



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO

FACULTAD DE DERECHO

MAESTRÍA EN ÉTICA APLICADA Y BIOÉTICA

La perspectiva de género como herramienta para analizar los procesos del envejecimiento desde la Bioética.

TESIS

QUE COMO PARTE DE LOS REQUISITOS PARA OBTENER GRADO DE

MAESTRÍA EN ÉTICA APLICADA Y BIOÉTICA

PRESENTA

Virginia Acosta Rosales

DIRIGIDO POR

Directora de tesis: Dra. Ilithya Guevara Hernández.

Co director de tesis: Mtro. Eduardo Farías Trujillo

CENTRO UNIVERSITARIO

QUERÉTARO, QRO.

Diciembre2022



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Derecho
Maestría en Ética Aplicada y Bioética

La perspectiva de género como herramienta para analizar los procesos del envejecimiento desde la Bioética.

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de Maestro/a en Ética aplicada y Bioética

Presenta:

Virginia Acosta Rosales

Dirigido por:

Dra. Ilithya Guevara Hernández.

Dra. Ilithya Guevara Hernández.

Presidente

Mtro. Eduardo Farías Trujillo.

Secretario

Dr. Robert T. Hall.

Vocal

Dra. Hilda Romero Zepeda.

Suplente

Dr. Bernardo García Camino

Suplente

Dr. Edgar Pérez González

Nombre y Firma

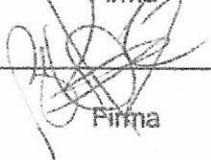
Director de la Facultad


Firma


Firma


Firma


Firma


Firma

Ma. Guadalupe Flavia Loarca Piña
Nombre y firma
Director de Investigación y Posgrado

Centro Universitario
Querétaro, Qro.
Diciembre 2022

Resumen

El envejecimiento es un proceso que inicia al nacer y está relacionado con una serie de factores que determinan las condiciones en que se atraviesa la etapa de la vejez. En ese sentido, las oportunidades que tengan las personas a lo largo de su vida,, cobran especial relevancia para vivir un envejecimiento saludable. Por ello, uno de los ejes esenciales de esta tesis es proponer un abordaje del envejecimiento desde la perspectiva de género, que permita comprender los determinantes biopsicosociales de la salud, las necesidades diferenciadas entre mujeres y varones y que al mismo tiempo favorezca el acceso a oportunidades. Propiciar un espacio de reflexión, que vincule e integre todos estos factores y que enfatice la necesidad de generar mejores condiciones de vida, que garanticen los derechos fundamentales como la salud y que favorezca al bienestar de las personas; proponer un análisis para recuperar perspectivas y experiencias de mujeres adultas mayores en relación con las condiciones en las que llegan y transitan la vejez. Metodológicamente el estudio se ubica en el paradigma cualitativo, mediante un estudio de caso lo que permitió una mejor visión sobre las categorías teóricas que fueron analizadas a través de técnicas cuantitativas como el cuestionario y cualitativas (entrevista) para obtener información de las diferentes etapas de vida, tomando en cuenta aspectos de género relacionados con la estructura familiar, salud, aspectos educativos, económicos y de desarrollo. Para el análisis de toda la información recolectada se elaboraron ejes temáticos identificándolos en las historias de vida. La experiencia con el acercamiento hacia el tema de la vejez da cuenta de la existencia de dimensiones inexploradas, además de la urgencia por atender a este sector de la población, cuyas condiciones más que austeras, en ocasiones sumamente vulnerables y son más graves en el género femenino. Por lo tanto, el abordaje del envejecimiento desde una perspectiva bioética y de género responde a un enfoque de responsabilidad social que contribuye a la justicia y la equidad por eso fue ideal para valorarlo desde la visión de las mujeres ya que representan las caras del envejecimiento en nuestro país: la feminización y la pobreza.

