcanzar un proyecto democrático participativo se requiere de una ciudadanía organizada (Zubiría, 2009). Cada proyecto de sociedad también plantea un modelo de protección social, por ejemplo a partir del Consenso de Washington surgió un modelo individualista de protección social, que corresponde a un modelo asistencial donde predomina el mercado y lo privado y la protección social se dirige a grupos vulnerables focalizados, mientras del modelo de seguro social surge del modelo meritocrático-conservador y el modelo de seguridad social, más relacionado con el Welfare State asocia la protección social a las necesidades con base a principios de justicia social y estrategias solidarias, con un predominio de lo Estatal. En América Latina se han identificado diversos escenarios políticos de análisis donde se pueden enmarcar la cuestión social y la participación, que toman elementos de los anteriores modelos y otros rasgos propios, del que han surgido propuestas como la del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) de un “universalismo básico”, o la iniciativa de la CEPAL la cual considera la protección social como un derecho básico, aunque sujeto a los recursos fiscales, pero que busca la cohesión social (Fleury, 1994, en: 2010). De los escenarios identificados en la región, a México se le relaciona con el escenario neoliberal, a países como Brasil en el escenario social liberal, a

Ecuador y Argentina en el escenario neo-desarrollista y se plantea como un escenario emergente un gobierno participativo o nuevo socialismo. Los dos últimos escenarios caracterizados por un retorno Estatal y por la participación social de los más desfavorecidos, dentro de un nuevo marco de poder social (Ramírez, 2009: en Fleury, 2010). Se considera que en la región la política social predominante continúa caracterizándose por una modalidad asistencial-clientelista, supuestamente compensadora de los ajustes económicos, política que al mismo tiempo hace referencia al conjunto de instrumentos para operacionalizar e implementar -especialmente en algunos países- una modalidad de ciudadanía de tipo asistido (Bustelo y Minujín, 2002).

Pero al mismo tiempo, ante los cursos de vida flexibles y desestandarizados actuales, surge la reflexión sobre como reconfigurar los sistemas de protección para garantizar la seguridad de los individuos a través de sus trayectorias biográficas, sugiriéndose que el porvenir del Estado social deberá reconstruirse en torno a políticas más preventivas que curativas y que van dirigidas al conjunto de las edades. Estas mantendrían la capacidad de los individuos (salud, empleabilidad, competencias) a lo largo del transcurso de las edades y protegerían las múltiples transiciones que cubren el curso vital (Guillemard, 2009). En países europeos se modifican los sistemas de protección social con el fin de fortalecer la autonomía, y parece haber cierto consenso en la participación del Estado en esquemas de protección social en el contexto del envejecimiento poblacional. Existen al menos dos tendencias en la implementación de los sistemas de protección social europeos, una tendencia de tipo liberal del Estado social patrimonial ligado al individuo y al mercado para asegurar la trayectoria de vida, donde sólo el individuo elige sus planes de vida, mientras que la tendencia social-demócrata sostiene la coordinación de actores como el Estado que protegen las trayectorias, con una corresponsabilidad de los actores. Se puede señalar que no hay proyectos de sociedad, ni modelos de políticas puros, pero que el conjunto de los elementos analizados en este apartado dan cuenta de las combinaciones que tienen mejores posibilidades de mejorar la calidad de vida de la población que envejece, pero que se requiere ir más allá para lograr sociedades más justas, equitativas e inclusivas.



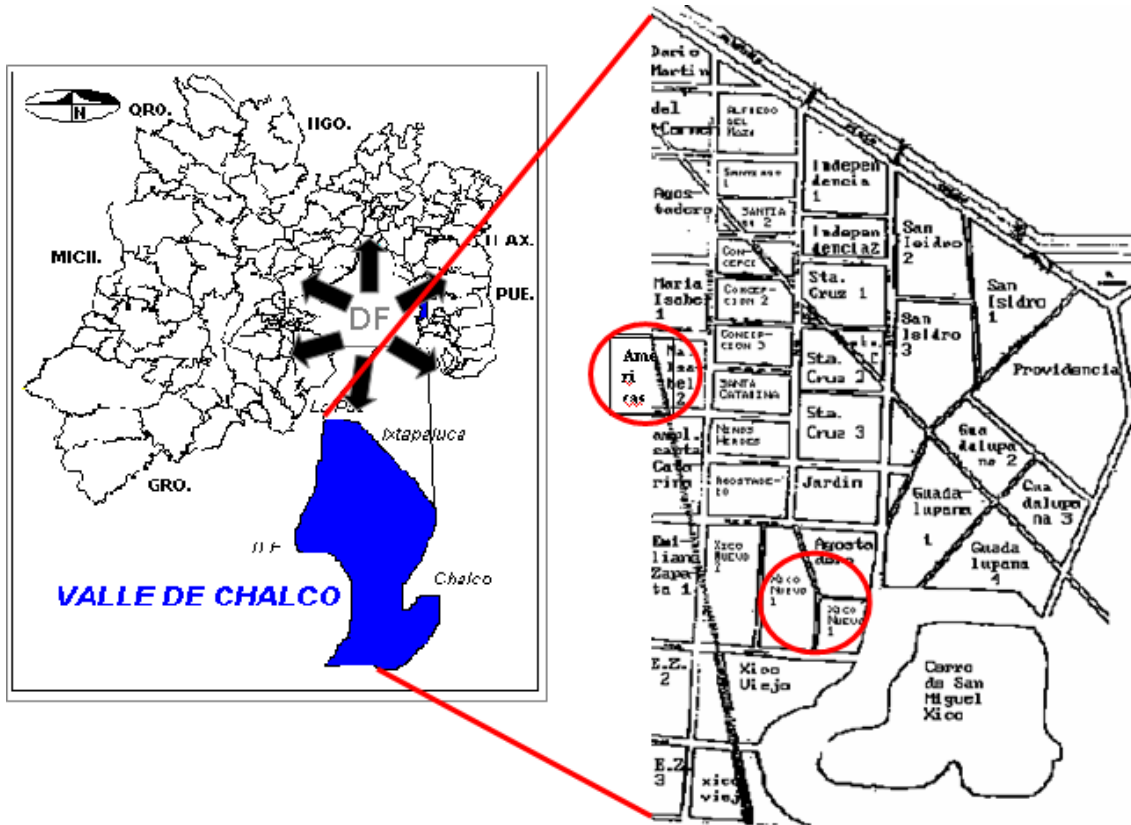


CAPÍTULO 8

PROPUESTA DE APLICACIÓN DE UN MODELO PARA COMPRENDER EL PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DE LAS CONDICIONES DE CALIDAD DE VIDA EN LA VEJEZ A NIVEL LOCAL

8.1 Lugar de estudio

Valle de Chalco se localiza al sureste de la ciudad de México, aproximadamente a 20 Km. del centro de la Ciudad de México, y corresponde al municipio 122 del Estado de México. Para su organización territorial y administrativa, este municipio se encuentra dividido en 32 colonias y una cabecera municipal cuyo nombre es Xico, localizada al sureste del municipio. Se formó en 1994, a partir de territorios cedidos de los municipios de Chalco, Ixtapaluca, La Paz y Chicoloapan.



Se eligió como ejemplo a Valle de Chalco por ser una zona suburbana receptora de migrantes de origen tanto urbano como rural, que se edifica en el lecho de un lago desecado sobre suelo salitroso, en condiciones de vida diferenciales. A su interior se identificaron diversas áreas, que abarcan distintas colonias con condiciones de consolidación urbana

desigual, el área con mejores condiciones e infraestructura corresponde a Xico I que fue receptora de los primeros migrantes hacia esta área en la segunda mitad del siglo XX. El propósito fue mostrar la posibilidad de construir trayectorias de envejecimiento en un contexto histórico y social específico y comprender como se construyen en esa interacción condiciones de vida y salud, a partir de la pertenencia de género, clase o posición social, grupo étnico u origen, y siendo parte de una generación o cohorte determinada, donde también forman parte de este proceso las acciones de grupos e individuos. El caso que se presenta a continuación para ejemplificar esta propuesta de aproximación a la comprensión del envejecimiento se ubica en el área Xico I.

El proceso de investigación se divide en dos estrategias que van de las fuentes indirectas a las fuentes directas de información, la primera incluye una monografía de la historia social de Valle de Chalco y la segunda la reconstrucción de trayectorias de vida, que comprende por un lado la exploración de un aspecto subjetivo de la calidad de vida a través de la identificación de eventos de vida y puntos de viraje entendidos como cambios significativos en la vida y su grado de satisfacción y por otro la acumulación de ventajas y desventajas a través de las trayectorias que modulan las condiciones de vida en la vejez y que es recogido por medio de entrevistas a través de historias de vida subjetivas.

8.2 Reconstrucción de la trayectoria histórica social de Valle de Chalco

En primer lugar se buscó obtener un perfil general de Valle de Chalco, por medio de su historia social, donde se construye su trayectoria como asentamiento, ubicando algunos momentos de estabilidad y cambio (migraciones, programas sociales), durante diferentes regímenes y captar parte del proceso de transformación de sus condiciones de vida. A través de este proceso se propuso organizar los momentos individuales.

Algunos elementos de la trayectoria político social de Valle de Chalco se refieren al proceso de conformación de este municipio previos al siglo XX y especialmente a lo largo de éste, con oleadas masivas de migrantes económicos expulsados desde la ciudad de México, municipios del Estado de México y otras regiones del país. Se identificaron programas sociales como el Pronasol que tuvieron repercusiones importantes sobre las condiciones de vida de los habitantes del municipio. La intención de la monografía es conocer el lugar y el tiempo social antes de que el investigador entre en contacto directo

con los actores. Para organizar esta información se propone elaborar una tarjeta de historia social que ayude a organizar los momentos individuales, en los que se trata de relacionar las trayectorias de vida y puntos de viraje (como la migración) en la vida de los actores sociales con los procesos en Valle de Chalco. La tarjeta de historia social de Valle de Chalco permite recoger datos tomando como marcador las fechas de diversos acontecimientos, que a su vez pueden relacionarse con otro marcador como la edad.

Año	Edad	Evento de cambio histórico o económico.
1878		Fundan ferrocarril de Morelos región Chalco. Estación la compañía.
1888		Se compra la hacienda la Compañía.
1890		Se compra Xico ubicada dentro del lago de Chalco, un rancho con 18 trabajadores y vendió en 20 000 pesos para 1897 costaba 2.5 millones y abarcaba las tierras desecadas.
1897		Se funda la Negociación Agrícola de Xico y Anexas de Íñigo Noriega como hacendado - empresario Para la explotación de las fincas rústicas de Xico y la Compañía, canalizar las aguas del lago de Chalco y desecación de tierras. Había siembra de maíz, trigo, cebada, frijol, hortalizas, árboles frutales, 1000 vacas lecheras holandesas y suizas y cría de caballos andaluces e ingleses Una ladrillera, Estrategias: no división de terrenos, creación de compañías agrícolas, constitución de nuevas explotaciones y obtención de préstamos financieros.
1890		Construcción de canal de desagüe (para conectar aguas del lago de chalco al de texcoco) para la desecación del lago y fin de economía lacustre. Íñigo Noriega desarrolla el capitalismo del final del siglo XIX. El ferrocarril sustituye el antiguo canal por donde surcaban las canoas y las trajineras. Se inaugura la época de la gran hidráulica con la construcción de 203 Km. de canales.
1897		Íñigo constituye la empresa Negociación Agrícola de Xico y Anexas junto con otros inversionistas extranjeros avocados en México y que fue motor de una revolución agrícola en la región, en sus haciendas cambian los métodos de cultivo, cambian los instrumentos empleados y cambia la mentalidad del hacendado, participa tanto en la agricultura e industria. Diversas innovaciones agrícolas son utilizadas en las haciendas de Noriega a finales del siglo XIX. A lo que se suma los canales de irrigación, los ferrocarriles, el apoyo a la escuela de agricultura.
1898		Inicia explotación de la compañía del ferrocarril Xico y San Rafael ampliando comercio de diversidad de materiales.
1886 - 1905		Compra entre otras la hacienda de Xico y el Rancho de Xico.
1898 a 1913 y +		Hacienda la Compañía Íñigo Noriega controla factores de producción en la región –transporte, recursos naturales, materias primas y mercados.
1895		Se abre la escuela de Chalco que introduce prácticas agrícolas modernizadoras en las instalaciones y con la maquinaria de la hacienda de la Compañía.
Antes 1910		Relación ciudad-campo basado en la complementariedad y la dependencia mutua con equilibrio frágil y la hacienda des-estructuró la agricultura campesina y el refuerzo del campo con respecto a la ciudad.
1910		Revolución Mexicana. Íñigo Noriega dueño de 5 haciendas cerealeras de las más ricas en región Chalco.
1914		Negociación de Xico y sus propiedades son tomadas por fuerzas zapatistas. Y se suspende pago de préstamo financiero francés suizo.
1915		Las propiedades de la Negociación que esta hipotecada son incautadas por la Dirección General de Bienes Intervenidos.
1915		Reforma agraria: poco efecto en la reconstitución de las comunidades campesinas de la cuenca Chalco Amecameca las haciendas ocupan 80% de la superficie.
Desde 1915		Los ranchos constituyeron la nueva gran propiedad y las unidades de producción intensiva de la zona.
De 1930 a 1940		Crecimiento moderado de la ciudad de México. Sus alrededores funcionan como mercado agrícola.
De 1940 a 1970		Se lleva a cabo el proceso de metropolización que vino a romper el relativo equilibrio del sistema ciudad – campo, instaurando el dominio urbano sobre el rural. El territorio periurbano quedó estrechamente ligado a la dinámica urbana. Esta última con una fuerte demanda de espacio, que

		suscitó el incremento del precio de la tierra y la especulación y la constitución de reservas territoriales. La dinámica rural estaba ligada a la ciudad, cuyos efectos son desfavorables (mercado, fuentes de trabajo, proximidad del centro del poder y de información) y además quedo sometida a los impulsos de la política nacional (sustitución de importaciones y política de desarrollo agrícola), así como la reacción y adaptación a las diversas influencias.
Década de 1940		Parcela ejidal de 3.5 hectáreas exigía 150 días de trabajo. el producto de ese trabajo no permitía su reproducción. 120 días en otra actividad son necesarios para equilibrar el presupuesto. Este acceso a la tierra tendría a favorecer una fuerte fecundidad y la disminución de la mortalidad aumenta la presión demográfica.
Década de 1940		Se establece política de sustitución de importaciones. Favoreció el desarrollo industrial y urbano en detrimento del desarrollo agrícola, lo que reforzó polarización de las grandes ciudades y en concreto la capital.
De 1940 a 1960		La proximidad de la ciudad y el desarrollo de nuevas industrias a lo largo del eje México – Puebla, el desarrollo de las vías de comunicación, favorecieron la pluriactividad sin que se diera una gran ola de migración, la población activa progreso en el conjunto del periodo. La reforma agraria tendió a reforzar el movimiento de proletarización dado que esta no ofrecía los medios para vivir de la agricultura. En este periodo se triplicó la población de la zona metropolitana de la ciudad de México (ZMCM), 1.9 millones en la década de 1940 a 5.4 mill en 1960.
1958		Reforma agraria: en la cuenca Chalco Amecameca las haciendas ocupan 40% de la superficie. La mayor parte de los ejidos estaban constituidos.
1970		8.9 millones de habitantes en la ZMCM quintuplicó desde 1970, población con bajos ingresos son expulsados del centro, son llevados a instalarse en los márgenes de la aglomeración, desplazando cada vez más lejos el frente de urbanización. Esto es resultado de la industrialización y luego la terciarización del centro, que reducen espacio residencial y alimentan especulación territorial. Disociación más acentuada entre el lugar de residencia y trabajo. Se constituyen barrios proletarios periféricos.
1970		Mayor auge de crecimiento demográfico del Estado de México por altas tasas de fecundidad y la inmigración de población joven. Con una edad mediana de 15 años de edad. Mientras que en 1950 era de 19 años.
1979		Se crea el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN).
1980		El 3.9 % de la población del Estado de México tenía más de 60 años de edad.
1981		Tendencia a la periferización creciente de la ciudad de México sobre los municipios conurbanos influida por factores como la caída de los precios mundiales del petróleo y encarecimiento de los servicios en la ciudad de México.
1982-1988		Miguel de la Madrid. Crisis económica. Políticas de ajuste. Regresión sanitaria. Cambio de modelo del desarrollismo al neoliberal.
1985		Terremoto de la Ciudad de México, empiezan a reforestar Valle de Chalco y campaña de desayunos escolares.
1987		Llegó una organización llamada CEPOPETROVIS que estaba dedicada principalmente a ayudar a los inmigrantes nicaragienses, salvadoreños, tanto los damnificados por un terremoto en Nicaragua como por la guerrilla. Venía mucha gente de Centro América y ellos crearon espacios donde se les diera albergue, donde pudieran buscar un empleo, establecerse, y ellos llegaron con el desbordamiento la primera vez del canal de la compañía y ayudaron con máquinas para tapar los bordos del canal.
1989		Fin de programas como COPLAMAR. Más de 200 mil habitantes de la zona del Valle de Chalco (19%) se encuentran desempleados en condiciones de extrema pobreza.
Finales de 1980		Las colonias populares construidas en un primer momento al margen de lo legal acogen un 50-60% de la población de la aglomeración. Autoridades municipales no dotaban de servicios públicos a estos asentamientos por considerarlos irregulares, menos de 20% utilizaba fosas sépticas o letrinas. Abarcaba 5 municipios del Estado de México con más de un millón de habitantes.
1989		Se refiere que con Salinas de Gortari se produce regularización de los predios y les otorgan escrituras.
De 1988 a 1994		Salinas de Gortari impulsa tesis neoliberal y discurso solidario del “liberalismo social”, Impulsa como política social el “PRONASOL” que nace en Valle de Chalco. Se construye el palacio municipal, el deportivo, la basílica.
1990		A partir de 1990 se dio en Valle de Chalco una transformación acelerada de su entorno a través de la introducción de servicios por medio del Programa Nacional de Solidaridad (PRONASOL). Se introduce electricidad para el alumbrado público y en domicilios. Proliferan antenas de TV, radios, lavadoras y refrigeradores y disminuye uso de lámparas de mano para alumbrarse en la calle. Crecen comercios y se dan apoyo para escuelas que solo había dos. Meten drenaje. Pasa el camión de recolección de basura cada 15 días.
1991		Se refiere que se introduce el agua e inicia la pavimentación de principales avenidas.
1994		Se crea el municipio 122 del Estado de México, “Valle de Chalco Solidaridad”.

1995		Valle de Chalco estaba considerado como un municipio con grado de marginación medio.
1995		En 1995, Valle de Chalco presentó de acuerdo con el estudio de Zamudio y cols. ⁷⁷ (1999-2002) un índice de desarrollo humano con PIB per cápita medio (0.70896). Este índice de desarrollo humano se encuentra representado por una esperanza de vida de 71.43 años.
1995		El Índice de Desarrollo Humano con Servicios en Valle de Chalco para 1995 con una población de 287 mil 073 habitantes, fue intermedio (0.78634). Sin embargo, su calificación sobre la calidad de vida de los habitantes de este municipio fue de 1, ubicando a este municipio con una muy mala calidad de vida. Lo que significa que este municipio no trajo su ingreso en mejores servicios para su población.
2000		Según el estudio sobre “Los Niveles de Bienestar de México” para identificar por estratos el nivel de bienestar municipal, con 36 variables ⁷⁸ y 7 estratos, considerándose el de mayor bienestar el estrato 7. Valle de Chalco fue asignado al estrato 7 junto a otros 36 municipios del Estado de México, donde habita el 77.8% de la población de la entidad. Boltvinik considera como un error la manera en que el INEGI divide a los municipios por estratos donde se considera que todos los habitantes de los municipios que están incluidos en los niveles del uno al seis son considerados pobres, y a todos los que están en el siete, el último, son considerados no pobres.
2000		5.8% de la población del Estado de México tenía más de 60 años de edad. Con una edad mediana de 25.4 años. El municipio con mayor proporción de adultos mayores eran Ciudad Nezahualcóyotl, Ecatepec, Naucalpan, Tlalnepantla y Toluca. El 69.8 viven en áreas urbanas y el 30.8 por ciento en zonas rurales. En áreas rurales hay 88 hombres por cada 100 mujeres, mientras que en áreas urbanas son 81 hombres por cada 100 mujeres. A pesar de que la mayor parte de la población adulta mayor vive en zonas urbanas, la estructura por edades de la población mexiquense en las áreas rurales está más envejecida.
2002		INAPLEN, Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, INAPAM.

8.3 La persona entrevistada

A continuación se ejemplifica una forma empírica de aproximarse a algunos de los elementos del modelo hasta ahora desarrollados con el fin de comprender el proceso de construcción de las condiciones de calidad de vida en la vejez, a través de la entrevista de una mujer en tránsito a la vejez, que migró a Valle de Chalco hace 28 años y reside en Xico I, una de las zonas más antiguas y consolidadas en cuanto a servicios básicos comparándola con otras áreas en los límites de la zona urbana del municipio, como la colonia Américas II, donde la inmigración es más reciente y las condiciones de vida son más precarias dada la escasa infraestructura material con que se cuenta tanto para la construcción de la vivienda

⁷⁷ Departamento de Estadística, Matemática y Computo de la División de Ciencias Forestales en la Universidad Autónoma Chapingo (UACH).

⁷⁸ Variables utilizadas: 1) % de población menor de 15 años, 2) % de población residente nacida en otro estado, 3) % de población de 5 años y más que en 1995 residía en otro estado, 4) % de población de 6 a 14 años alfabeta, 5) % de población de 15 años y más alfabeta, 6) % de población de 6 a 11 años que asiste a la escuela, 7) % de población de 12 a 14 años que asiste a la escuela, 8) % de población de 15 a 19 años que asiste a la escuela, 9) Escolaridad promedio, 10) Promedio de hijos nacidos vivos de mujeres de 12 años y más, 11) Promedio de hijos nacidos vivos de mujeres de 12 a 19 años, 12) % de población económicamente activa, 13) % de población ocupada que son trabajadores en servicios públicos, 14) % de población ocupada que son comerciantes o dependientes, 15) % de población ocupada que trabaja menos de 24 horas a la semana, 16) % de viviendas con piso de tierra, 17) Cuartos por vivienda, 18) % de viviendas con drenaje, 19) % de viviendas con agua entubada, 20) % de viviendas con electricidad, 21) Promedio de hijos nacidos vivos de mujeres de 12 a 29 años, 22) Factor de dependencia, 23) % de población rural, 24) % de población urbana, 25) % de población con postprimaria, 26) % de población ocupada en el sector primario, 27) % de población ocupada en el sector terciario, 28) % de población ocupada que trabaja menos de 33 horas a la semana, 29) % de viviendas con un cuarto, 30) % de viviendas que usan leña o carbón para cocinar, 31) Relación de hijos fallecidos de mujeres de 20 a 29 años, 32) % de población no derechohabiente, 33) % de población ocupada que son trabajadores familiares sin pago, 34) % viviendas sin baño exclusivo, 35) % viviendas sin refrigerador, 36) % viviendas sin televisión.

como para los servicios. El caso presentado es de una persona que representa el tránsito a la vejez en el rango de los 50 a 59 años de edad, la propuesta es trabajar con personas que se encuentran en diferentes momentos de la vejez: personas de 60 a 74 años de edad identificados como viejos jóvenes, personas de 75 a 84 años como viejos viejos y las personas longevas que van de los 85 a 99 años de edad, esto con el propósito de identificar trayectorias de calidad de vida diferenciadas a partir de la edad pero modeladas por otros factores ligados a ella.

8.4 Entrada al lugar de trabajo de campo y el contacto inicial

La forma elegida para iniciar el contacto con los ancianos es a través de la identificación de un informante con muchos años en la comunidad y que viva en la colonia (en este caso fue Xico I), la cual podrá identificar a los ancianos de acuerdo con criterios de estudio, como son: capacidad auditiva suficiente, disposición al diálogo y no presenten demencia. La ventaja de esta estrategia es que el informante al vivir en la comunidad tiene relaciones con diversas personas, por lo que puede facilitar el contacto con los ancianos. El informante podrá comentar acerca de la investigación y preguntará si se encuentran interesados en tener una entrevista con el investigador quien asistirá a sus hogares acompañado del o la informante. También se acude a la posibilidad que las mismas personas entrevistadas contacten con otras personas de su misma zona.

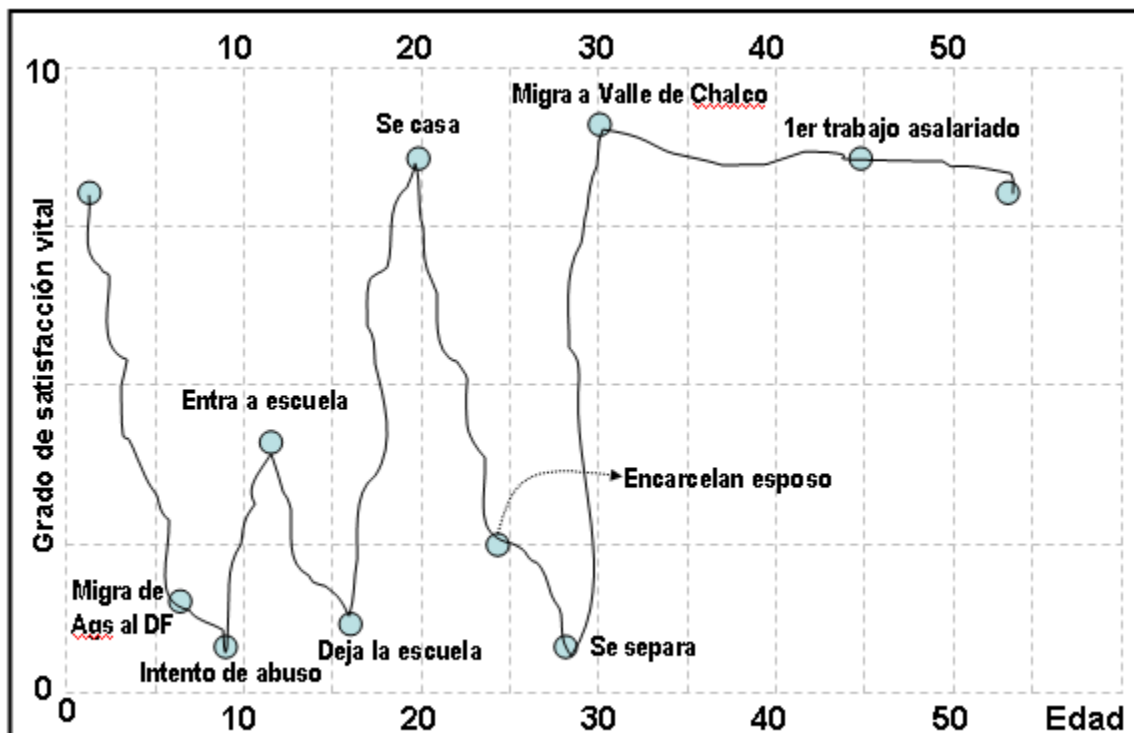
8.5 Construcción de trayectorias biográficas desde la perspectiva del curso de vida, historia de vida y puntos de viraje

Para comprender el curso de vida individual; la historia de vida, emerge de entre los resquicios de las condiciones socio-históricas y las circunstancias de vida de los individuos. A partir de aproximaciones como cohorte y generación se generan a su vez, variaciones intracohorte y eventos idiosincráticos que dan forma a trayectorias diferenciadas de desarrollo que hacen única cada historia de vida, construyéndose trayectorias biográficas que son a la vez construcciones individuales y colectivas, modeladas, las primeras a partir de desigualdades dinámicas y las segundas por desigualdades estructurales. La historia de vida se define como una autobiografía actualmente accesible, sucesivamente contada y recontada a través del curso de vida hasta las edades más avanzadas, se utiliza como en

este caso, la entrevista para obtener su evidencia. Entre las historias de vida se distinguen dos tipos, las historias de vida totales (toda la vida o esencia de la persona) y las focalizadas o relatos de vida (eventos o aspectos específicos a lo largo de la vida). El caso presentado para ejemplificar esta propuesta corresponde a la historia de vida de una mujer en tránsito a la vejez que radica en la colonia Xico I, desde hace 28 años.

8.6 Reconocer mediante la tarjeta de vida, eventos de vida, puntos de viraje, grado de satisfacción y sus consecuencias en las trayectorias biográficas

Se toman como ejes de análisis los eventos de vida y puntos de viraje en los escenarios microsociales en los que se desenvuelven las vidas personales para ubicarlos posteriormente dentro de la historia social de Valle de Chalco y de algunos eventos socioeconómicos y políticos más amplios. Se utiliza la tarjeta o gráfico de vida, para identificar los principales momentos de cambio a lo largo del curso de vida de una persona, desde la infancia hasta a la vejez, en los cuales la persona considera que su vida tomó otra dirección, lo que permite obtener información relacionada con: a) El rol más afectado (ocupacional o parental), así como la clase de evento que causó el punto de viraje (enfermedad, migración, etc.) y b) la naturaleza y extensión del cambio, cuyo rango va desde transiciones esperadas, con un cambio propositivo, hasta una crisis en la vida sin ninguna anticipación. Este gráfico además informa sobre la edad y etapa de la vida en que ocurren tales cambios, y las consecuencias o eventos que ocurren después de ello. Asimismo, recoge las condiciones subjetivas en que tales acontecimientos tienen lugar identificando el grado de satisfacción vital en que tales eventos ocurren y permitiendo indagar de manera indirecta y dinámica sobre la calidad de vida subjetiva a lo largo de la vida.



Línea de vida mujer de 54 años. Eventos mayores de vida, puntos de viraje y satisfacción vital

8.8 Categorías e indicadores en la construcción y análisis de las trayectorias de vida ligadas a las condiciones de vida y salud en la vejez

A partir de la revisión de artículos publicados que utilizan alguna de las categorías aquí contempladas como estructurales, intermedias e individuales, se identificaron algunos de los indicadores en uso. En las categorías estructurales se incluyen la clase social, etnia / origen, género, edad/generación y lugar de residencia. Las categorías intermedias toman en cuenta las condiciones de vida y estilos de vida y las categorías individuales comprenden la vida cotidiana y la autonomía. Como se indica cada categoría requiere de indicadores o formas de aproximación para ser aprehendidas en estudios empíricos. A partir de las categorías revisadas, se propusieron algunos indicadores que sirven como referente en la exploración de las trayectorias biográficas recogidas a través de las historias de vida y son señaladas a continuación:

Categorías estructurales

Categoría	Indicadores o aproximaciones empíricas
Clase social	Posición en el mercado de trabajo durante la vida laboral. Ocupación vida laboral (manual-estrato socioeconómico bajo- y no manual- estrato socio-económico medio). Empleado, empleador, auto-empleado, número de trabajadores a su cargo desempleado, gerente, supervisor, trabajador no gerente. Dueño de negocio (5 empleados o más) distres económico. Nivel de escolaridad (años), ingresos (salarios mínimos), periodo formación. laboral: a) tipo de inserción ocupacional: categoría, rama, tamaño establecimiento, carácter y calificación de tarea desempeñada, b) características de la desocupación
Etnia/origen Residencia	Auto-identificación de: pueblos indígenas, y otros grupos los afro-descendientes inmigrantes, pueblos desplazados y refugiados, ya que todos ellos tienen acervos culturales propios. -indígena o no indígena-. Rural o urbano. Campesino. Lengua, vivir en un hogar indígena y “personas que se consideran ellas mismas indios, pero que no hablan una lengua indígena”. México ¿es usted? náhuatl, maya, zapotec, mixteco, o de otro grupo indígena? El Salvador ¿es usted? Blanco, mestizo (mezcla de blanco con indígena), indígena, negro.
Género	Relaciones de género (asimetría entre H y M, M y M, H y H) “lo masculino y femenino. Lo biológico – ligado al sexo. Categorías sexuales incluyen: hombre, mujer, intersexual y transexual. La masculinidad o feminidad como factor vulnerabilidad en la salud del hombre o mujer. Efecto de la desigualdad entre H y M sobre condiciones de vida y salud.
Edad/ Generación	Generación designa una relación de parentesco (La generación ocupa alrededor de 30 años o dicho de otra manera es la resultante de dividir en tres tercios la vida de un sujeto longevo. los menores de treinta (nietos), los comprendidos entre treinta y sesenta años (padres) y los mayores de sesenta (abuelos) Y puede abarcar un rango de edad de 30 años o + (20-40 años). Define edad. G1: primera generación abuelos, G2: segunda generación padres, G3: tercera generación, hijos e hijas. (ejemplo, G1 55-80 años, G2 36-54, G3, 15-35 años). Generación se puede dividir en cohortes ej 1910 y 1919. La cohorte es definida por su interacción con los eventos históricos que afectan el subsiguiente desarrollo del curso de vida de ese grupo. Clases de edad: lo normativo que se asocia a una edad. Situación de generación, unidad generacional. Interdependencia intergeneracional: posición generacional: Alhpa, Janus y Omega. Posición en la estructura familiar (1,2,3..). Macrosocial: económico, social. Meso: comunidad movimientos sociales; micro: familia. Solidaridad generacional (estatal y familiar). Generación; Tres conceptos claves: la edad de las personas, la cohorte a la que pertenecen y el período histórico en el que transitan. Apoyo intergeneracional : materiales, instrumentales, cognitivos y emocionales.

Categorías intermedias

Categoría	Indicadores o aproximaciones empíricas
Condiciones de vida	Satisfacción, redes sociales. Nivel familiar doméstico: 1.Habitacional: a) Saneamiento: Disponibilidad de agua, baño, de electricidad. B) Hacinamiento, Tipo de materiales, tenencia, c) Equipamiento, acceso a servicios. Provisional: a). Posibilidad de aportar percibir jubilaciones. Relacional: redes, asociaciones. Acceso a servicios de salud. Satisfacción con la vida y auto-percepción de la salud. Estado de salud, pensión o ingreso, relaciones sociales, actividad, servicios médicos y sociales, condiciones de la vivienda y el entorno. Acceso a formación, soporte social, vivir solo o con otros. Capacidad física, Estado funcional, autoestima, Estado civil, protección social.
Estilo de vida	Actividad física, consumo de tabaco, estado nutricional, Consumo de alcohol

Categorías Individuales

Categoría	Indicadores o aproximaciones empíricas
Vida cotidiana	Contempla tres áreas: familia, tiempo libre, trabajo. Ámbitos de la vida cotidiana: familiar, escolar, comunitario, laboral, institucional e instituciones prestadoras de servicios de salud. Prácticas ligadas al trabajo y no ligadas. Cinco tipos de actividades: básicas, instrumentales, descanso, trabajo y ocio. Actividades regenerativas u obligatorias y actividades optativas o discrecionales: productivas y de consumo.
Autonomía	Independencia funcional, la capacidad socioeconómica y el ejercicio completo de la emancipación política. La seguridad económica de PM comprende dos aspectos: i) situación económica y ii) posición económica. La situación económica está determinada por su poder adquisitivo, sus fuentes: trabajo, ahorros, jubilación o pensión. La posición económica de las PM depende de factores como: género, el ciclo vital, las biografías personales y generacionales y los sistemas de protección social. Participación: información, consulta, co-gestión, co-dirección. Asociacionismo, el voluntariado, la actividad política, la educación permanente, el ocio y tiempo libre, o las actividades de culto y religiosas, redes sociales.

En las trayectorias biográficas se identifican algunos antecedentes familiares tanto maternos como paternos que ayudan a comprender las relaciones intergeneracionales, el tipo de intercambio y apoyo entre ellos y algunos problemas de salud que persisten por generaciones. En la entrevistada se recogieron los siguientes datos.

Características del padre:

Nace en el seno de una familia campesina en la zona rural de Aguascalientes en la época posrevolucionaria, migra del campo a la ciudad por sus condiciones económicas. La economía familiar empieza a girar alrededor de la madre que vende alimentos y toma decisiones. De un trabajo manual en el campo, el padre adopta un trabajo manual como ayudante de carpintería y posteriormente dedicándose a la ebanistería. Su posibilidad de preparación es a través del seminario, donde estudia hasta el quinto año de primaria y regresa al pueblo donde da clases. Es alcohólico. Migra al DF, con cinco hijos, aduciendo actualmente que buscaba un trabajo que tuviera seguro social. Logra tener una carpintería pero dado su alcoholismo mantiene condiciones de vida precarias. A pesar de ello intenta generar en sus hijos el interés por la lectura y educación. Su madre fue centenaria y se mantuvo funcional hasta edad avanzada.

Relaciones intergeneracionales Paternas		Co- eventos				
Año	Edad (años)	Familia	Educación	Trabajo	Salud	Espacio
	Abuela paterna			Vende atole	Muere a los 104 años	
	Abuelo paterno	13 Hnos.		Campesino Situación precaria		Zona rural Aguascalientes
1927	Nace padre			Campesino		Zona rural San Francisco, Ags.
1942	15 padre de la entrevistada		Seminario hasta 5º primaria			
1947	20		Sale seminario	Da clases		Comunidad
1951	23-24	Se casa		Carpintería – ebanistería		Migra a Ags.
1953	26	nace su primera hija				
1960	33	5 hijos			Alcohólico	Migra a la Cd México

Características maternas:

Nace en la zona rural de Aguascalientes siendo la primogénita, el padre se dedica al campo, pero además complementaba sus ingresos con la caza y como peluquero del pueblo, por lo que sus condiciones de vida eran mejores. Ingresa al seminario a los 13 años y a los 16 migra al Distrito Federal con su congregación, regresa a su pueblo a los 20 años por tifoidea grave. Se casa y ejerce sus roles de género relacionados con el cuidado de los hijos, las labores del hogar, además obtiene ingresos a través del tejido. Su madre es hipertensa y muere a los 60 años de edad por cáncer. Ella actualmente es cardiópata e hipertensa, pero funcional, recientemente ingreso a un grupo de personas mayores que ha favorecido su sensación de integración. Para ella la migración al Distrito Federal significó la ruptura de sus lazos de apoyo, y una enorme dificultad para sobrellevar sus condiciones de vida. Ante el alcoholismo de su esposo, renunció parcialmente a la toma de decisiones, delegándola particularmente en algunos de sus hijos.