Palabras clave: Bioética, Envejecimiento y Género

Summary

The aging process is related to a series of factors that determine how the aging process will develop. In this sense, one of the essential axes of this thesis is to propose an approach to aging from a gender perspective, which allows us to understand the biopsychosocial determinants of health and favors access to opportunities under a space for reflection and analysis to recover perspectives and Experiences of older adult women in relation to the conditions in which they arrive and transit old age. Methodologically, the study locates the mixed paradigm guided by the dialectical approach of Peter Berger and Thomas Luckman (2003), while the understanding of the "social world" is structured according to the postulates of Szasz and Lerner (1999), assuming the knowledge of the researcher's context, which allowed a better vision of the theoretical categories that were analyzed through quantitative techniques such as the questionnaire and qualitative techniques (interview guide) to obtain information on the different stages of life (childhood, adolescence, youth - adulthood and old age), taking into account gender aspects related to family structure, health, educational, economic and development aspects. For the analysis of all the information collected, thematic axes were elaborated, identifying them in the life stories. The experience with the approach to the subject of old age shows the existence of unexplored dimensions, in addition to the urgency to serve this sector of the population, whose conditions are more than austere, sometimes extremely vulnerable and are more serious in the gender feminine. In conclusion, the approach to aging from a bioethical and gender perspective responds to a social responsibility approach that contributes to justice and equity, which is why it was ideal to assess it from the perspective of the affected women.

Key words: Bioethics, aging and gender.

Dedicatoria

Este trabajo está dedicado a mi madre quien apenas comenzaba su etapa de vejez y a pesar de que las condiciones de salud en las que llegó no fueron óptimas, hizo gala de su resiliencia. Gracias, madre, porque con tu gran ejemplo y amor, me formaste y hay una parte de ti en mí, que honro cada día de mi vida.

A las mujeres que, con sus historias de vida, la hicieron posible este trabajo a pesar de las condiciones en las que nos encontrábamos, agradezco mucho su confianza.

Agradecimientos

En primer lugar, quiero agradecer a la Universidad Autónoma de Querétaro y especialmente a la Facultad de Derecho, por darme la oportunidad de formar parte de su honorable Institución, de igual forma al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, gracias a su financiamiento logré dedicarme de tiempo completo a la realización de la presente investigación.

Quiero expresar mi reconocimiento y gratitud a la Dra. Ilithya Guevara Hernández, por acompañarme a lo largo de este proceso, gracias al tiempo, dedicación, paciencia y a esas largas charlas de reflexión que construyeron este trabajo, gracias también por ayudarme a mantener la esencia de lo que deseaba plasmar. Gracias al Maestro Eduardo Farías Trujillo por guiarme para realizar las bases de esta investigación, por su primera lectura, lo admiro y respeto.

Gracias a las y los Doctores miembros del sínodo, ya que, con sus aportaciones, enriquecieron esta propuesta.

Gracias Itzel y Giovanni, por tanto, su presencia en mi vida, por estar conmigo en este proceso lleno de retos y algunas crisis, gracias por sus palabras de aliento y porque hicieron que este camino fuera más sencillo, muchas gracias por todo su amor.

Gracias a mi familia por creer en mí y por alentarme a conseguir mis sueños.

Gracias a mí, porque a pesar de que el camino en ocasiones fue muy complicado, hoy logro cumplir una meta más en vida y necesité utilizar los mejores recursos personales para lograrlo.