Relaciones intergeneracionales maternas		Co- eventos				
Año	Edad (años)	Familia	Educación	Trabajo	Salud	Espacio
	Abuela materna	Decidía sobre las cuestiones de la familia,			Hipertensa Muerte de cáncer a los 60 años	
	Abuelo materno	Vivían con ellos abuela y bisabuela	Leer y escribir	Campesino, Fin de semana cazaba, peluquero del pueblo (mejores condiciones)		Zona rural Aguascalientes
1930	Nace madre	Primogénita		Campo	Cardiópata hipertensa	Zona rural San Francisco, Ags
1943	13 (madre)		Seminario			
1946	16 (madre)		Seminario			Migra a la Cd México
1950	20 (madre)	Tifoidea grave				Regresa a Ags
1951	21 (madre)	Se casa		Labores del hogar (moler el maíz, hacer tortilla) ingreso por tejidos		
1953	23 (madre)	Nace 1ª hija				
1960	33 (madre)	5 hijos				Migra Cd México

Trayectoria biográfica de la entrevistada.

Año	Indicadores		Categorías estructurales				Categorías intermedias		Categorías individuales
	Edad		Clase social	Género	Etnia/origen residencia	Generación/cohorte	Condiciones de vida	Estilo de vida	Autonomía
1953	Nace	Padre en ocupación manual como aprendiz de carpintería	Mujer clase baja, tendencia a HTA y valor educación	Origen campesino residencia rural Hablante de español no indígena	9 hermanos (as) 5M y 4H Es primogénita Generación Alpha Nace después de la segunda guerra mundial	Vive en casa sola		Bajo peso al nacer Pequeña para edad gestacional	
1955	2	Entra a la escuela Privada							
1959								Epistaxis	
1960	7	Escuela privada en Ags todo el día Pierden dos años de primaria al llegar a México, no encuentran lugar				Punto de viraje: empeoran condiciones de vida, perdió relación con primos y abuela paterna, soledad, muy insatisfecha. Fue un "cambio de forma de vida". Migran al DF, viven en pequeños cuartos y luego en iztapalapa, cuida una casa en un terreno grande		Toma decisiones y responsabilidades que no le correspondían	
1962	9	Reinicia escuela	Intento de abuso						
1969	16	Trabajo un corto tiempo al terminar la primaria y antes de entrar a la secundaria					Peso 38 a 40 kg.		
1970	17	Deja la preparatoria por falta de recursos Hno va al Cetis	Trabajo de subsistencia			Insatisfacción vital. Punto de viraje Se decide que el hermano continúa estudiando. "fatal"	Peso 48 Kg.		
1973	20	Formación curso de repostería. M se hace cargo de los niños. Cose en casa y da clases de regularización o ayuda a hacer tareas. Vende gelatinas. Fines de semana cuidaba a niños	Matrimonio Esposo		Esposo con 12 hermanos, traen a vivir con ellos a las 2 hermanas menores de él, porque los padres del esposo, se separaron, madre se deprime y hay violencia intrafamiliar	Viven en la parte superior de la casa de sus suegros (es de las tías paternas) en iztapalapa			
1974	21	Esposo pierde trabajo, en ingeniería de tránsito y transporte arreglaba semáforos	Nace 1ª hija		Hija migra a los 9-10 años. Entra a 3º. En 2007, es técnica diseño industrial del vestido, licenciada en preescolar y ciencias de la educación				

Año	Indicadores Edad	Categorías estructurales				Categorías intermedias		Categorías individuales
		Clase social	Género	Etnia/origen residencia	Generación/cohorte	Condiciones de vida	Estilo de vida	Autonomía
1975	22		Nace 2ª hija.		Hija a los 8-9 años migra a Valle de Chalco, entrando a primero de primaria. En 2007, es Técnica en enfermería.			
1977	24		Nace 3er hija.		Hija migra entre los 6 o 7 años a Valle de Chalco, entra a kinder. Para 2007 es Técnica en laboratorio y hasta 5º psicología			Inicia transición hacia separación empieza a ahorrar por los problemas con el esposo.
1979	26		Embarazo de su 4ª hija.					
1980	27		Nace quinto hijo,		Tiene 2 años al migrar a Valle de Chalco, aún no entra a la escuela. En 2007 estudio hasta 5ª de bachillerato.			Otra etapa en la transición a la separación. Le dá un año a su esposo para que cambie actitud.
1981	28	Su formación llega a 5ª preparatoria Auxiliar educadora Primeros auxilios			Separación (aun no se divorcia) Jefa de familia			Disminuye percepción olfativa
1982	29					Continúa viviendo en casa de los ex suegros espacio reducido.		Le toma año y medio la decisión de separarse y definir el lugar que escogió con el ex para que viera a sus hijos.
1983	30	Primero se dedicó a ventas de topper, joyería, avón, cuidar niños		Migra a Valle de Chalco	Jefa de familia	Tiene dos cuartos techados,		Bronconeumonía
1985	32	Ex esposo apoya económicamente para alimentos de los hijos. Inicia trabajo comunitario Trabaja en Mexfam con grupos				Empiezan a donar árboles para sembrar		Tolvaneras producían problemas de la piel. Enfermedades respiratorias, diarreas, conjuntivitis y gripas constantes.
1987	34	Inicia trabajo de guardería 10 a y con organización CEPOPETROVIS Creación de letrinas y separación de basura y contenedores de agua de lluvia, hasta que tuvo agua y drenaje.				Inundación de aguas negras del canal la compañía produce enfermedades de piel y diarrea.		

Año	Indicadores		Categorías estructurales				Categorías intermedias		Categorías individuales
	Edad	Clase social	Género	Etnia / origen residencia	Generación/cohorte	Condiciones de vida	Estilo de vida	Autonomía	
1989		Pastoral social en la iglesia hace estudios socioeconómicos para entregar despensas				Se regularizaron sus terrenos les dieron escrituras con Salinas de Gortari tener la propiedad de casas provisionales se hacen casas mejor hechas			
1990	37	Salinas ofrece apoyos para escuelas				Servicios de luz, aparecen las antenas de TV, las radios, lavadoras y refrigeradores. Alumbrado público, crece el comercio y escuelas. Drenaje			
1991						Agua potable y disminuye gasto por uso de tambos. Se inicia pavimentación			
88-94						Se construye palacio municipal, basilica, deportivo, CDCJD.			
1993	39	1er trabajo asalariado Promotora ambiental				Regularizó recolección de basura 1 vez por semana, (en 1990 1 cada 15 días)			
1996	43	Inicia en área de rehabilitación.							
1997	44	Diplomado intervención temprana (Salle)						Dx hipertensión control medicamento	
1999	46						Peso 78 Kg.	Dx diabetes control: dieta medicamento, ejercicio. Afectan emociones. Limita poco el trabajo	
2001	48							Disminuye agudeza visual, dificultad para leer, tejer, bordar.	
2007	54	Trabaja dando clases de regularización a niños 3 tardes a la semana. Trabaja con menor intensidad	Separada		Hijos trabajan, ella cuida a los nietos. Hogar encabezada por mujer Generación Janus Generación joven (en tránsito a la vejez) Posición parentesco: 1ª de 9 hermanos 5 M y 4 M Ciclo familiar: consolidación (los hijos de consumidores a trabajadores), en dispersión (hijos forman nuevas unidades) y disolución (separación del esposo). Estrategia familiar de desarrollo: diversificación de actividades laborales y la intensificación del tiempo de trabajo	Pocas casas quedan de hace 20 años, debido al salitre, y hundimiento del terreno 50 cm. por desecación del manto freático. Suministro de agua es insuficiente. Se pavimento su calle. Ella fue supervisora. Se gestión unos 7 años. Hoy se evita acarrear agua, con la luz evita planchar con carbón. O moler con molcajete, Tiene seguro social, hay un centro de salud y un hospital General de SS	Dieta de diabético, actividad física, no bebe, ni fuma. con grupo de 6 diabéticas y Yoga asiste casa tercera edad. Peso 57 Kg. Bebe 2 lt agua diaria	Participa en casa 3era edad, en ejercicios en su casa grupo diabéticas. Organiza caja de ahorro con 34 socias y externos. Apoyo económico y emocional. Se hacen préstamos. Participa en comité de padres kinder nieta faena 1 x sem horario clase, como pintar o remover escombro	

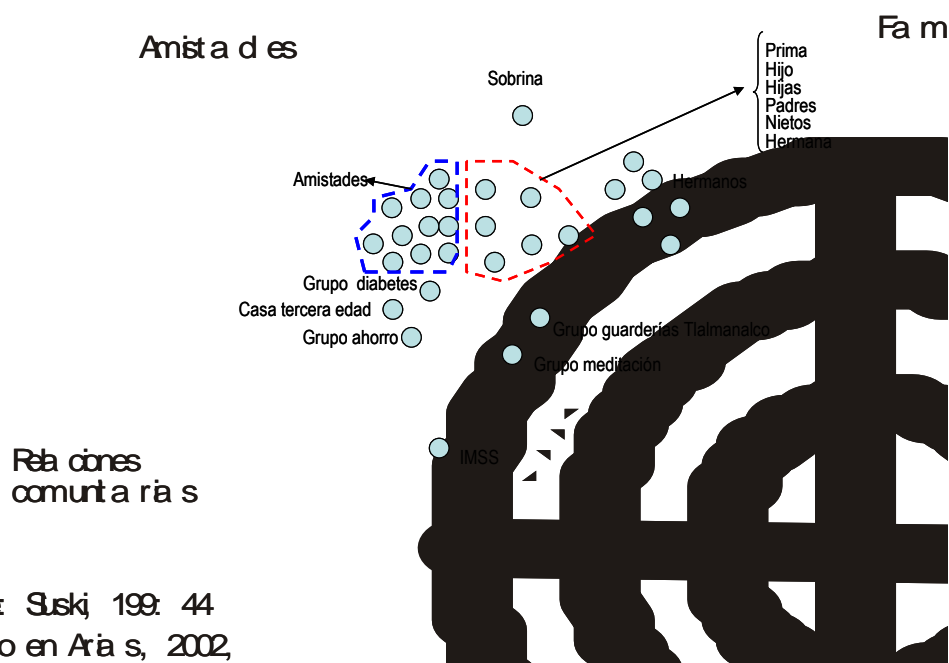
Características de la entrevistada:

Mujer que nació en 1953, durante un periodo de desarrollo industrial y urbano en México, en detrimento del desarrollo agrícola. Es la primogénita de una familia de 9 hermanos, 5 mujeres y cuatro hombres, nacida en el medio rural de Aguascalientes, con abuelos de origen campesino no indígenas y padres campesinos pero migran posteriormente a la ciudad de Aguascalientes, donde tuvieron oportunidad de estudiar temporalmente en el seminario, el padre dedicado a labores manuales como trabajador en una carpintería y posteriormente dedicado a la ebanistería. Su madre dedicada al hogar, dependiente económicamente del esposo, pero con algunas entradas económicas por venta de bordados. De una condición económica más o menos estable en Aguascalientes con relativamente buenas condiciones de vida, migran a la Ciudad de México, donde sus condiciones de vida son malas por largo tiempo, en parte debido a que el padre es alcohólico. Llegan a la zona de Iztapalapa donde viven en espacios pequeños. Para la entrevistada el cambio es totalmente adverso para su desarrollo y poco entendible hasta el momento. Migra a la edad de 7 años de edad, lo que ocasionó una interrupción en su trayectoria educativa, a su llegada interrumpe la escuela por dos años. A los 9 años sufre un intento de abuso, que marcaría sus relaciones afectivas. Posteriormente logró estudiar hasta el segundo año de preparatoria teniendo que dejar la escuela definitivamente a los 17 años. En estas dos circunstancias se reflejan las condiciones de vulnerabilidad debido a la asimetría en las relaciones de género, la primera a través de la violencia y la segunda consistente en decidir que el hermano estudiará en lugar de ella, porque los recursos eran insuficientes para ambos. Se casó a los 20 años y se hace cargo de dos hermanas de su esposo, debido a la separación de sus padres. Aunque depende económicamente del esposo, empieza a buscar fuentes alternativas de ingreso como venta de postres y clases de regularización a niños. Tuvo 5 hijos, 4 mujeres y un hombre. A los treinta años se separó, pero preparó su transición a la separación desde los 28 años de edad, ahorrando durante año y medio, y planeando donde vivirá, definiéndolo como un lugar con espacio, pensando en la cría de animales como en el medio rural donde creció un lugar accesible a sus recursos y que le permitiera a sus hijos ver a su papá. Entre dos opciones elige Valle de Chalco, en una época en que se llevaban a cabo grandes migraciones, formación de nuevas colonias populares, crecimiento de la periferia de la Ciudad de México (se iniciaba una crisis económica que

encarecía en forma importante los servicios de la ciudad, generando migración del centro a la periferia). Aunque las condiciones de vida en Valle de Chalco eran malas, considerándose esa zona como de alta marginación, caracterizada por un terreno pobre, por ser tierras salitrosas en el lecho desecado de un ex-lago, con poco interés inmobiliario, terrenos de origen ejidal, vendidos de forma irregular y de alto riesgo para la salud dada la exposición a tolvaneras contaminadas con desechos, falta de agua, luz y drenaje. No obstante, se siente satisfecha viviendo en dos cuartos techados pero con espacio para que sus hijos jueguen. Queda como jefa de familia, cumpliendo con el trabajo doméstico y buscando alternativas para emplearse en Valle de Chaco, ya que en esa época, la mayoría de hombres y mujeres salían a trabajar fuera de la zona. Durante diez años recibe apoyo de su ex esposo para la alimentación de sus hijos, la que poco a poco fue supliendo. Participa de manera activa trabajando en diferentes tipos de organización, combinándolo con la venta de productos, el cuidado y la educación de los niños de madres que salían a trabajar al Distrito Federal en su mayoría como empleadas domésticas. Su estrategia ha sido la intensificación del trabajo, pero no sólo con fines económicos, sino sociales, relacionados con la mejora del medio ambiente, programas de educación sexual, obteniendo en el mejor de los casos apoyos en forma de becas, asimismo durante diez años, tiempo en que los centros infantiles casi eran inexistentes, tuvo una guardería que trabajaba en condiciones bastante precarias. Durante ese tiempo trabajó todos los días de mañana a noche, por lo que la relación con los hijos era algo distante. A 10 años de haber llegado a Valle de Chalco, tuvo su primer trabajo asalariado, lo que le permitió tener un horario fijo y convivir más con sus hijos. Pudo construir una casa de un piso, que al final de la década de 1990, se empezó a cuartear y venir abajo cuando se construyó junto a su casa un taller de costura de dos pisos, recibió apoyo para construir parcialmente una nueva vivienda. Actualmente tiene 54 años, se encuentra en tránsito a la vejez, cuida a sus nietos, imparte algunas clases de regularización, sus hijos la apoyan económicamente y su casa esta reconstruida. Por otro lado, organizó con otras mujeres una caja de ahorro durante 15 años que han servido como apoyo económico a través de préstamos para pagar gastos escolares y enfermedades, así como apoyo emocional entre ellas. Es hipertensa y diabética con descompensaciones debido a las emociones, pero totalmente funcional y cuenta con atención médica por el seguro social. Pertenece a una generación Janus, es decir, se encuentra en una posición en

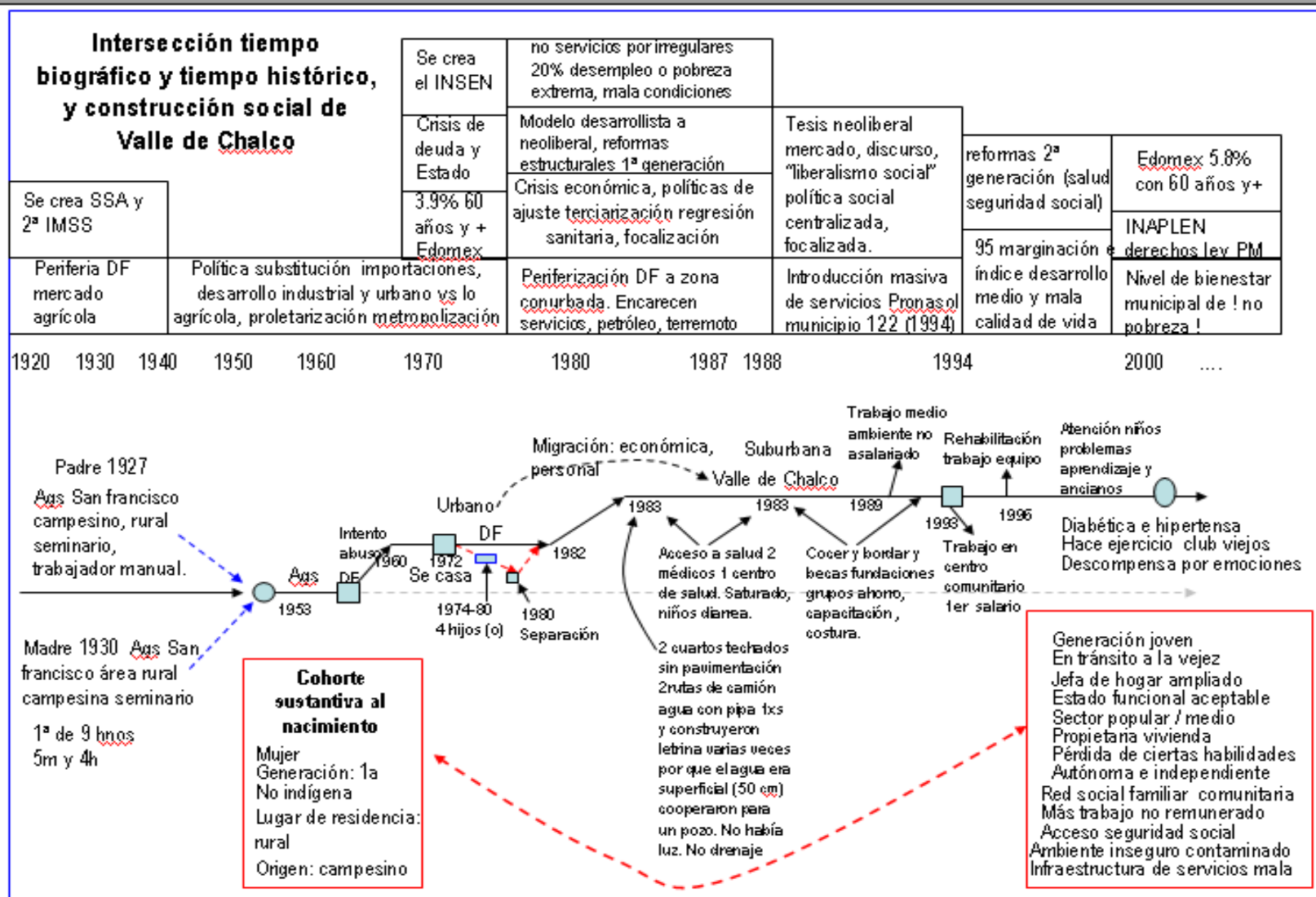
que tiene generaciones tanto en sentido ascendente como descendente. Varios de sus hermanos se hacen cargo de sus papás. Se encuentra en un ciclo familiar caracterizado por su consolidación, ya que los hijos pasaron de ser consumidores a trabajadores, se encuentra en dispersión debido a que los hijos forman nuevas unidades y en disolución debido a la separación del esposo. Su estilo de vida ha incluido una dieta que le permite controlar su diabetes e hipertensión, aunada al uso de medicamentos, ejercicio diario, yoga para control de sus emociones, asiste a la casa de la tercera edad, y bajó 19 kilos desde que le diagnosticaron la diabetes, debido al régimen que lleva. Mantiene una red de apoyo basada sobretodo en sus hijos, padres, el grupo de diabéticos y el de ahorro, sus relaciones de trabajo y amplias relaciones de amistad, lo que se puede apreciar en el esquema.

Mapa de red



Al comparar las condiciones materiales de existencia entre la época en que la entrevistada vivió en Aguascalientes con su momento actual, parecería que sus condiciones de vida, son igual o un poco inferior. Sin embargo, subjetivamente se siente satisfecha con la vida, ha logrado crear lazos fuertes con sus hijos, hermanos y la comunidad. Se refleja una mejor posición social de algunas de sus hijas a través de la educación que les abrió oportunidades. La migración a Valle de Chalco favoreció sus capacidades autónomas.

8.9 Representación gráfica de la intersección entre el tiempo social y el tiempo individual



Se ha presentado el análisis de un proceso de envejecimiento contextualizado en un área conurbada de la Ciudad de México, cuya emergencia y desarrollo ha obedecido a condiciones económicas, sociales y políticas específicas del país. Sin embargo, como se relata en el caso analizado al preguntar si ellos se adaptaron a ese medio o lo transformaron, convencida apuesta por lo segundo, aceptando que muchos cambios se llevaron a cabo por la presión social, los habitantes participando ya sea con dinero o mano de obra y las autoridades apoyando por ejemplo con los materiales de construcción. Acepta que Valle de Chalco se transformó a través de la política social ejercida en el gobierno de Salinas de Gortari, donde se invirtió en infraestructura de servicios, escuelas y obras como el palacio municipal, el centro deportivo y la basílica. Al final de la entrevista se preguntó si la gente se sigue organizando para buscar mejoras en su entorno físico, la respuesta fue que en la medida en que las necesidades básicas se han ido resolviendo, la participación ha disminuido, aunque muchas necesidades persisten.

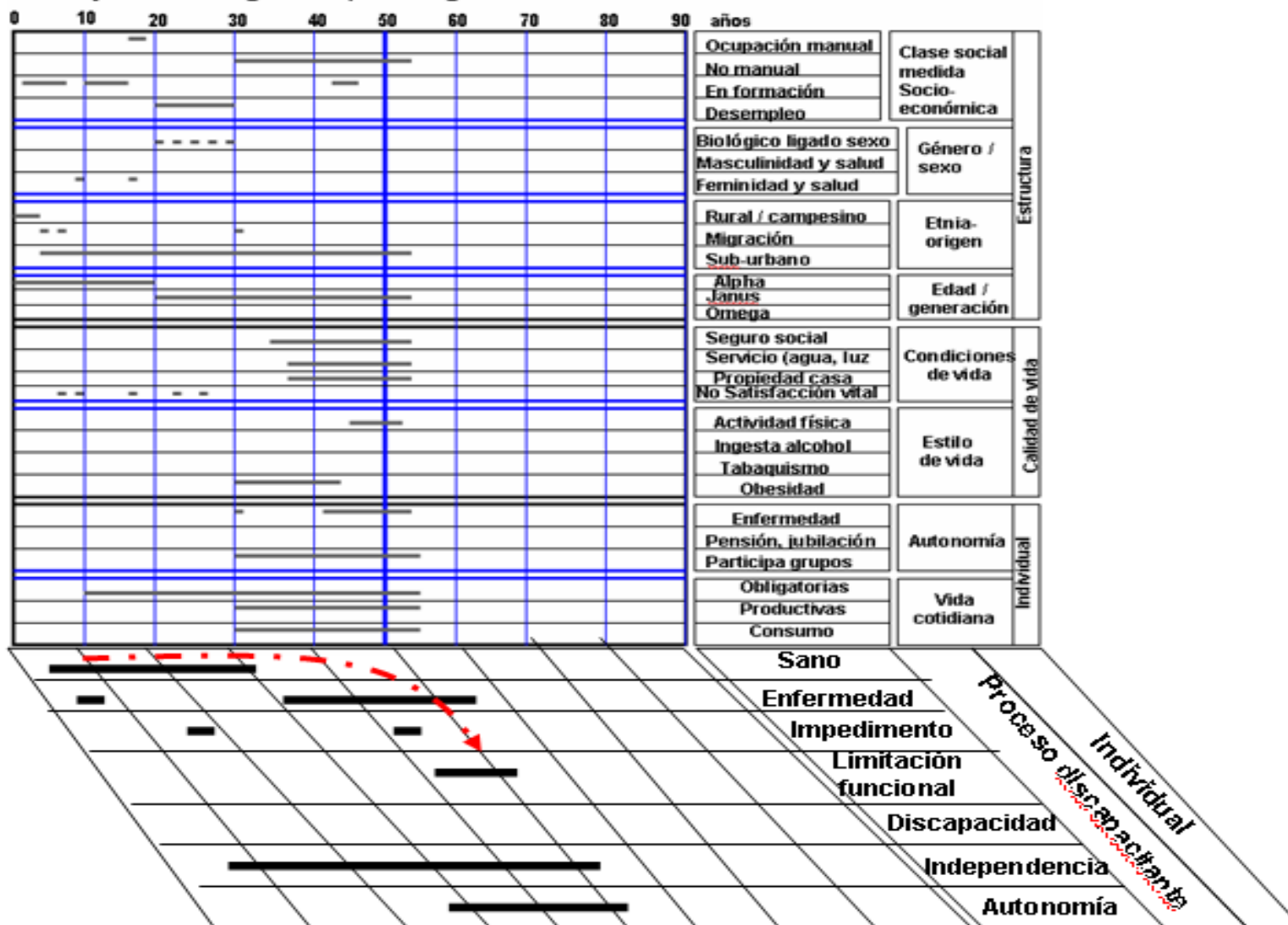
8.10 Comportamiento de las trayectorias biográficas según categorías de análisis

Como se observa en la figura A, algunos de los indicadores elegidos para su construcción se basaron en criterios que permitieran identificar la continuidad y el cambio a lo largo de la vida. La clase social se dividió para su análisis en trabajo manual (relacionado con una posición socioeconómica baja) y no manual (ligada a una posición media). Sin embargo, al considerar el trabajo realizado por la entrevistada, se podría considerar como trabajo no manual, pero con muy exiguos ingresos económicos. El caso muestra un trabajo que al diversificarlo e intensificarlo lograba mejores condiciones de vida a costa de un mayor desgaste físico y emocional. Al considerar el sexo y el género, se identificaron como indicadores que permiten ayudar a explicar aspectos biológicos ligados al sexo como fueron sus embarazos entre los 20 y 30 años de edad, otros derivados de las relaciones de género que potencialmente afectan la salud, como el intento de abuso a los 9 años, o la frustración que le produjo dejar de estudiar a los 17 años de edad por favorecer el estudio de un hermano. Con relación a etnia / origen, se identificó el origen rural ligado a lo campesino, a lo urbano y/o suburbano como residencia y la idea de que el migrante porta un bagaje cultural. Con el indicador generación, se enfatizó la manera en que cambian las relaciones de ascendencia y descendencia a lo largo del tiempo ubicando posibles momentos críticos

como la generación “sándwich” en que se mantienen obligaciones simultáneas con padres, hijos y conyugue. Al considerar las condiciones de vida, se propone exponer la manera en que ha sido construida hasta la vejez, enfatizando aspectos como los servicios, lograr la propiedad, el acceso a la salud y el aspecto subjetivo de la calidad de vida ligada a la satisfacción, que en el caso presentado se señalan momentos de profunda insatisfacción relacionados con la migración al DF, al abuso, la pérdida de sus posibilidades de estudiar y su separación, pero experimenta mucha satisfacción al migrar a Valle de Chalco a pesar de las malas condiciones de vida a su llegada. Con relación a la calidad de vida ligada a los estilos de vida, se puso de manifiesto sobretodo el autocuidado de sus enfermedades y como favorece su resistencia a través del ejercicio. Para abordar la autonomía se tomaron en cuenta aspectos como la toma de decisiones, la participación, la seguridad económica y la independencia física. Al respecto, se identificó la presencia de enfermedades que potencialmente pueden afectar la independencia física. Un indicador que permite identificar la capacidad de toma de decisiones se refiere a la participación en grupos, el acercamiento a la seguridad económica incluyó preguntas como el derecho a la jubilación o pensión. Se propone indagar sobre la vida cotidiana donde se trata de identificar el tipo de actividades desarrolladas durante un día, identificando el equilibrio entre actividades obligatorias y optativas y entre productivas y de consumo.

En un análisis visual de la Figura A, al comparar las continuidades y cambios en los indicadores de las categorías señaladas con el proceso discapacitante (entendido como la ruta que va de la salud a la discapacidad pasando por diferentes etapas como enfermedad, impedimento y limitación funcional), se muestra un patrón de mantenimiento de la salud a lo largo de la vida con una incipiente disminución de las funciones fisiológicas y de actividades funcionales, relacionadas en parte con la presencia de dos enfermedades crónicas, controladas con medicamento, dieta y ejercicio pero sujetas a vaivenes por estrés emocional. No obstante, hasta el momento de la entrevista mantenía su independencia y autonomía.

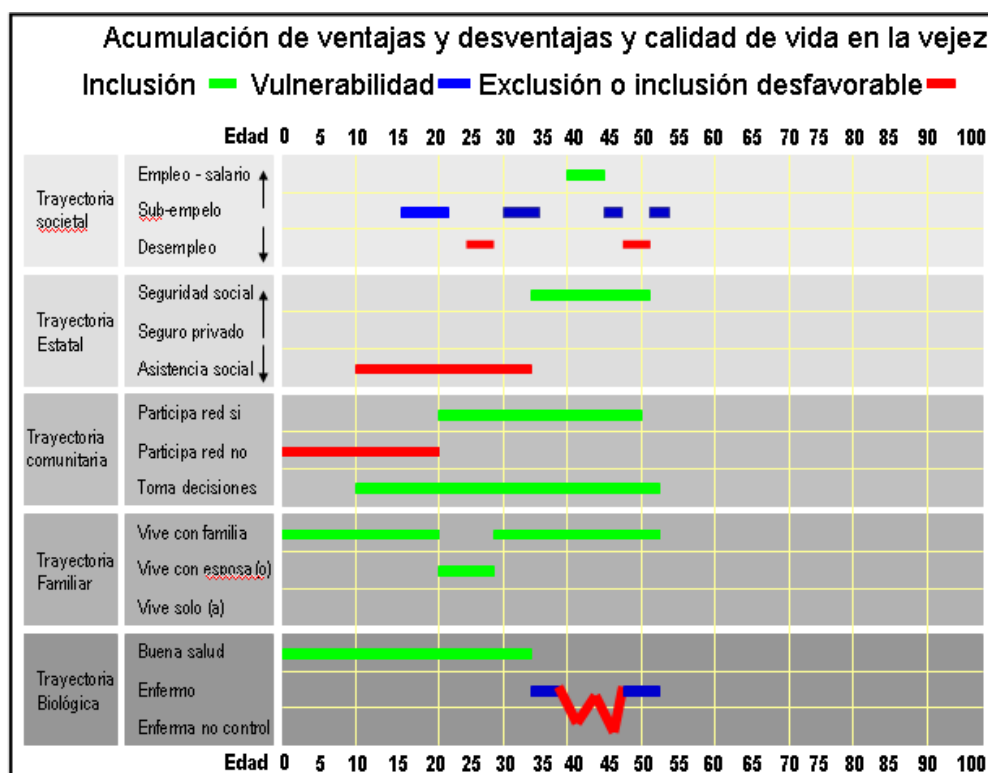
Trayectorias biográficas por categorías de análisis



8.11 Trayectoria de inclusión-exclusión y estructura de oportunidades

Un ángulo de aproximación para comprender la forma en que se construyen condiciones diferenciales de calidad de vida en la vejez, ha sido la dimensión socioeconómica, considerando categorías como clase social, género, etnia/origen y edad/generación, las cuales permiten dar cuenta del impacto de las desigualdades estructurales sobre la distribución de recursos y oportunidades en distintos grupos sociales. Sin embargo, otra manera de entender la relación dialéctica entre los sujetos o grupos y las estructuras, económicas, políticas, sociales y culturales, es a través de los procesos de exclusión e inclusión social en que los sujetos están inmersos a lo largo de su vida, que permiten la aprehensión de rasgos socio-culturales, así como los lazos sociales. Desde este punto de vista se considera que en un nivel local, además de los servicios básicos necesarios para mejorar las condiciones de vida, se requieren lazos sociales generadores de solidaridades en busca de la calidad de vida en común. En nuestro país la inclusión social es un proceso de carácter multifiliatorio, es decir, no depende de un solo elemento, el péndulo entre exclusión e inclusión pasa por una zona de vulnerabilidad, cuyo resultado en condiciones de vida dependerá del balance o desbalance entre las necesidades a realizar o satisfacer a lo largo de la vida y los recursos disponibles que a su vez dependen de la estructura de oportunidades del país, región o localidad, de acuerdo a la pertenencia de clase, género, etnia o generación. En países como México, la estructura de oportunidades se sustenta en diversos ámbitos como el societal, estatal, comunitario o familiar, al que se añade la presencia de Organizaciones no Gubernamentales, los cuales forman un sistema de bienestar en que los individuos y grupos se insertan de manera desigual y dependiendo de su grado o calidad de inserción en los diferentes ámbitos, se les ha reconocido como ciudadanos de primera o de segunda. En la figura B, se presentan diversos planos que permiten identificar trayectorias de vida relacionados a las categorías de inclusión, vulnerabilidad y exclusión (las cuales permiten interpretar los planos de mayor o menor oportunidades). En el plano de trayectoria societal, se puede identificar el empleo como una forma esencial de integración, en el que es posible moverse entre el empleo asalariado y el desempleo, pasando por el empleo precario o el subempleo. En el ejemplo se muestra que a lo largo de su vida laboral, la mujer entrevistada, sólo tuvo un empleo asalariado predominando diversas formas de subempleo o autoempleo, lo cual no implicó que esta

actividad no fuera gratificante para ella. En el plano de trayectoria Estatal, se plantea la posibilidad de acceder al seguro social, a un seguro privado o a la asistencia social, en el caso referido asiste regularmente al seguro social para el manejo de sus enfermedades crónicas, lo que le ha permitido su control y la posibilidad de posponer sus complicaciones, manteniendo su independencia física y autonomía. En el plano de la trayectoria comunitaria, se considera si hay participación en algún grupo o red social, en el caso se registró que esta participación fue evidente a partir de su migración a Valle de Chalco y que sus decisiones son tomadas en cuenta en diferentes ámbitos. En el plano de integración correspondiente a la trayectoria familiar, se consideran las posibilidades de vivir en familia (hijos u otros parientes), cónyuge y en otro extremo vivir solo (se sugiere especificar si además vive aislado). En el caso de la mujer entrevistada, paso de vivir con los padres, a vivir con el esposo e hijos, al separarse y migrar, a vivir con sus hijos. En resumen a pesar de sus empleos precarios y el desgaste acumulado, fue capaz de brindar educación a sus hijos y ahora recibe apoyo de ellos, da cuidado a sus nietos, cuenta con seguro social, tiene una extensa red de relaciones y ha organizado grupos de autoayuda en lo económico, emocional y en salud. Todo ello le ha permitido influir de manera activa sobre su salud y condiciones de vida. **Figura B**



Conclusiones

Aproximarse al estudio de la calidad de vida en la vejez, implica al menos dos alternativas, por un lado entenderla como un estado al evaluar el balance entre las necesidades y los recursos para satisfacerla en cada etapa de la vida, por ejemplo en el tránsito hacia la vejez (50-59 años), en el viejo joven (60-74 años) viejo viejo (75 -84 años) longevo (85-99 años) o centenario tratando de reconocer sus condiciones de vida en un momento determinado; o por otro lado, preguntarse desde cualquier momento de la vejez como ha sido construida su calidad de vida considerándola en el contexto de un proceso continuo que parte del nacimiento e incluso antes y que se proyecta hacia el futuro. A partir de este último acercamiento, se propuso comprender la calidad de vida en su dinámica a través del proceso de envejecimiento sirviéndose del curso de vida como un enfoque que permitió configurarla por medio de trayectorias biográficas. Desde esta perspectiva fue posible identificar cursos de vida individuales formados por trayectorias vitales interdependientes que abarcan múltiples esferas de la vida, que a su vez se relacionan con otras, tanto en el ámbito familiar, comunitario, institucional, estatal o societal, entendiendo que las trayectorias personales y la calidad de vida se configuran individual y colectivamente a través del tiempo, entretejiéndose el envejecimiento como un proceso biológico, funcional y subjetivo, construido socialmente.