Contenido

Centro Universitario

Resumen

Summary

Dedicatoria

Agradecimientos

Introducción

8

CAPITULO PRIMERO

11

1. Planteamiento del problema

11

1.2 Objetivos

14

1.2.2 Objetivo General:

14

1.2.3 Objetivos específicos:

14

1.2.4 Preguntas de investigación.

14

1.2.5 Hipótesis

14

1.3 Metodología

15

1.3.1 Población Objetivo:

15

1.3.2 Enfoque metodológico

15

1.3.4 Técnicas e instrumentos

17

1.3.5 Aspectos éticos:

19

CAPÍTULO SEGUNDO

20

Marco Teórico

20

2.1 Antecedentes

20

2.2 - Argumentación Jurídica

22

2.3 Argumentación Moral

28

2.4 Bioética

33

2.5 Género

35

2.5.1 La Socialización como Proceso de Aprender a Ser.

37

2.5.2 Perspectiva de género

38

2.6 Envejecimiento Saludable

40

2.7. Envejecimiento, vejez y sus representaciones sociales

42

2.8. Salud

47

2.7.1 Salud y envejecimiento

50

2.8 El papel del género: las desigualdades en la salud y su impacto en el envejecimiento.

52

CAPÍTULO TERCERO	55
3.1 Envejecimiento femenino: entre la desigualdad y la pobreza	55
3.1.1 El Envejecimiento en México: aspectos sociodemográficos.	56
3.1.2 Respecto a la colonia presidentes del municipio de Querétaro.	60
3.2. El envejecimiento como proceso y experiencia de vida	61
3.2.1Caracterización de las mujeres	61
3.3 El género como determinante social de las características del envejecimiento	62
3.4 Los roles de género en las diferentes etapas de vida	66
3.5 La pobreza: El rostro del envejecimiento femenino.	71
3.6 Salud en la vejez	77
CAPITULO CUARTO	82
<i>A manera de conclusión</i>	82
4.1 -Hacia un envejecimiento bioético y con perspectiva de género	82
<i>Bibliografía</i>	91
<i>ANEXO1:</i>	95
<i>Cuestionario</i>	95
<i>Anexo2</i>	97

Introducción

El envejecimiento poblacional a nivel mundial cobra importancia en los últimos años, ya que la población adulta mayor de 60 años y más se ha incrementado considerablemente. Este fenómeno comenzó a observarse, principalmente, en países desarrollados, sin embargo, en países como México también se identifica este fenómeno, en donde las caras son la feminización y la pobreza.

Proponer un abordaje del envejecimiento, como un proceso que abarca desde el nacimiento y culmina con la muerte, nos permite reflexionar sobre las condiciones en las que nacen, crecen y se desarrollan las personas y por supuesto el impacto que tienen estas condiciones al llegar a la vejez. Que este abordaje sea con perspectiva de género, que permita comprender las diferencias entre mujeres y varones en este proceso de vida, identificar las necesidades para incidir en los determinantes biopsicosociales de la salud y que estos favorezcan el acceso a oportunidades.

Que el envejecimiento sea abordado como un proceso analizado desde la perspectiva de género, otorga la posibilidad de nuevos razonamientos morales en la estructura social, que a su vez mejoren las condiciones de vida de las personas, que tengan acceso a los derechos fundamentales y por lo tanto lleguen a una vejez digna y saludable que les da la posibilidad de un envejecimiento bioético.

Es por ello que el estudio que a continuación se presenta se puede ubicar como “la voz” de aquellas mujeres que hoy se encuentran en la vejez con las consecuencias de las condiciones en las que nacieron y crecieron y que hoy serán consideradas como un espejo que refleja la situación de mujeres que envejecieron bajo los mandatos tradicionales de género, evidenciando la desigualdad, falta de oportunidades y acceso a servicios, en algunos casos sobrevivientes de la violencia

familiar y todas sobrevivientes de la violencia estructural que vivieron desde el inicio de sus vidas por su condición de género.

Este trabajo está dividido en tres capítulos, el capítulo primero da cuenta de la importancia de realizar una investigación sobre envejecimiento, desde la perspectiva de género y la bioética como variables inseparables y necesarias para entender este fenómeno social, así como la metodología utilizada.

En el segundo capítulo, se presenta el marco teórico, en donde describimos de manera reflexiva los principales conceptos que sustentan esta investigación: envejecimiento, género, salud, perspectiva de género y bioética.

En el capítulo tercero se presentan los resultados, el estudio se llevó a cabo en la colonia presidentes de la ciudad de Querétaro, en la que se entrevistaron a 5 mujeres adultas mayores.