Siguiendo la misma dirección, sobre la arquitectura de las trayectorias vitales se propuso construir conceptualmente aquellos mecanismos que podrían vincular eventos tempranos y tardíos produciendo rutas y resultados divergentes o convergentes en las condiciones de vida y salud en la vejez. Se identificó que las trayectorias de vida son producidas y reproducidas en el espacio de lo singular a través de la interacción interpersonal en las diferentes actividades y ámbitos de la vida cotidiana y en contextos específicos que favorecen la exposición a procesos saludables o dañinos, generando estilos de vida y modos de envejecer más o menos saludables encarnados materialmente en la funcionalidad y estructura corporal, entendiendo el cuerpo como un lugar donde se expresa la acumulación de ventajas y desventajas sociales y biológicas, ya heredadas por las generaciones precedentes y que a partir de las cohortes sustantivas al nacimiento orientan en un sentido u

otro el punto de partida al nacimiento, situando al sujeto en su pertenencia a una clase, género, etnia / origen o generación no elegida, encontrándose que las trayectorias biográficas representan plataformas en las cuales se manifiestan las dinámicas estructurales de desigualdad y exclusión, que en su dialéctica con las acciones humanas -donde los sujetos y grupos toman decisiones y construyen su autonomía- configuran escenarios vitales en que se potencian o debilitan las determinaciones estructurales o sociales, conformando con cada decisión vías no lineales hacia una vejez con calidad al dialogar en cada momento de la vida con las oportunidades y constricciones moduladas estructuralmente. En este plano en el que los sujetos interactúan entre sí, es posible entender y explicar la salud - enfermedad – atención en términos de la salud individual o familiar, donde se interviene desde diferentes niveles del sistema de salud para prevenir las patologías que causan mortalidad y tratando de controlar o rehabilitar aquellas que tienden a generar limitaciones funcionales y discapacidad. Sin embargo es claro que para alcanzar mejores condiciones de calidad de vida en la vejez se requiere haber satisfecho o realizado diversas necesidades humanas y sociales y accedido a recursos de diferente tipo en las etapas previas, no siendo posible cubrirlas de forma integral solo a través de los sistemas de salud. En este plano del tiempo individual faltaría por comprender particularmente la transición entre la etapa adulta y la vejez y la forma como se preserva o afecta la calidad de vida en las últimas fases de la vida y los elementos que contribuyen a ello. La reconstrucción de las trayectorias biográficas a través de la historia de vida favoreció la comprensión del proceso de envejecimiento y su relación con las condiciones de vida alcanzadas, sin embargo se perdió precisión y profundidad al abordarlo tan ampliamente.

Una vez que la calidad de vida fue abordada a partir del proceso de envejecimiento desde el plano singular de construcción de la salud – enfermedad y con ello comprenderla en su dimensión diacrónica, se continuó con una aproximación desde la dimensión sincrónica abarcando múltiples estratos de explicación de la realidad. Situada en el espacio de lo particular donde los procesos comunitarios y grupales se desenvuelven, la calidad de vida se expresa de forma más nítida a través de las condiciones de vida que se visualizan en los hogares e infraestructura material y de servicios en un territorio social, pero además a través de los lazos contruidos y expresados en redes o grupos de apoyo social a nivel local.

En el territorio se fueron identificando algunos elementos que modulan la salud – enfermedad en una población a través de modos de vida grupales que los exponen diferencialmente a procesos que impactan su salud y son reproducidos cotidianamente. En este nivel las intervenciones preventivas desde las instituciones de salud pueden tener resultados acotados que requieren ampliarse a intervenciones desde múltiples sectores relacionados con vivienda, saneamiento, salud y educación entre otros, siendo útiles las estrategias de promoción de la salud y atención primaria para afectar determinantes sociales de la salud más precoces. Modificar las condiciones de vida en el espacio local no solo tiene que ver con los cambios producidos a nivel de estilos de vida individuales sino que involucra las formas de producción, distribución y consumo propias de una forma particular de organización social que expone diferencialmente a personas o grupos sociales en relación con otros mejor posicionados, a una distribución inequitativa de lo socialmente producido y a condiciones productivas y reproductivas opresivas o subordinadas, en función de su género, clase, etnia / origen o edad / generación. Se encontró que en la vejez, la edad es considerada en si misma una estructura de desigualdad, pero que al articularse con otras formas de desigualdad y exclusión como las antes mencionadas, pueden acumular desventajas sociales generando formas de inclusión desfavorables que se traducen en desempleo, en el acceso a trabajos precarios o subempleo y en la mayoría de los casos en la falta de acceso a una pensión o seguridad social, teniendo que depender de la asistencia social, los lazos comunitarios y especialmente de los cuidados familiares. Faltaría en este apartado caracterizar de manera más detallada la forma en que se articulan entre si las diversas relaciones de desigualdad en la vejez y la manera en que su intersección modula la calidad de vida y la salud. De igual modo se requieren afinar los indicadores que permitan identificar cambios en las dinámicas estructurales y su influencia en las trayectorias biográficas.

Como han sostenido diversos autores las clases sociales sintetizan la desigualdad social producto de la organización de la producción capitalista en la que los dueños de los medios de producción explotan la fuerza de trabajo asalariada generando con ello una distribución desigual de la riqueza socialmente producida. Concediéndosele a la clase social el mayor poder explicativo para comprender la desigualdad social, la inequidad en salud y la forma en que se configura y distribuye la calidad de vida entre los grupos sociales, pero hay que

señalar que en la medida que se envejece menor es la participación de los viejos (as) en la producción y con ello otras formas de desigualdad adquieren relevancia en contextos específicos. Cada una de estas estructuras sociales se integra en una totalidad que contribuye a explicar la reproducción social de una formación capitalista. En las sociedades occidentales capitalistas modernas y desarrolladas, así como en las naciones en desarrollo en Latinoamérica han surgido proyectos de sociedad, modelos de políticas públicas y de protección social cuyo análisis podría ubicarse en el plano de la sociedad en general, donde la explicación e intervención sobre los procesos salud / enfermedad /atención recaen en políticas sociales basadas en las concepciones que sobre la vejez emanan de cada proyecto de sociedad, pudiendo adquirir por ejemplo el carácter de objetos de asistencia en los modelos neoliberales y de sujetos con derechos sociales ligados a una vida de calidad desde posturas democráticas. Abordar la comprensión de la calidad de vida desde este plano permitió tener una visión más amplia del problema ya que desde la definición de las políticas sociales se configura la posibilidad de incluir o excluir a ciertos grupos de viejos (as) en la mejora o preservación de sus condiciones de vida. Sin embargo se requiere un análisis más preciso de los procesos de exclusión y desigualdad social en la vejez a partir de sus diferencias y la manera en que sus derechos sociales puedan ser respaldados en leyes, políticas y demás instrumentos que garanticen su ejercicio, al mismo tiempo que se construye una ciudadanía social que participe en la configuración de su calidad de vida. Es pertinente señalar que la búsqueda de mejores condiciones de vida para la población en proceso de envejecimiento poblacional e individual requiere de su comprensión tanto desde un eje temporal como de otro que abarque su carácter multidimensional y de esa misma manera intervenir en su transformación tomando en cuenta políticas sociales que contribuyan en la satisfacción y realización de las necesidades humanas y sociales a lo largo del curso de vida en contextos específicos, que al mismo tiempo fomenten la autonomía individual de forma relacional, amplíen el espacio público y fortalezcan la protección social desde el Estado.

Los elementos conceptuales anteriormente identificados con sus dimensiones analíticas fueron sistematizados para esbozar un modelo de aproximación a la comprensión de la calidad de vida en la vejez, que en forma resumida incluyen la construcción de la calidad de vida a través del tiempo biográfico con la identificación de algunos mecanismos que van

articulando su conformación a través de la vida, para posteriormente asumir que las trayectorias de vida son asimismo procesos colectivos modulados por relaciones familiares, comunitarias, estatales o societales, que brindan oportunidades y constricciones a la acción humana encaminada a la calidad de vida de acuerdo a dinámicas estructurales de desigualdad y exclusión que afectan la forma de producir, distribuir y consumir de una población específica y con ello su calidad de vida y la salud. Tomando como referente los elementos aportados por el modelo se realizó una historia de vida en que fue analizado un caso para conocer los posibles alcances y limitaciones del modelo desde una aproximación empírica. Aporta a la comprensión de la calidad de vida en la vejez en la medida que permite conjuntar la visión personal con datos del contexto obtenidos de diferentes fuentes, relaciona el tiempo personal y social en un espacio social determinado, construye trayectorias vitales tomando como eje categorías estructurales, intermedias e individuales, relaciona las transiciones y puntos de viraje en las trayectorias con cambios subjetivos como la satisfacción vital, toma en cuenta de manera dinámica tendencias hacia situaciones de vulnerabilidad e inclusión desfavorable dentro de una estructura de oportunidades y constricciones, identifica gráficamente los lazos sociales construidos y su cercanía que potencialmente pueden contribuir a construir colectivamente su calidad de vida y elaborar trayectorias que van de la salud a la discapacidad registrando sus cambios y relacionándolos con las categorías definidas. En conjunto, con estos elementos se buscó reconstruir algunos factores que constituyen la calidad de vida en la vejez, encontrando dificultad en definir indicadores precisos para identificar los cambios en cada una de las categorías utilizadas a lo largo de la vida. Además se requiere mayor comprensión de las transformaciones que se están suscitando en las familias, la comunidad, el Estado y la sociedad para identificar de mejor manera lo que implica en cada dimensión lo que puede caracterizarse como inclusión, zona de vulnerabilidad o exclusión y la manera en que como afectan la calidad de vida en la vejez.

Condiciones actuales y retos futuros

La calidad de vida en la vejez puede considerarse entre otros aspectos, como un derecho social ligado al acceso a la salud, a una vida sana y funcional, a un entorno de calidad con servicios, a la seguridad económica, así como a la educación o formación permanente y al trabajo, que en forma parcial son respaldados en acuerdos internacionales de carácter ético

como el protocolo de San Salvador cuya importancia radica en ser el único instrumento vinculante con las normas establecidas en los países de América Latina sobre los derechos básicos en la vejez, traducido a su dimensión instrumental en leyes de rango intermedio como la ley mexicana sobre los adultos mayores de 2002, que garantiza sus derechos y rige sus acciones y que en su dimensión práctica tiene una aplicación de carácter progresivo. Esta progresividad en la aplicación de los derechos de la vejez puede hacer que su ejercicio sea parcial o postergado a largo plazo, conculcando con ello tales derechos, lo que en parte es debido a que las personas mayores como grupo y al conformarse en actores sociales han carecido del poder suficiente para influir de manera determinante en la agenda pública para negociar la forma de satisfacer sus necesidades mediante políticas incluyentes y equitativas para todos aquellos viejos y viejas invisibilizados, marginados, fragilizados o empobrecidos por relaciones de desigualdad y exclusión.

La calidad de vida y la salud como construcciones sociales no pueden reducirse solamente a una mejora individual en el estilo de vida o la satisfacción personal (aunque importantes) fruto del libre albedrío ya que en sentido colectivo se encuentran moduladas por los límites impuestos por el modo de vida en el que desarrollan sus prácticas cotidianas y en el grado de prosperidad de una nación en su conjunto, que ocurre en el marco de una transición demográfica donde existen amplias diferencias regionales, urbanas y rurales. Por lo que cabe preguntarse ¿Cuáles son las condiciones actuales y de mediano plazo para el ejercicio pleno del derecho a una vejez con calidad ?,

Para responder como fue analizado en este estudio hay que considerar que el Estado es el garante de la titularidad de los derechos en sus diferentes modalidades por medio de mecanismos jurídicos y políticos que operan a través de las políticas públicas para hacer efectivo su cumplimiento como derechos ciudadanos, considerándose así a las políticas sociales como indicadores de inclusión o exclusión social, ya que el Estado a través de su concreción, niega identidad ciudadana a ciertos grupos como portadores de derechos, mientras a otros se los otorga. La pregunta que surge a su vez, se relaciona con reconocer cual es la ciudadanía a fortalecer para el ejercicio de los derechos sociales de los viejos para una vida de calidad?, para ello hay que señalar como ha sido discutido con anterioridad en algunos apartados que el Estado si bien opera con cierto grado de consenso social, también representa en su seno los conflictos entre clases y fracciones de clase donde se trata de

imponer a través de sus políticas públicas un determinado proyecto de sociedad, promocionando una noción hegemónica de ciudadanía, vejez y protección social, subordinando a otras visiones.

En la historia reciente del país del predominio del Estado como medio para satisfacer las necesidades sociales de su población a través de un modelo desarrollista basado en la industrialización y en la sustitución de importaciones, con la implementación de algunos elementos del Estado de Bienestar, que intentó reconocer los derechos sociales de la población en su carácter de ciudadanos, aunque con un sentido pasivo acerca de la vejez, y con un sistema de protección social que incluía un régimen de seguridad social para sectores estratégicos mientras dejaba fuera a otros; se transitó a un proceso de ajuste estructural del que emergió a partir del consenso de Washington la preeminencia del mercado como instrumento para resolver las necesidades humanas, centrándose en los derechos cívicos, propios de un régimen liberal, con preponderancia de las libertades individuales sobre la justicia social y con derechos sociales enlazados al trabajo. En el proyecto de sociedad neoliberal postindustrial dominante en la actualidad en los países latinoamericanos la noción de vejez se asocia con pobreza la cual es objeto de políticas sociales residuales o compensatorias, sistemas de protección basados en un modelo asistencial y formas de ciudadanía invertida o asistida, fomentando al mismo tiempo la autonomía y la auto-responsabilidad sobre la salud, y donde las trayectorias biográficas presentan tanto un mayor espacio para las decisiones personales en la construcción de calidad de vida como una mayor incertidumbre sobre su configuración hacia el futuro. La aplicación del proyecto neoliberal en América Latina parece no haber podido demostrar la suficiencia del mercado para satisfacer las necesidades básicas de la población que envejece conduciendo a las personas mayores a situaciones de vulnerabilidad o de inclusión desfavorable, alejándolos con ello de la posibilidad de alcanzar mejores condiciones de vida, por lo que después del predominio de la esfera privada como ámbito para la realización de las necesidades individuales, se empieza a repensar en un Estado fortalecido en su capacidad de producir y redistribuir el bienestar y como intermediador entre intereses diversos. Como ya se mencionó la calidad de vida requiere la aplicación de los derechos sociales cuyo ejercicio contribuye a contrarrestar los procesos de mercantilización en la vida social, planteándose para ello, el deber del Estado de construir reglamentos,

instituciones y políticas que garanticen tales derechos en la vejez. Sin embargo a diferencia de la manera en que el Estado intervenía en el pasado, hoy con el concurso de la sociedad civil y la ampliación del espacio público, existe el reto y la posibilidad desde lo local de democratizarlo y ejercer una regulación social y cogestión con el Estado, como forma de participación e inclusión social, donde los “movimientos sociales conformados por sujetos políticos que buscan subvertir su posición subordinada, luchan por la actualización de sus derechos sociales”, por lo que la construcción colectiva de calidad de vida requiere de la emergencia de una ciudadanía social que construya un sentido de pertenencia a la esfera pública al mismo tiempo autónoma, integrada y crítica ante los poderes Estatal y privados.

La calidad de vida es un proceso que se va configurando a lo largo de la vida que se fundamenta por una parte en la integridad biológica cuya potencialidad y posibilidades de ampliación de un modo de vida sano y con mayor funcionalidad en la vejez se integra en diferentes planos de complejidad, por lo que la calidad de vida en la vejez requiere tanto la participación del Estado, la sociedad, la comunidad, la familia como de un proceso de construcción ciudadana donde los sujetos formen parte activa en la concreción de sus proyectos de vida desarrollando su autonomía de forma relacional y generando lazos solidarios para mejorar sus condiciones de vida en comunidad. Asimismo la posibilidad de alcanzar o mantener una vejez con calidad de vida, radica como se ha señalado por algunos autores en una protección social que se desvincule del trabajo y acompañe al sujeto a lo largo de su trayectoria biográfica permitiendo bajo esta certidumbre desarrollar una vida con autonomía, pareciendo así un imperativo en la escena actual, aproximarse al estudio de la vejez desde un enfoque del curso de vida ya que se requiere comprender como a lo largo de ésta se pueden mantener o fomentar las capacidades del individuo para el trabajo y para el desarrollo de su autonomía como formas de atemperar las tendencias a la desigualdad y exclusión social.

En síntesis el estudio propuso comprender la calidad de vida en la vejez a partir de la identificación de algunas de las múltiples formas y vías por las que transcurren los procesos que la van conformando y por medio del reconocimiento de algunos de los mecanismos involucrados en su articulación a lo largo de la vida. Al mismo tiempo se planteo entender

de forma dialéctica las acciones individuales y grupales con otras dimensiones de carácter estructural en el mantenimiento, preservación y mejoría de la calidad de vida en la vejez.

El estudio integró dos formas de aproximación a la comprensión de la calidad de vida en la vejez; un eje temporal que evidenció distintos rasgos en su proceso de construcción y otro eje que incluyó diversos planos de explicación en torno a las relaciones sociales que la modulan, para confluir ambos en el esbozo de un modelo comprensivo de la calidad de vida durante el envejecimiento y la vejez y concluir con el análisis de un caso empírico que permitió comprender la influencia recíproca del contexto y la acción humana en la construcción de las condiciones de vida a nivel local.

A partir de este esfuerzo es necesario continuar profundizando en cada una de las nociones estructurales, intermedias e individuales exploradas en el ámbito específico de la vejez y conocer las características que adquieren en la dimensión individual, familiar, comunitaria, estatal y societal a través de indicadores que permitan explorar a lo largo de la vida sus interrelaciones de forma empírica.

Referencias bibliográficas

Aguilar Aldrete María Elena y Torres López Teresa M. (2008) “Género, envejecimiento y salud en Jalisco: los factores determinantes”, en: Villaseñor Farías Martha (compiladora), Género y salud Atisbos sobre la academia en Guadalajara, Guadalajara, Jalisco, México, Instituto Municipal de las Mujeres en Guadalajara, pp.105-136.

ALAMES (2008) “Documento para la discusión. Elaboración colectiva por el Comité Organizador del Taller Latinoamericano sobre determinantes sociales de la salud. Organizado por la Asociación Latinoamericana de medicina social”. Rectoría UAM, 30 de septiembre a 2 de octubre, México, ALAMES, OPS, UAM, UNAM, UACM.

Alfageme Chao Alfredo (2005). Desigualdades mundiales ante el proceso de envejecimiento demográfico. *Recerca Revista de Pensamiento I Anàlisi* num. 5, pp. 41-62

Almeida Filho, N y Fernández Silva R (2008) “Halopatogénesis: esbozo de una teoría general de salud-enfermedad como base para la promoción de la salud”, en: Czeresnia Dina y Machado de Freitas (organizadores), Promoción de la salud. Conceptos, reflexiones, tendencias, Argentina, Lugar Editorial, pp. 121-6.

Almeida Filho, Naomar (2001) “For a General Theory of Health: preliminary epistemological and anthropological notes” Rio de Janeiro, *Cad. Saúde Pública*, vol. 17, núm. 4, jul-ago, pp. 753-799.

Almeida – Filho N (2000) “La Ciencia Tímida. Ensayos de deconstrucción de la epidemiología”, Argentina, Lugar Editorial. UNLA. pp. 157-176.

Almeida-Filho Naomar (1999) “ Desigualdades em saúde segundo condicoes de vida: Análise da producao científica na América Latina e Caribe e Bibliografía anotada”, *Pesquisa em Saúde Pública, Documentos Técnicos. Proyecto ELAC*, 19, Washington, OPS, pp.

Álvarez Joaquín Hernández y Sicilia Molina Mercedes (2007) “Deterioro cognitivo y autonomía personal básica en personas mayores”, *Anales de psicología* 2007, vol. 23, núm. 2 (diciembre), pp. 272-281.

Andrews Gary R (2001) “Care of older people. Promoting health and function in an ageing population” *BMJ* Vol. 322, March, pp. 728. bmj.com

Aparicio Ricardo (2002) “Transición demográfica y vulnerabilidad durante la vejez. La situación demográfica de México”, CONAPO.

Aranibar Paula (2001) “Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina”. Proyecto Regional de Población, Santiago de Chile, CELADE-FNUAP. CEPAL – SERIE, Población y desarrollo núm. 21, pp. 13-26

Aranibar Munita Paula, (sin fecha) “Participación social e imagen social de la vejez”, <http://www.ciape.org.br/artigos/artigo>. pp., 3-10.

Aranibar Munita Paula, (sin fecha) “Entorno y vejez”, <http://www.ciape.org.br/artigos/artigo>.

Arber Sara and Cooper Helen (1999) “Gender differences in health in later life: the new paradox?”, *Social Science & Medicine*, vol. 48, pp. 61-76.

Arber Sara (1996), “Gender roles”. In: James E. Birren editor. *Encyclopedia of Gerontology. Age, aging, and the aged. Volume I. USA*, Academic Press. A-K. pp. 557.

Arber Sara & Evandrou Maria (1993) “Mapping the territory, Ageing, independence and the life course” in: Arber Sara & Evandrou Maria (Editors), *Ageing, independence and the life course*, London, Jessica Kingsley Publishers, London and Bristol, Pennsylvania in association with the Bristol Society of Gerontology, pp. 19-22.

Arber Sara y Ginn Jay (1991), “A Sociological analysis of resources and constraints”, Great Britain, Sage, pp. 67-9.

Ariza Marina y de Oliveira Orlandina (sin fecha) “Género, trabajo y familia: consideraciones teórico-metodológicas” pp. 216. Estas reflexiones parten de una serie de trabajos previos: Ariza y Oliveira (1999), Oliveira y Ariza (1999a, b y c).

Assis Mônica de (2004), “Promoção da Saúde e Envelhecimento: avaliação de uma experiência no ambulatório do Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATI / UERJ TESE DE DOUTORADO”, Rio de Janeiro, FIOCRUZ / Escola Nacional de Saúde Pública Doutorado em Saúde Pública Área de Concentração: Endemias, ambiente e sociedade Linha de Pesquisa: Educação, Saúde e Cidadania.

Assis Mónica De (2002) “Envelhecimento: limites e possibilidades”, en: De Assis Mónica (organizadora), *Promoção da Saúde e Envelhecimento orientações para o desenvolvimento de ações educativas com idosos*, Rio de Janeiro, CRDE, UnATI, UERJ, pp. 30-41.

Ayora Díaz Steffan Igor (2007), “el cuerpo y la naturalización de la diferencia en la sociedad contemporánea. *Revista Nueva Antropología*, mayo, México, vol. 20, núm. 67, pp. 89-118.

Baltes M Margaret (1996) “The many faces of dependency in old age”, USA, Cambridge University Press, pp. 12, 145-157.

Baltes, P. B. (1968) “Longitudinal and Cross-Sectional Sequences in the Study of Age and Generation Effects”, *Human Development*, vol. 11, núm. 3, pp. 145-171.

Bayón María Cristina (2009), “Oportunidades desiguales, Desventajas heredadas. Las dimensiones subjetivas de la privación en México”, *Espiral*, Estudios sobre Estado y Sociedad, Vol. XV, núm. 44, Enero / Abril, pp. 163- 198.

Bayón María Cristina (2009), “Oportunidades desiguales, Desventajas heredadas: las dimensiones subjetivas de la privación en México”. Espiral, Estudios sobre Estado y Sociedad, vol. XV, núm. 44, Enero / Abril, pp. 163- 198.

Bello Alvaro y Rangel Marta (2000), “Etnicidad, "Raza" y Equidad en América Latina y el Caribe”, CEPAL, pp. 8.

Benach Joan y Muntaner Carles (2005), “Aprender a mirar la salud. ¿Cómo la desigualdad social daña nuestra salud?”, Maracay, Venezuela, Instituto de Altos Estudios en Salud Pública “Dr. Arnoldo Gabaldon”, pp.123-9

Benach Joan y Amablea Marcelo (2004), “Las clases sociales y la pobreza” *Gac Sanit*, vol. 18 (Supl 1), pp. 16-23.

Ben-Shlomo y Kuh (2002) “A life course approach to chronic disease epidemiology: conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives”, *International Journal of Epidemiology*, vol. 31, pp. 285-293.

Berkman Lisa F and Kawachi Ichiro (2000), “Social Epidemiology”, Oxford.

Berzosa Zaballos Gonzalo (2009) “Hacia una nueva cultura del envejecimiento: ser persona mayor activa, relacionada y comprometida socialmente”, capítulo 11, en: Ramos y Berzosa (coordinadores temas gerontológicos), *Nuevas Miradas sobre el envejecimiento*, Gobierno de España, IMSERSO, Colección Manuales y Guías. Serie Personas Mayores. Núm. 31005, pp. 253-70

Blanco Gil José y López Arellano Oliva (2007), “Condiciones de vida, salud y territorio: un campo temático en (re)construcción”, en: Jarillo Soto Edgar C. y Guinsberg Enrique, (Editores), *Temas y desafíos de la Salud Colectiva*, Argentina, Lugar Editorial, pp. 104-21.

Blanco Gil José, López Arellano Oliva, Rivera Márquez José Alberto y Rueda Arroniz Fabiola (1997), “Una aproximación a la calidad de vida. Líneas conceptuales y metodológicas”, *Antrop. Biol.* Núm. VIII, pp. 433-448.

Blanco Gil José y Sáenz Z Orlando (1990), “Reproducción social, su exploración empírica: condiciones de vida y salud en el ámbito urbano”, *Cuadernos Médico Sociales* núm. 53, pp. 61 – 74.

Boltanski L. (1975), “Los usos sociales del cuerpo”, Argentina, Colección Salud, Política y Sociedad, pp. 17-100.

Bonnewitz Patrice (2003) “La sociología de Pierre Bourdieu”, Argentina colección Claves Perfiles Ediciones Nueva Visión, pp. 63-76.

Borrell Carme, García-Calvente María del Mar y Martí-Boscà José V (2004), “La salud pública desde la perspectiva de género y clase social”, *Gac Sanit* núm. 18, (Supl 1), pp. 2-6.

Bowling Ann (2009) "Perceptions of active ageing in Britain: divergences between minority ethnic and whole population samples", *Age and Ageing*, núm. 38, pp. 703-710.

Breilh Jaime (2003), "Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e intercultural", Buenos Aires, Argentina, Lugar Editorial, UNLA, pp. 217-35.

Bronfman Pertzovsky y López Moreno Sergio (1999) "Las cuentas pendientes", *Demos*, Carta demográfica sobre México, núm. 12, México, pp. 13.

Bryant Lucinda L, Altpeter Mary and Whitelaw Nancy A (2006) "Evaluation of Health Promotion Programs for Older Adults: An Introduction", *The Journal of Applied Gerontology*, vol. 25 núm. 3, June, pp. 197-213.

Bustelo Eduardo S y Minujín Alberto (2002) "Los ejes perdidos de la política social", *Papel Político*, septiembre, núm. 14 de 2002, pp. 59-84.

Calasanti Toni M (1996) "Incorporating Diversity: Meaning, Levels of Research, and Implications for Theory", *The Gerontologist*, vol. 36, núm. 2, pp.147-156.

Campos Emilia (2006) "Los grupos en la vida cotidiana. Su dimensión comunitaria e institucional", *Revista de la Facultad*, núm. 12, pp. 113-122.

Canguilhem Georges (1978), "Lo normal y lo patológico" México, Siglo XXI, Editores, 2ª edición, pp. 137-177.

Casallas Murillo Ana Lucía, Molina Achury Nancy, De Negri Filho Armando, Alvarado Forero Gloria Alcira, Ramírez Montenegro Patricia (2007), "Construcción colectiva de respuestas integrales a las necesidades y la Gestión Social. Diseño de un diplomado en la Estrategia Promocional de calidad de vida y Salud en el marco de la Política Distrital de Salud", Bogotá, Secretaría Distrital de Salud, Grupo Guillermo Fergusson, Corporación para la salud popular, pp. 8-19. Secretaría Distrital de Salud. www.saludcapital.gov.com, Bogotá – Colombia.

Castellanos Pedro Luís (1990) "Sobre el concepto de salud-enfermedad. Descripción y explicación de la situación de salud", *Boletín Epidemiológico*, OPS, vol. 10, núm. 4, pp. 1-7.

Castillo Martínez Alcira y Villegas del Carpio Oscar (2004), "Análisis de Situación de Salud con enfoque de Espacio-Población para el Nivel Local", San José, Costa Rica, CENDEISS, Universidad de Costa Rica, Sistema de Estudios de Posgrado (SEP), Facultad de Medicina, Escuela de Salud Pública, pp. 12-22.

Castillo Martínez Alcira, Quirós Rojas Ileana, Sancho Mora Xenia (2003), "La gestión en la atención integral de la salud. Módulo III. Curso especial de posgrado en gestión local de salud", San José, Costa Rica, CENDEISS, Universidad de Costa Rica, Sistema de Estudios de Posgrado (SEP), Facultad de Medicina, Escuela de Salud Pública, pp. 46.

Castillo Martínez Alcira, Torres Martínez Raúl y López Gómez Antonieta (2003) “la participación social. Un derecho en salud”, módulo II, Curso especial de posgrado en gestión local de salud”, San José, Costa Rica, CENDEISSS, Universidad de Costa Rica, Sistema de Estudios de Posgrado (SEP), Facultad de Medicina, Escuela de Salud Pública, pp.17-22.

CEPAL, (2004), “Población, envejecimiento y desarrollo”, Trigésimo período de sesiones de la CEPAL. San Juan, Puerto Rico, 28 de junio al 2 de julio, pp. 24.

CEPAL (2002) “Recomendaciones para políticas sobre redes de apoyo social de personas adultas mayores” Reunión de Expertos en Redes de Apoyo Social a Personas Adultas Mayores: El Rol del Estado, la Familia y la Comunidad, Santiago de Chile, 9 al 12 de diciembre, pp. 1-6.

Chapela Consuelo (2007) “Promoción de la salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria”, en: Jarillo Soto Edgar C. y Guinsberg Enrique (Editores). Temas y desafíos de la Salud Colectiva. Argentina, Lugar Editorial, pp. 346-373.

Cohler Bertram J and Hostetler Andrew (2004), “Linking Life Course and Life Story. Social change and the narrative study of lives over time”, Chapter 25; in: Mortimer Jeylan T y Shanahan Michael J (Editors), handbook of the life course. Handbooks of sociology and social research, USA, Springer, pp. 555-576.

Clemente María Alejandra (2003) “Redes sociales de apoyo en relación al proceso de envejecimiento humano. Revisión Bibliográfica”, Interdisciplinaria, vol. 20, núm. 1, Buenos Aires, pp. 31-60.

Coimbra Jr., C. E. A. & Santos, R. V. (2000) “Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil”, Ciência & Saúde Coletiva, vol. 5, núm. 1, pp.125-132.

Corbin Juliet M (2003) “The Body in Health and Illness”, Qual Health Res, núm. 13, pp. 256-267.

Cruz-Jentoft Alfonso J., Franco Alain, Sommer Pascal, Baeyens Jean-Pierre, Jankowska Ewa, Maggi Adriana, Ponikowski Piotr, Rys´ Andrzej, Szczerbin´ ska Katarzyna y Milewicz Andrzej (2009) “European Silver Paper. Documento europeo sobre el futuro de la promoción de la salud y las acciones preventivas, la investigación básica y los aspectos clínicos de las enfermedades relacionadas con el envejecimiento”, Rev Esp Geriatr Gerontol. Vol. 44, núm. 2, pp. 61–65.

Cuellar Ricardo y Peña Saint-Martín Florencia (1985), “El cuerpo humano en el capitalismo”, México, Folios ediciones, pp. 13, 64.

Czeresnia Dina (2008), “El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción”; en: Czeresnia Dina y Machado de Freitas (organizadores), Promoción de la salud. Conceptos, reflexiones, tendencias, Argentina, Lugar Editorial, pp. 47-63.

Czeresnia Dina (2007) “Interfaces do Corpo: Integração da alteridade no conceito de doença”, *Rev Bras Epidemiol*, vol. 10, núm. 1, pp. 19-29.

Czeresnia Dina (1999), “The concept of health and the difference between prevention and promotion”, *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, out-dez, vol 15 num. 4, pp. 701-709.

Dannefer Dale, (2003) “Cumulative Advantage/Disadvantage and the Life Course: Cross-Fertilizing Age”, *The Journals of Gerontology*; Nov, vol. 58B, núm. 6; Health Module, pp. S327.

D’Elia Yolanda (2006), “La cuestión social en las políticas públicas”, Capítulo I; en: Maingon Thais (Coordinadora), *Balance y perspectivas de la política social en Venezuela*. Caracas, Venezuela, Mayo, Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales (Ildis), pp. 31-37, 52.

D’Elia Yolanda y De Negri Filho Armando (2006) “La estrategia de promoción de la calidad de vida”, Capítulo 3; en: Thais Maingon (Coordinadora), *Balance y perspectivas de la política social en Venezuela*, Caracas, Venezuela, Mayo, Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales (Ildis), pp. 73-106.

D’Elia Yolanda (Coordinadora), De Negri Armando, Huggins Castañeda Magally, Vega mauricio, Bazó Manuel (2002), “Estrategia de Promoción de la calidad de vida. La construcción de Políticas Públicas por la calidad de vida desde una Perspectiva de Derecho y Equidad”, Republica Bolivariana de Venezuela, Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS), Agencia de Cooperación Alemana (GTZ), pp. 23-5.

De Negri Filho Armando (2008), “A human rights approach to quality of life and health: applications to public health programming”, *health and human rights*, vol. 10, núm. 1, pp. 93-101. <http://hhrjournal.org/blog/perspectives/a-human-right-approach-to-quality-of-life-and-health-spanish/>.

De Negri Filho Armando (2006), “La construcción de alternativas políticas en pro del derecho integral a la salud – las Bases Conceptuales del ejercicio en la Secretaria Distrital de Salud de Bogota 2004-2005”, Bogota Colombia, CONVENIO No. 056, Universidad Nacional de Colombia.

De Negri Filho A, D’Elia Y, Huggins Castañeda Magally, Vega Mauricio, y Rivero Dalia, Vidal Silvia, Bazó Manuel (2002), “El desarrollo de un pensamiento estratégico en las políticas públicas por la calidad de vida y la salud”, Caracas, pp.

Del Popolo Fabiana (2008) “Los pueblos indígenas y afrodescendientes en las fuentes de datos: experiencias en América Latina”, Santiago de Chile, CEPAL, PAHO, NORAD, OMS, pp. 14-15.

Del Popolo Fabiana (2001), “Características sociodemográficas y socioeconómicas de las personas de edad en América Latina”, Proyecto Regional de Población Santiago de Chile, noviembre, CELADE-FNUAP-CEPAL – Serie Población y desarrollo, núm. 19, pp.

Del Valle Murga Teresa (2009), "Personas mayores y ciudad: vivencias y significados del espacio", capítulo 12, en: Ramos y Berzosa (coordinadores temas gerontológicos), Nuevas Miradas sobre el envejecimiento, Gobierno de España, IMSERSO, Colección Manuales y Guías. Serie Personas Mayores. Núm. 31005, pp. 271- 294.

Dewilde Carolina (2003) "A life-course perspective on social exclusion and poverty", *British Journal of Sociology* (March), vol.54 núm. 1 pp. 109–128.

Doyal, L. y Gough, I (1992), "A theory of human need. Physical health and autonomy: the basic needs of persons", London, MacLillan, pp. 49-75.

Dressel, Minkler y Yen (1997) "Gender, race, class, and aging: advances and opportunities", *International Journal of Health Services*, vol. 27, núm. 4, pp. 579-600.

Duque y Echanogorria, (2008) "La participación social de las Personas Mayores" Madrid, Colección Estudios, Serie Personas Mayores, N.º 11005, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), pp. 16-37.

Elder Glen H. y Kirkpatrick M (2003) "the life course and aging: challenges, lessons and new directions", Chapter 2; in: Settersten Richard (editor), *Invitation to the life course. Toward new understandings of later life*, USA, Society and Aging Series. Jon Hendricks; Series Editor. Baywood Publishing Company, pp. 54-56, 72.

Elder Glen H (1999), "The Life Course and Aging: Some Reflections". University of North Carolina at Chapel Hill, Prepared for Distinguished Scholar Lecture, Section on Aging American Sociological Association, August 10.

Elder Glen H (1998) "The Life Course and Aging: Some Accomplishments, Unfinished Tasks, and New Directions". http://www.unc.edu/~elder/presentations/Life_Course_and_Aging.html.
Elder Glen H Jr., King Valarie, y Conger Rand D (1996) "Intergenerational Continuity and Change in Rural Lives: Historical and Developmental Insights", *INTERNATIONAL JOURNAL OF BEHAVIORAL DEVELOPMENT*, vol. 19, núm. 2, pp. 433–455

Elias Norbert (1989) "Sobre el tiempo", España, Fondo de Cultura Económica, pp. 42.

Elipe Muñoz Ma Paz (2006) "Condicionantes afectivos de fragilidad en personas mayores", Departamento de psicología evolutiva y de la educación. Universidad de Granada, Granada, pp. 60.

Fericgla Joseph Maria (2002) "Envejecer, una antropología de la ancianidad" Barcelona España, Albor –Master en Gerontología social-, Herder, pp. 51-54, 65-76.

Fernández-Ballesteros R, Caprara M. G, y García L. F. (2005), "Vivir con Vitalidad-M®: A European multimedia programme", *Psychology in Spain*, vol. 9. núm. 1, pp. 1-12.

Fernández Ballesteros Rocío (2000) “Gerontología social. Una introducción, capítulo 1”; en: Rocío Fernández Ballesteros (directoria) .Gerontología social, Psicología, España, Pirámide, pp. 49.

Fernández-Ballesteros Rocío (1998), “Quality of life: The differential conditions”, Psychology in Spain, vol. 2, núm.1, pp. 57-65

Fernández-Ballesteros R (1998), “Vejez con éxito o vejez competente: un reto para todos”. Barcelona, Ponencias de las IV jornadas de la AMG: Envejecimiento y Prevención.

Fernández-Ballesteros Rocío (1997), “Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales”, Anuario de Psicología, Facultat de Psicologia. Universitat de Barcelona núm. 73, pp. 89-104.

Fernández Castrillo Beatriz (2007), “Interfase epistemológica entre Salud y Reproducción Social”, Salud-Problema, Segunda época, año 1, núm. 1, enero- junio; núm. 2, julio-diciembre, pp. 23-32.

Fleury Sonia (2010) “¿Qué protección social para cuál democracia?, Dilemas de la inclusión social en América Latina”. Medicina Social, volumen 5, número 1, marzo, pp. 41-60.