En un primer momento, se caracterizan a las mujeres que participaron con sus historias de vida para posteriormente realizar un análisis con los conceptos planteados en el marco teórico. Reflejando las condiciones en que nacieron, crecieron y llegaron a la etapa de vejez y el impacto de los determinantes sociales.

A través de estas historias se realiza un análisis de género en sus etapas de vida y cómo estas reflejan las condiciones en la que llegaron a la vejez.

Generar estrategias para un envejecimiento saludable, es necesario dar cuenta de dimensiones inexploradas en términos de investigación y de la urgencia de atender a este sector poblacional que hoy por sus características, es catalogado como un grupo vulnerable, que sus condiciones se agravan al tratarse de un fenómeno cuya cara es mayormente femenina y su expresión mayor es la pobreza, padeciendo desigualdad y discriminación.

Finalmente, si las acciones con relación al envejecimiento, están dirigidas a que éste sea digno y saludable, bioéticamente debe compartir estos objetivos y entender que las prácticas opresivas dentro y fuera de las instituciones edifican barreras fundadas en el género; la perspectiva de género por lo tanto, planteará las bases que intenten cambiar la organización social y por lo tanto que nos permita pensar en la salud y el cuidado de la misma, desde una postura dinámica, activa e informada, autónoma y digna.

CAPITULO PRIMERO

1. Planteamiento del problema

El envejecimiento poblacional a nivel mundial cobra importancia en los últimos años, ya que la población adulta mayor de 60 años y más se ha incrementado considerablemente. Este fenómeno comenzó a observarse, principalmente, en países desarrollados, sin embargo, en países como México también se identifica este fenómeno.

El envejecimiento poblacional es multifacético, porque relaciona factores como la disminución de la mortalidad y el incremento de la esperanza de vida o bien el uso de la biotecnología para el tratamiento de las enfermedades.

El promedio de vida, en México, es de “75 años: 78 años para mujeres y 73 años para los hombres” (INAPAM, 2019). La disminución del número de nacimientos y los constantes desarrollos científicos, tecnológicos, educativos y sociales, contribuyen a que las personas vivan más.

México es considerado ya un país viejo, pues en los últimos 50 años “ha alcanzado un alto porcentaje de personas envejecidas y a finales de 2019 sumaron, 13 millones 900 mil personas mayores de 60 años” (INAPAM, 2019).

Existen dos características del envejecimiento a nivel mundial y que en nuestro país adquieren especial atención: la feminización y precarización, ya que “actualmente 6 de cada 10 personas mayores son mujeres” (INAPAM, 2019), cuyo grupo poblacional vive con grandes desventajas sociales.

Sin embargo, un hecho sin precedentes pone en primera fila a la población adulta mayor y evidencia la desigualdad social entre edades, género y posición socioeconómica entre otras: es el brote de COVID 19 (enfermedad infecciosa causada por el virus SARS-Cov 2), que la Organización Mundial de la Salud (OMS 2020) el 11 de marzo del 2020, declaró pandemia mundial debido a los alarmantes

niveles de propagación y gravedad de los síntomas, después de haberse detectado el primer caso en China, el 31 de diciembre de 2019. En esta pandemia, la OMS también reconoció que las personas mayores y las que padecen afecciones médicas previas como hipertensión arterial, problemas cardiacos o pulmonares, diabetes o cáncer tienen más probabilidades de presentar cuadros graves.

Por lo tanto, esta crisis llena de bifurcaciones puede ser la coyuntura para reflexionar sobre las condiciones en que se transita el envejecimiento y sus constructos sociales, reconfigurar el valor de la experiencia de las personas mayores y construir experiencias basadas en el derecho a la vida, a la salud y a la igualdad.