Fleury Sonia (2006) “Democracia, ciudadanía y políticas sociales”, Salud Colectiva, mayo-agosto, Buenos Aires, Argentina, vol. 2, núm. 002, pp. 109-112.

Fleury Sonia (2004b), “Ciudadanía, exclusión y democracia”, Nueva Sociedad núm. 193, septiembre-octubre, pp. 62-75.

Fleury Sonia (2004) “Construcción de ciudadanía en entornos de desigualdad”, Revista Instituciones y Desarrollo N° 16, págs. 133-170. Institut Internacional de Governabilitat de Catalunya, Comte d’Urgell, 240 3-B 08036 Barcelona, España. www.iigov.org

Fleury Sonia (2004a), “Democracia con exclusión y desigualdad. La difícil ecuación, en: “Informe sobre el Desarrollo Democrático en América Latina, PNUD, pp.6.

Fleury Sonia y Molina Carlos Gerardo (2002) “Modelos De Protección Social” Banco Interamericano de Desarrollo, Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES) “Diseño y gerencia de políticas y programas sociales”, pp. 7-9.

Fleury Sonia (1998), “Política social, exclusión y equidad en América Latina en los 90”, Nueva Sociedad, Julio-Agosto, núm. 156, pp. 13.

Ford Amasa B., Haug Marie R., Stange Kurt C., Gaines Atwood D, Noelker Linda S. and Jones Paul K. (2000), “Sustained Personal Autonomy: A Measure of Successful Aging”, J Aging Health, núm. 12; pp. 470 – 489.

García Brígida (2003) “Empoderamiento y autonomía de las mujeres en la investigación sociodemográfica”, *Estudio Demográficos y Urbanos*, vol. 18, núm. 2, mayo-agosto, pp. 221- 253.

García Peña Carmen (2009), “Envejecimiento poblacional: Implicaciones en salud”, en: Foro Nacional. “Las Políticas de Población en México. Debates y Propuestas para el Programa Nacional de Población 2008-2012”, México, Consejo Nacional de Población, 2009, pp. 65-7.

Gascón Silvia (2005) “Los movimientos sociales y la participación social de los mayores en el marco del plan internacional de acción sobre envejecimiento, Madrid 2002”, Reunión de gobiernos y expertos sobre envejecimiento en países de América del sur, seguimiento de la estrategia regional para la implementación del plan internacional sobre el envejecimiento, Madrid 2002, Buenos Aires, Argentina, 14-16 de noviembre CELADE-CEPAL, UNFPA, OPS, BID, OIT, Gobierno de la República Argentina, Ministerio de Desarrollo Social de la Nación Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, pp. 4-9.

Gascón Silvia, (), “Los adultos mayores y las nuevas formas de participación social”, capítulo I; en: Por un mundo mejor, El rol de la sociedad civil en la inclusión social y los Objetivos de Desarrollo del Milenio, Tomo II, ¿Cómo renovar la acción?, Experiencias de avanzada, pp. 29-72.

George L. (2003), “What life-course perspectives offer the study of aging and health”, Chapter 6, in: *Invitation to the life course. Toward new understandings of later life*. Edited Settersten R, New York. Society and Aging Series, Hendricks J.: Series Editor, Baywood Publishing Company, Amityville, pp. 162-4.

George L K (1993) “Sociological perspectives on life transitions” *Annu. Rev. Sociol*, núm. 19, pp. 353-73.

Ghiardo Felipe (2004) “Generaciones y juventud: una relectura desde Mannheim y Ortega y Gasset”, *ULTIMA DÉCADA*, núm. 20, CIDPA, Viña del Mar, junio, pp. 11-46.

Giele Janet Z y Elder Glen H., (1998) “Life Course Research”, *Development of a Field*”, Chapter I; in: Janet Z. Giele y Glen H. Elder (editors), *Methods of Life Course Research. Qualitative and Quantitative Approaches*, USA, Sage Publications, pp. 5 – 27.

Gil Calvo Enrique (2004) “La última Bastilla: de cómo luchar contra la discriminación de los Mayores”, I. SEMINARIO – TALLER: Las personas mayores en el umbral del siglo XXI. El empoderamiento y la participación social. Una llamada desde las personas mayores a la sociedad. Bilbao, 28, 29 y 30 de Abril de 2004, hartu-emanak, pp. 9-26.

Gil Calvo Enrique (2004), “El «poder gris». Consecuencias Culturales y políticas del envejecimiento de la población”, *ICE*, Mayo-Junio, núm. 815, p 219- 230.

Gómez Gómez Elsa (2002) “Equidad, género y salud: retos para la acción”, *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*, vol. 11, núm. 5/6, pp. 454- 461.

González de la Rocha Mercedes (2005), “Espirales de desventajas: pobreza, ciclo vital y aislamiento social”; en Panel: Nuevas realidades/nuevos enfoques: pobreza estructural y exclusión social en América Latina, Santiago, Chile, 18 - 21 Oct., X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, pp. 3-16.

González Molina Julio (2005) “Promoción de la salud y prevención en geriatría”, en: Programa de Actualización Continua para el Médico General, Geriatría, México, PAC MG-2 Tomo 7, pp. http://www.drscope.com/pac/mg-2/7/mg2t7_p27.htm

Gonzalo Elena y Pasarín M. Isabel (2004) “La salud de las personas mayores”. Parte I. La salud y el sistema sanitario desde la perspectiva de género y clase social, Gac Sanit Núm. , 18 (Supl 1), pp. 69-80.

Granda [Edmundo](#) (2004) [¿A qué llamamos salud colectiva, hoy?](#) Universidad Nacional de Loja. Organización Panamericana de la Salud, Rev Cubana Salud Pública, vol. 3, núm. 2, pp.

Guillemard Anne-Marie (2009) “Un curso vital más flexible. Nuevos riesgos y desafíos para la protección social”. Recerca, Revista de Pensament i Anàlisi, Núm. 9, pp. 13-39.

Gutiérrez Eugenio, Osorio Paulina, Ríos Patricio y Wilson Carol (2006) “Adulthood mayor, Contexto + Subtexto”. Antología de textos gerontológico, Hacia la construcción de una nueva agenda. Observatorio Social, envejecimiento – vejez. Hacia una sociedad para todas las edades, pp. 7.

Gutiérrez Robledo Luís Miguel (1999), “El proceso de envejecimiento humano: algunas implicaciones asistenciales y para la prevención”, Papeles de Población, enero-marzo, núm. 019, pp. 125-147.

Gutiérrez Robledo Luís Miguel (1994), “Concepción holística del envejecimiento”, en: Anzola PE, Galinsky D, Morales MF, Salas A, Sánchez AM, (editores), La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa. Publicación Científica N° 546. Washington OPS/OMS, pp. 34-41.

Guzmán José Miguel y Huenchuan, Sandra (2005) “Políticas hacia las familias con adultos mayores: el desafío del derecho al cuidado en la edad avanzada” reunión de expertos, “Políticas hacia las familias, protección e inclusión sociales”, CEPAL, 28 y 29 de junio, pp. 14.

Guzmán José Miguel, Huenchuan Sandra y Montes de Oca Verónica (2003) “redes de apoyo social de personas mayores: marco teórico conceptual” Ponencia presentada en el Simposio Viejos y Viejas. Participación, Ciudadanía e Inclusión Social, 51 Congreso Internacional de Americanistas Santiago de Chile, 14 al 18 de julio, pp. 1-20.

Guzmán José Miguel (2002) “Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe” Santiago de Chile, mayo, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población.

Guzmán José Miguel y Sosa Zulma (2002), “los adultos mayores en América Latina y el caribe datos e indicadores”, Boletín informativo Edición Especial con ocasión de la II Asamblea Mundial de Naciones Unidas sobre el Envejecimiento, Madrid 2002, marzo, Santiago de Chile, CELADE – CEPAL, pp.

Hagestad Gunhild O (2003) “Interdependent lives and relationships in changing times: a life –course view of families and aging”. Chapter 5; in: Settersten A Richard (editor). Invitation to the life course. Toward new understandings. New York, Batwood Publishing Company.

Hareven Tamara K (1994) “Aging and Generational Relations: a historical and life course perspective”, Annu. Rev. Sociol. Núm. 20, pp. 437-61.

Hareven Tamara K. y de Gruyere Aldine (sin fecha) “la generación de en medio: Comparación de cohortes de ayuda a padres de edad avanzada dentro de una comunidad estadounidense.

Heller Agnes (1998), “La revolución de la vida cotidiana”, Barcelona, 3ª edición, editorial Península, pp. 9.

Hernández Mario, Hernández Amparo, Perdomo Alejandro, Rodríguez Oscar, Torres Mauricio, Vega Manuel, Petrerá Margarita, Vallenás Sandra, Castro Arachu, Martínez María Esperanza, Vivas Sarai (2008) “La superación de la exclusión social en la región andina de América Latina: debates e implicaciones Informe integrado del Grupo Colombia-Nodo conjunto Regional para América Latina”, Mayo, Elaborado para la Red de Conocimiento sobre Exclusión Social (SEKN de la Organización Mundial de la Salud (OMS), pp. 135-6.

Higgs Paul and Gillear Chris (2006) “Departing the margins Social class and later life in a second modernity”, Journal of Sociology, vol. 42, núm. 3, pp. 219-241.

Huenchuan Sandra (Editora) (2009) “Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas”, CEPAL, Santiago de Chile, abril, pp. 45, 167.

Huenchuan Sandra y Guzmán José Miguel (2007), “Seguridad económica y pobreza en la vejez: tensiones, expresiones y desafíos para el diseño de políticas”, NOTAS DE POBLACIÓN, núm. 83, CEPAL, pp.

Huenchuan, Sandra y Alejandro Morlachetti (2007), “Derechos sociales y envejecimiento: modalidades y perspectivas de respeto y garantía en América Latina”, Notas de población, N° 85 (LC/G.2346-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Huenchuan, S. y Morlachetti A. (2006 b), “Análisis de los instrumentos internacionales y nacionales de derechos humanos de las personas mayores”, Notas de población, núm. 81 (LC/G.2300-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, pp. 41-72

Huenchuan Sandra (2006), “Políticas de vejez como mecanismo de promoción de los derechos de las personas mayores: algunos acercamientos teórico-conceptuales”, RBCEH - Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, Passo Fundo jul./dez, pp. 52-60.

Huenchuan Sandra y Guzmán José Miguel (2006), “Seguridad económica y pobreza en la vejez: tensiones, expresiones y desafíos para el diseño de políticas”, Reunión de Expertos sobre Población y Pobreza en América Latina y el Caribe, 14 y 15 de Noviembre 2006, Santiago, Chile. Organizado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CELADE-División de Población, con el auspicio del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), pp. 99-125.

Huenchuan Navarro Sandra y Sosa Portillo Zulma (2003) “Redes de apoyo y calidad de vida de personas mayores en Chile” NOTAS DE POBLACIÓN año XXIX, núm. 77, SANTIAGO DE CHILE, pp. 103-138

Huenchuan Navarro Sandra (2003), “Diferencias sociales en la vejez. Aproximaciones conceptuales y teóricas”, Perspectivas, Revista de trabajo social, Notas de intervención y acción social, Año octavo, núm. 12, pp. 19-20.

Huenchuan Navarro Sandra y Toledo Llancaqueo Víctor (1999), “Adultos mayores, diversidad y políticas públicas”, Informe final. Fondo para el Estudio de las Políticas Públicas. Magíster en Gestión y Políticas Públicas, Temuco, Chile, Otoño, Departamento de Ingeniería Industrial. Universidad de Chile, pp. 31.

Huenchuan Navarro Sandra (1998) "vejez, género y etnia grandes temas para el siglo XXI", Temuco, Primavera, pp. 15.

Huggins Castañeda Magally (2005), “Género, políticas públicas y promoción de la calidad de vida”, Caracas, Venezuela, Noviembre, Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales (Ildis), pp. 46-61.

Infante Claudia, Abreu Luis Felipe, Reyes Isabel y Dieter Gorenc Klaus (2000), “Paradigmas de la relación entre la calidad de vida y la salud”, en: Daltabuilt Magali, Mejía Juana y Álvarez Rosa Lilia, Cuernavaca, México, UNAM-CRIM-IIA-INI, pp. 149-178.

INEGI, (2005), Censo Nacional de Población y vivienda.

Johnson Jerry C y Smith Nancy H (2002) “Health and Social Issues Associated with Racial, Ethnic, and Cultural Disparities”, Generations, vol. XXXVI, núm. 3, pp.

Kawachi I, Subramanian SV y Almeida-Filho N (2002), “A glossary for health inequalities”, *J. Epidemiol. Community Health*, núm. 56; pp. 647-652.

Kehl Wiebel Susana y Fernández Fernández J. Manuel (2001) “La construcción social de la vejez”, *Cuadernos de Trabajo Social*, núm. 14; pp. 125- 161.

Kirkwood Thomas B.L. (2005) “Understanding the Odd Science of Aging”. *Cell*, Vol. 120, 437–447.

Klumb Petra L y Maier Heiner (2007), “Daily Activities and Survival at Older Ages”, *Journal of Aging and Health*, vol. 19, núm. 4, August, pp. 594-611. <http://jah.sagepub.com>
Koukoulis S, Vlachonikolis IG and Philalithis A (2002), “Socio-demographic factors and self-reported functional status: the significance of social support”, *BMC Health Services Research*, vol. 2, núm. 20, pp. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/2/20>.

Krekula Clary (2008), “The Intersection of Age and Gender. Reworking Gender Theory and Social Gerontology”, *Current Sociology*, March, vol. 55 núm. 2, pp. 155–171. Downloaded <http://csi.sagepub.com>

Krieger N and Smith G (2004) “Bodies Count, and Body Counts: Social Epidemiology and Embodying Inequality”, *Epidemiol Rev*, núm.26, pp. 92–103.

Krieger Nancy (2003) “Genders, sexes, and health: what are the connections—and why does it matter?” *International Journal of Epidemiology*, núm.32, pp. 652–657.

Krieger Nancy (2002) “Glosario de Epidemiología Social”, *Boletín Epidemiológico / OPS*, vol. 23, núm. 1, pp. 10.

Krieger N (2001) “A glossary for social epidemiology”, *J. Epidemiol. Community Health* núm. 55, pp. 693-700.

Lagro-Janssen Toine (2007) “Sex, Gender and Health Developments in Research”, *European Journal of Women’s Studies*, vol. 14, núm. 1, pp.9–20.

Láinez Romano María Teresa (2002), “Envejecimiento, Familia y Vivienda: Estrategias y Prácticas Residenciales de las Personas Mayores en Navarra”, *Memoria para optar al grado de Doctor*. Madrid, Departamento de Sociología II, Facultad de CC. Políticas y Sociología. Universidad Complutense de Madrid, pp. 61.

Larralde Corona Selvia (2005) “El impacto de la jubilación.Trabajadores del IMSS y sus familias en la Ciudad de México”, *Tesis de doctorado en antropología social*, México, DF, CIESAS, pp. 31-38.

Lawrence, Renee H & Jette, Alan M (1996), “Disentangling the disablement process”, *The Journals of Gerontology*; Jul; vol. 51B, núm. 4; Health Module, pp. S173- S182.

Leisering Lutz (2003), "Government and the Life Course", Chapter 10. in: Mortimer Jeylan T & Shanahan Michael J. (editor) handbook of the life course, Handbooks of Sociology and social research. USA, Springer, pp.

Levins R. y Lewontin R; Un moderno enfoque de la dialéctica de la naturaleza. Una reseña de The dialectical biologist http://www.nodo50.org/ciencia_popular/articulos/Lewontin.htm

Lewontin R. (1966) "Adaptation and natural selection" Book Reviews. Sciences, núm. 152, 15 april, pp. 338 – 339.

Lewontin R.C., Rose Steven y Kamin Leon () "No esta en los genes, Racismo, genética e ideología", México, Los noventa. Crítica, CNCA, pp.

Lin Li-Wen (2004) "Intergenerational Interdependence: Mid-Life Couples' Help Exchange in a Three-Generational Model" Family and Consumer Sciences Research Journal, March, vol. 32, núm. 3, pp. 275-290.

López-Arellano Oliva y Blanco Gil José (2008) "Caminos divergentes para la protección social en salud en México" SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, núm. 4 vol. 3, Septiembre – Diciembre, pp.:319-333.

López Arellano Oliva, Escudero José Carlos y Carmona Luz Dary (2008) "Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES", Medicina Social, vol. 3, núm. 4, noviembre, México, pp. 323-335.

López, Oliva y Blanco, José (2007) Políticas de salud en México. La reestructuración neoliberal, en: Jarillo E. y Ginsberg E. (Coord.) Temas y Desafíos en Salud Colectiva, (Argentina: Lugar Editorial), pp. 21-48.

López Arellano Oliva y Blanco Gil José (2006) "Salud y "nuevas" políticas sociales en México", en Peña F. y Alonzo L.A. (Coord.), Cambio social, Antropología y Salud, CONACULTA-INAH, México, pp. 15-26.

López Arellano Oliva y Blanco Gil José (2003), "Desigualdad social e inequidades en salud. Desarrollo de conceptos y comprensión de relaciones", Nueva época, Salud Problema, Año 8 num. 14-15, junio-diciembre, pp. 12-3.

López Doblas Juan (2004) "Personas mayores viviendo solas: la autonomía como valor en alza", España, IMSERSO, pp. 94.

MacMillan R & Eliason S (2004), "Characterizing the life course as role configurations and pathways, el latent structure approach", Chapter 24, in: Mortimer J & Shanahan M (editors), Handbook of the Life Course. Handbooks of sociology and social research. USA, Springer.

Maingon Thais y D'Elia Yolanda (2006), "La seguridad social y el modelo universal-equitativo", Capítulo 2, en: Maingon Thais (Coordinadora), Balance y perspectivas de la política social en Venezuela. Caracas, Venezuela, Mayo, Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales (Ildis), pp. 66-7.

Martínez Martín Félix León (2006), "Enfoque para el análisis y la investigación sobre Equidad / Inequidad en Salud, Revisión conceptual. Bogotá, Septiembre, pp. 8-9.

Martín García Antonio Victor (2000) "diez visiones sobre la vejez: del enfoque deficitario y de deterioro al enfoque positivo", Revista de educación, núm. 323 (2000), pp. 161-182.

Martínez Salgado Carolina y Gustavo Leal F (2003), "Epidemiological transition: Model or illusion? A look at the problem of health in Mexico", Social Science & Medicine, núm. 57, pp. 539-550.

McLeod J & Almazan E (2003) "Connections between childhood and adulthood", Chapter 18; in: Mortimer J. and Shanahan M (editors), Handbook of the Life Course. Handbooks of Sociology and Social Research. USA, Springer, pp. 391.

McMullin Julie (2004) "Understanding social Inequality. Intersections of Class, Age, Gender, Ethnicity, and Race in Canada", Canada, Oxford, University Press, pp. 100 -127.

McMullin Julie Ann (2000), "Diversity an the State of Sociological Aging Theory", The Gerontologist, núm. 40, pp. 517-530.

Mendoza Núñez Víctor Manuel (2003), "Aspectos psicosociales de las enfermedades crónicas en la vejez, en el contexto de pobreza", en: Salgado de Snyder V. Nelly & Wong Rebeca, (editoras), Envejeciendo en la pobreza, género, salud y calidad de vida, México, Instituto Nacional de Salud Pública, pp. 57-80.

Minayo, M. C. S. Minayo Maria Cecília de Souza, Hartz Zulmira Maria de Araujo y Marchiori Buss Paulo (2000), "Qualidade de vida e saúde: um debate necesario", Ciência & Saúde Coletiva, vol. 5 núm. 1, pp. 7-18.

Miner-Rubino Kathi, Winter David G y Stewart Abigail J (2004) "Gender, Social Class, and the Subjective Experience of Aging: Self-Perceived Personality Change From Early Adulthood to Late Midlife", Pers Soc Psychol Bull, vol. 30, núm. 12, pp. 1599-1610.

Montagner Miguel Ângelo (2006) "Pierre Bourdieu, o corpo e a saúde: algumas possibilidades teóricas" Ciência & Saúde Coletiva, vol. 11 núm. 2, pp. 515-526.

Montenegro Raul A y Stephens Carolyn (2006) "Indigenous health in Latin America and the Caribbean. Indigenous Health 2", Lancet, vol. 367, pp. 1859-69.

Montes de Oca Verónica (2009), "Los entornos sociales del envejecimiento"; en: Foro Nacional. "Las Políticas de Población en México. Debates y Propuestas para el Programa Nacional de Población 2008-2012", México, Consejo Nacional de Población, pp. 61.

Montes de Oca Verónica y Hebrero Mirna (2006), “Envejecimiento Rural en México: deuda social y reto de un sistema de Protección Social”, Academia Nacional de Medicina de México, Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina, España y Portugal (ALANAM), México, Octubre, pp. 46-9.

Montes de Oca Verónica y Hebrero Mirna “México y Estado de Guanajuato: transferencias intergeneracionales hacia los adultos mayores” pp. 155- 193.

Montes de Oca Verónica (2003), “El envejecimiento en el debate mundial: reflexión académica y política”, Papeles de Población, núm. 35, enero-marzo, pp. 79-104.

Montes de Oca Verónica (2002) “Participación, organización y significado de las redes de apoyo comunitario entre hombres y mujeres adultos mayores: la experiencia de la colonia Aragón, en la Delegación Gustavo A Madero, CD de México”, Reunión de Expertos en redes de apoyo social a personas adultas mayores. El rol del Estado, la familia y la comunidad, Santiago de Chile, diciembre, CEPAL, CELADE, pp. 4-10

Muchnik Eva (2006), “envejecer en el Siglo XXI, Historia y perspectivas de la vejez”, Argentina, Lugar editorial, pp. 49-53.

Muntaner Carles, Borrell Carme, Benach Joan, Pasarín M Isabel and Fernandez Esteve (2003), “The associations of social class and social stratification with patterns of general and mental health in a Spanish population”, *International Journal of Epidemiology*, vol. 32, núm. 6, pp. 950–958.

Nari Patricia y Bifarello Mónica (1999) “Políticas locales para la construcción de ciudadanía”, IV Congreso Nacional de Ciencia Política- Sociedad Argentina de Análisis Político- 17 al 20 de noviembre, pp. 7-8.

Olive León (2004) “Interculturalismo y justicia social. Autonomía e identidad cultural en la era de la globalización”, México, UNAM, pp. 95-99.

Organización Mundial de la Salud (2002), “Envejecimiento activo: un marco político”, *Rev Esp Geriatr Gerontol*, vol. 37, núm. S2, pp.74-105.

Ortega Canto Judith (2006) “Géneros y generaciones: conducta reproductiva de los mayas de Yucatán, México”, *Salud Colectiva*, enero – abril, Buenos Aires, Argentina, vol. 2, núm. 1, pp. 75 – 89.

Ortiz Pedraza José Francisco (1995) “Envejecimiento ¿programa genético o desgaste?”, México, colección científica, INAH, pp. 100.

Pacheco Edith y Blanco Mercedes (2005) “Análisis del efecto edad-periodo-cohorte en el nivel de participación económica de tres cohortes de mujeres mexicanas”, *Papeles de Población*, enero- marzo, Toluca, UAEM, núm. 43, pp. 79-103.

Palloni Alberto, Pinto-Aguirre Guido y Pelaez Martha (2002), "Demographic and Health conditions of ageing in Latin America and the Caribbean", *International Journal of Epidemiology*, núm. 31, pp. 762 – 771.

Paredes Mariana (2008) "Relaciones intergeneracionales en la vejez en Uruguay: un estudio cualitativo", Córdoba –Argentina, 24 al 26 de Septiembre, III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, ALAP, pp.2-24.

Pérez Ortiz Lourdes (1996) "La posición económica de los ancianos Españoles", *REIS*, núm. 73, pp. 149-76.

Peláez, Martha; Palloni, A. y Ferrer, M. (2000), *Perspectivas para un envejecimiento saludable en América Latina y El Caribe, Seminarios y Conferencias*. Santiago, pp. 174.

Peña Saint-Martín Florencia (1997), "Entorno social y desarrollo humano"; en: *significación sociocultural de la variación morfológica*, Aréchiga J y Bertrán B (coordinadores y compiladores), Seminario permanente de antropología urbana, México, IIA-UNAM, pp. 55- 60.

Perona Nélide B y Rocchi Graciela I (2001) "Vulnerabilidad y Exclusión social. Una propuesta metodológica para el estudio de las condiciones de vida de los hogares" *Cairos* nº 8 *Kairos* <http://www.fices.unsl.edu.ar/recorte2001-julio/index.html>

Pichón – Riviere Enrique y Pampliega de Quiroga Ana (1985), "Psicología de la vida cotidiana", Buenos Aires, Argentina, Ediciones Nueva Visión, pp. 12-5.

Putney N. & Bengtson V (2004), "Intergenerational relations in changing times", Chapter 7, in: Mortimer J. & Shanahan M, (editors). *Handbook of the Life Course. Handbooks of sociology and social research*. USA, Springer 2004; 151.

Ramírez F Isabel Margarita (2003), "Dependencia versus autonomía en la vejez", *Perspectivas, notas sobre intervención y acción social, Revista de trabajo social. Especial adulto mayor*, año 8º, núm. 12, pp. 43.

Rattan I. S. Suresh, (2004) "Hormetic Mechanisms of Anti-Aging and Rejuvenating Effects of Repeated Mild Heat Stress on Human Fibroblasts in Vitro. *Rejuvenation Research*, vol. 7, núm. 1, pp. 40-48.

Regidor Enrique (2001) "La clasificación de clase social de Goldthorpe: Marco de referencia para la propuesta de medición de la clase social del grupo de trabajo de la sociedad española de epidemiología", *Rev Esp Salud Pública*, vol. 75, núm. 1, pp. 13-22.

Resnik Linda y Allen Susan (2006) "Racial and Ethnic, differences in use of assistive devices for mobility, effect modification by age", *JOURNAL OF AGING AND HEALTH*, February, vol. 18, núm.1, pp. 106-124.

Reyes Gómez Laureano (2002) “Envejecer en Chiapas, etnogerontología zoque”, México, Instituto de Investigaciones Indígenas UNACH, Programa de Investigaciones Multidisciplinarias sobre Mesoamérica y el Sureste UNAM, pp. 239-40.

Ríos Segovia Patricio (2008) “El habitus de la edad”, *ULTIMA DÉCADA*, núm. 28, CIDPA Valparaíso, Julio, pp. 11-34.

Rivera Dalia, Vidal Silvia y Bazó Manuel (2002), “enfoque de etnias”, en: De Negri Filho Armando, D’Elia Yolanda, Huggins Castañeda Magally, Vega Mauricio: El desarrollo de un pensamiento estratégico en las políticas por la calidad de vida y la salud, Caracas, pp.

Robles Silva Leticia (2006), “La vejez: nuevos actores, relaciones sociales y demandas políticas”, *Relaciones*, Vol. 27, núm. 105, pp. 141-175.

Rodríguez Ajenjo Carlos (1999), “El papel de las instituciones públicas en la atención de la tercera edad”, en: El envejecimiento demográfico de México: retos y perspectivas, México, Consejo Nacional de Población, pp.

Ross-Gordon Jovita M. (1999) “Gender Development and Gendered Adult Development”, *NEW DIRECTIONS FOR ADULT AND CONTINUING EDUCATION*, núm. 84, Winter, pp. 29-37.

Rowe John W and Kahn Robert L (1997) “Successful Aging”, *The Gerontologist*, vol. 37, núm. 4, pp. 433-440.

Ruiz-Pantoja TE, Ham-Chande R (2007) “Factores sociales y salud infantil asociados con la vejez”, *Salud Publica Mex*, núm. 49 supl 4, México, pp. S495-S504.

Sabido Ramos Olga (2007), “El cuerpo y sus trazos sociales. Una perspectiva desde la sociología”, en: Zabudovsky Kuper Gina (coordinadora), *Sociología y cambio conceptual*, México, UAM-AZC, FCPS-UNAM, S XXI, pp.213

Sáez Carreras Juan, Pinazo Sacramento, Sánchez Mariano (2008), “La construcción de los conceptos y su uso en las políticas sociales orientadas a la vejez: la noción de exclusión y vulnerabilidad en el marco del envejecimiento”, *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración*, núm. 75, pp. 75-94.

Salas Valenzuela Monserrat y Torre Medina Mora María del Pilar (2006) “El concepto género en documentos gubernamentales sobre salud y nutrición en México”, *Salud Colectiva*, enero – abril, Buenos Aires Argentina, vol. 2, núm. 1, pp. 35-45.

Salgado-de Snyder V. Nelly, Wong Rebeca (2007), “Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez”, *Salud Pública de México*, vol. 49, suplemento 4, pp. s515-21.

Samaja Juan (2004) “Epistemología de la salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina”, Argentina, Lugar editorial, pp. 61-2.

Sánchez Mejorada Ma Cristina y Torres Mora Ma Teresa (1992) “Ya ves chaparrita, las mujeres no la hacen; Participación de la mujer en la organización vecinal de una colonia popular”; en: Massolo Alejandra. Mujeres y Ciudades. Participación social, vivienda y vida cotidiana, México, El Colegio de México, pp. 124.

Sánchez Salgado Carmen Delia (2000) “Gerontología Social”, Buenos Aires, Editorial Espacio, pp. 81.

Sánchez Vera Pedro (1992) “Bases y fundamentos para una aproximación sociológica a la vejez”, Papers, núm. 40, pp. 99-120.

Santos Boaventura de Sousa (2006), “Globalizations”, Theory Culture Society núm. 23, Universidade de Coimbra, pp. 393. <http://tcs.sagepub.com/cgi/content/abstract/23/2-3/393>.

Saraví Gonzalo A (2005), “Nuevas dimensiones de la pobreza en América Latina: acumulación de desventajas y biografías de exclusión”, en: X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Santiago, Chile, 18 - 21 Oct. pp. 7.

Schalock R y Verdugo M (2002), “calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios”, España, Editorial Alianza, pp. 100

Schkolnik Susana y Huenchuan Sandra (2007), “Estudio sobre la protección social de la tercera edad en Ecuador en el marco del convenio entre la Secretaría Técnica del Ministerio de coordinación de Desarrollo Social de Ecuador y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL); CELADE-División de Población CEPAL”, Quito Ecuador, pp. 22, 70.

Secretaría de Salud (2001), “Programa de Acción: Atención al Envejecimiento”, México, pp. 13.

Selva Suárez Lisett y Ochoa Alonso Alcides (2002), “Concepciones de salud y estrategias de intervención. Carácter histórico”, Correo Científico Médico de Holguín, vol. 6, núm. 1, pp.

Settersten Richard (2003) “Propositions and controversies in life-course scholarship”, Chapter 1, in: Settersten Richard (editor), Invitation to the life course. Toward new understandings of later life, USA, Society and Aging Series. Jon Hendricks; Series Editor. Baywood Publishing Company, pp. 24-37.

Settersten Richard A. (2003), “Rethinking social policy: lessons of a life course perspective”, Chapter 7; en: Settersten A Richard (editor), Invitation to the life course. Toward new understandings, New York, Batwood Publishing Company, pp.

Shapiro Ian (2007) “Los Fundamentos Morales de la Política” (traducción: Irving Roffe), México, El Colegio de México, Centro de Estudios Internacionales, pp. 104-45.

Sokolovsky Jay (1985) "Ethnicity, Culture and Aging: Do Differences Really Make a Difference", *Journal of Applied Gerontology*, vol.4, núm. 6, pp. 7-8.

Solís Patricio (1999), "El ingreso a la cuarta edad en México: una aproximación a su intensidad, calendario e implicaciones en el apoyo familiar y social a los ancianos", *Papeles de Población*, núm. 19, pp. 43-63.

Southerton Dale (2006) "Analysing the Temporal Organization of Daily Life: Social Constraints, Practices and their Allocation" *Sociology* vol. 40, núm. 3, June, pp. 435–454.

Spinelli Hugo (2008) "Condiciones de salud y desigualdades sociales: historias de iguales, desiguales y distintos" pp. 20.

Stephens Carolyn, Porter John, Nettleton Clive, Willis Ruth (2006) "Disappearing, displaced, and undervalued: a call to action for Indigenous health worldwide, Indigenous Health 4", *Lancet*, vol. 367, pp. 2019–28.

Testa Mario (2002), "El sujeto en la era de la globalización. Señas de identidad (miradas al espejo)", Ponencia presentada en las 1as Jornadas Críticas sobre Globalización. Noviembre, Las Palmas de Gran Canaria, Asociación Canaria de Estudios de la Globalización - A.C.E.G.-, pp. 22.3.

Titma M. & Tuma, N (2005) "Human Agency in the transition from communism: perspectives on the life course and aging", chapter 3, in: Warner K. & Elder Glen (editors), *Historical influences on lives & Aging.*, USA, Springer Publishing company. Societal impact on aging series, pp.

Torres-Parodi Cristina y Bolis Mónica (2007) "Evolución del concepto etnia/raza y su impacto en la formulación de políticas para la equidad" *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*, vol. 22, núm. 6, pp. 405-416.

Torres Cristina (2001), "La equidad en materia de salud vista con enfoque étnico", *Rev Panam Salud Publica / Pan Am J Public Health*, vol 10, núm. 3, pp. 188-201.

Torres Sandra (1999) "A culturally-relevant theoretical framework for the study of successful ageing", *Ageing and Society*, vol.19, pp, 33-51.

Treviño-Siller S, Pelcastre-Villafuerte B, Márquez-Serrano M. (2006), "Experiencias de envejecimiento en el México rural", *Salud Publica Mex*, núm. 48, pp. 30-38.

TRIADÓ TUR, M^a Carmen (2003). "Envejecer en entornos rurales". Madrid, IMSERSO, *Estudios I+D+I*, núm. 19, pp. [Fecha de publicación: 13/06/2005]. <<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/imserso-estudiosidi-19.pdf>>

Tung Ho-Jui y Mutran Elizabeth J (2005) "Ethnicity and Health Disparities Among the Elderly in Taiwán", *RESEARCH ON AGING*, vol. 27 núm. 3, May, pp. 327-354.

Tuirán Rodolfo (2002) "Transición demográfica, trayectorias de vida y desigualdad social en México: lecciones y opciones", Papeles de Población, núm. 31, Toluca, México, pp. 25-66.

Turner Bryan S (2006) "Body", Theory Culture Society, núm. 23, pp. 223-229.

Turner Bryan (1989) "El cuerpo y la sociedad. Exploraciones en teoría social", México, Sociología, FCE, pp. 279.

Unidad de Investigación Gerontológico (2007), FES-Zaragoza, UNAM.

Vaupel James W. (2010) "Biodemography of human ageing", NATURE, vol. 464, núm. 25 March, pp. 536-42.

Veras Renato Peixoto y Caldas Célia Pereira (2004), "Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade, Ciência & Saúde Coletiva, vol. 9 núm. 2, pp. 423-432.

Villar Feliciano, Triadó Carme, Solé Carme y Osuna M.^a José (2006), "Patrones de actividad cotidiana en personas mayores: ¿es lo que dicen hacer lo que desearían hacer?", Psicothema, Vol. 18, núm. 1, pp. 149-155. www.psycothema.com

Villegas del Carpio Oscar, Castillo Martínez Alcira, Montero Chacón Douglas, Holthuis Kristin, Álvarez Mora Alejandro, Freer Vargas Julia, Vásquez Lizano Fernando (2003), "Bases para la Atención Médica Integral en el Primer Nivel de Atención", Costa Rica, CENDEISS, Universidad de Costa Rica, Sistema de Estudios de Posgrado (SEP), Facultad de Medicina, Escuela de Salud Pública, pp.

Vinliesa Angulo Julio y Moreno Jiménez Antonio (2000), "Sociodemografía", capítulo 2; en: Rocío Fernández Ballesteros (directora), Gerontología social, España, Psicología Pirámide, pp. 63.

Walti Carlos (1998) "Las políticas de ajuste estructural y las políticas de población", Papeles de población, UAEM, Julio septiembre, núm. 17, Toluca México, p 23-29.

Wilson G. (1993) "Money and independence in old age", chapter 3; in: Arber S. & Evandrou M.; Ageing, independence and the life course. Great Britain Published with the British Society of Gerontology. Jessica Kingsley Publishers. Pp. 49-53.

Wray Sharon (2003) "Women Growing Older: Agency, Ethnicity and Culture", Sociology, vol. 37, núm. 3, pp. 511-527.

Yodanis Carrie L. (2002) "Producing social class representations women's work in a rural town", GENDER & SOCIETY, vol. 16, núm. 3, June, pp. 323-344.

Zetina Lozano María Guadalupe (1999) "Conceptualización del proceso de envejecimiento", Papeles de Población, Toluca México, UAEM, enero-marzo, núm. 019, pp. 23-41.

Zsembik Barbara A, Peek M. Kristen and Peek, Chuck W (2000) “Race and Ethnic Variation in the Disablement Process”, JOURNAL OF AGING AND HEALTH, vol. 12, núm 2, May, pp. 229-249.

Zubiría Mutis Blas (2009) “Democracia y ciudadanía en América Latina: Dos procesos, dos conceptos claves en permanente construcción”, Julio – Diciembre, Clío América, año 3, núm. 6, pp. 139 – 151.

Zúñiga Herrera Elena y García Enrique Juan (2008). “El envejecimiento demográfico en México. Principales tendencias y características”, Revista Horizontes núm. 13, julio, Consejo de Población del Estado de México, pp. 96.

Zúñiga Elena y Vega Daniel (2004), “Envejecimiento de la Población de México. Reto del siglo XXI”, México, Consejo Nacional de Población, pp.35-40.