La Comisión Nacional de Bioética (CONBIOETICA, 2019) define a esta como:

[...] la rama de la ética aplicada que reflexiona delibera y hace planteamientos normativos y de políticas públicas para regular y resolver conflictos en la vida social, especialmente en las ciencias de la vida, así como en la práctica y en la investigación médica que afectan la vida en el planeta, tanto en la actualidad como en futuras generaciones.

Que debido a su carácter de multidisciplinar aplicada, busca que alcancen el bienestar humano, la preservación del ambiente y la justicia social.

Diego Gracia considera que la “bioética es un proceso de deliberación acerca de los fines individuales y colectivos de la vida humana son necesariamente políticos y sociales” (2011, pág. 28.).

Con base en esto, es necesario hacer, desde la bioética, un análisis sobre las perspectivas del envejecimiento, que permita reflexionar y comprender las formas de discriminación y de exclusión que viven actualmente las personas adultas mayores y de manera particular, las mujeres.

La presencia de la bioética en el envejecimiento, como perspectiva crítica, nos proporciona herramientas para hacer frente a las inequidades que de manera particular vive la población en su vejez, las problemáticas que enfrenta como el

maltrato, las condiciones precarias en las que se encuentra, así como los problemas de salud, son la expresión de las condiciones en las que ha desarrollado su vida, es por ello que la inclusión de la perspectiva de género en el envejecimiento se torna fundamental, pues nos permite identificar, entender y atender las necesidades de manera diferenciada, ya que los riesgos y condiciones que enfrentan mujeres y varones¹ son diferentes, siendo estas condiciones un reflejo, entre otras cosas, de los valores socioculturales a partir de los cuales sitúan sus estilos de vida.

Por lo que es necesario analizar y modelar las realidades sociales actuales para que funcionen como un puente y posibiliten el diálogo equilibrado e interdependiente entre grupos y personas, ya que son las personas, en su experiencia de vida, las que protagonizan y, al mismo tiempo, enfrentan estas condiciones de vulnerabilidad.

Para contribuir a una disciplina aplicada, en temas como la responsabilidad social, la justicia, la equidad, es imprescindible que se analicen las construcciones sociales que rodean fenómenos como la vejez y la manera en que se articulan con el género y las normas socioculturales, para generar estrategias que atiendan las consecuencias de éstas construcciones y permitan favorecer un diálogo que promueva el envejecimiento con seguridad y dignidad, así como un asunto de ética, en el que se involucran factores psicosociales y culturales.

Por lo anterior, este trabajo realizó una reflexión bioética del envejecimiento considerando el plano personal y social (Segoviano, 2020) para un análisis crítico social, jurídico y de género, para lo cual, tanto en el plano personal como en el social, se evocarán algunos principios bioéticos como la justicia, además del principio de equidad que permitan evidenciar la relevancia de un abordaje multi e interdisciplinario sobre el envejecimiento y su relación con el cuidado y la salud, en una comunidad del estado de Querétaro.

¹ Desde una perspectiva de género, el término “hombre” aplicada a los varones es discriminante. Todos los seres humanos, el homo sapiens, somos hombres y nos distinguimos en varones y mujeres, por lo tanto, en este trabajo utilizaremos la palabra varones.

1.2 Objetivos

1.2.2 Objetivo General:

Proponer un abordaje del envejecimiento desde la perspectiva de género, que permita comprender los determinantes biopsicosociales de la salud y favorezca el acceso a oportunidades.

1.2.3 Objetivos específicos:

1.- Describir como se manifiestan los roles y estereotipos de género en las etapas de vida de las mujeres y como se relacionan con la salud.

2.- Conocer en términos de enfermedad las diferencias entre mujeres y varones adultas mayores para analizar su relación con los roles y estereotipos de género.

3.- Identificar el acceso a los servicios de salud entre mujeres y varones.

4.- Analizar el proceso de envejecimiento de las mujeres adultas mayores desde una perspectiva de género con el objetivo de proponer que este sea bioético.

1.2.4 Preguntas de investigación.

¿Cuáles son los elementos que dificultan que el proceso de envejecimiento en México sea bioético en términos de salud?

1.- ¿Existe un proceso de envejecimiento diferenciado por género y estatus socioeconómico en términos de salud?

2.- ¿Cuáles son las diferencias entre las enfermedades que padecen mujeres y varones en la vejez y cómo se relacionan con los estereotipos de género?

3.- ¿Cómo determinar el acceso a los servicios de salud de calidad para el acceso a un envejecimiento bioético?

1.2.5 Hipótesis

Para generar estrategias bioéticas, dirigidas al envejecimiento saludable, es necesario reconocer y atender las condiciones diferenciadas entre mujeres y varones en cada una de las etapas de vida y en las diferentes esferas sociales.

1.3 Metodología

Con el diseño metodológico, se busca establecer una lógica para que exista congruencia con los objetivos planteados, las estrategias, etapas, actividades que se implementarán en una temporalidad definida. Permitirá identificar los recursos económicos, materiales, humanos y la infraestructura necesarios para su ejecución. Del mismo modo, definiremos y diseñaremos las técnicas e instrumentos más pertinentes acorde no sólo con los objetivos, sino al contexto de la población a la cual se aplicarán.

1.3.1 Población Objetivo:

La muestra en la que se llevará a cabo se definirá como no probabilística. Mujeres de 60 años y más, habitantes de la colonia presidentes de la ciudad de Querétaro. Para ello se aplicó la técnica de muestras en cadena o “bola de nieve” (Hernández, 2010, pág. 398), contactando a una participante y a su vez ella contactó a conocidas que tenían interés de participar y relatar sus experiencias. Así llegamos a una muestra de 5 mujeres que decidieron compartir sus historias de vida y que se encuentran en un rango de edad de 61 a 85 años.

Se interactuó con ellas en diversas ocasiones a efecto de recopilar la información mediante la aplicación de los instrumentos diseñados para esta investigación, en cada una de las visitas se atendieron las medidas de seguridad establecidas para la prevención del virus SARS-COV-2019.

1.3.2 Enfoque metodológico

Para llegar a comprender y visibilizar el impacto de las condiciones diferenciadas que determinan las características de la vejez, es importante llevar a cabo acercamientos que permitan exponer las formas en que los marcos referenciales son atribuidos a las prácticas, modos de pensar, sentir o actuar en un contexto determinado, es decir, como parte de su realidad.

Uno de los propósitos de esta investigación, fue recuperar las perspectivas y experiencias de las mujeres adultas mayores en relación con las condiciones en que llegan y transitan en la vejez, por lo que también privilegia las vivencias y las interpretaciones de las participantes como algo fundamental en esta parte de su historia, que permita visibilizar esas realidades, sus convergencias con el contexto y sus interacciones con otras y otros actores.

Retomando a Peter Berger y Thomas Luckman (2003), quienes plantean que la realidad se establece como consecuencia de un proceso dialéctico entre las relaciones sociales, hábitos tipificados y estructuras sociales como reflejo de la realidad y del individuo como sujeto de la sociedad y al mismo tiempo de la sociedad como una construcción social, por lo tanto, esta perspectiva posiciona al conocimiento como elemento fundamental para entender distintos procesos, tales como el envejecimiento.

Considerando lo anterior y tomando en cuenta la necesidad de una relación circular entre el grupo de estudio y quien investiga, la aproximación metodológica fue la cualitativa, pues permite la construcción del conocimiento mediante la recuperación de las experiencias de las participantes, de la misma forma, se empleó un enfoque de género, que permitió visibilizar las diferentes maneras en que mujeres y varones envejecen, desde el análisis de los roles de género y las prácticas que los han llevado a la vejez en condiciones particulares y con ello identificar las necesidades diferenciadas, que permiten plantear una propuesta de atención.

Para “comprender el mundo social desde el punto de vista del actor” (Szasz y Lerner, 1999, pág. 23) desde esta aproximación epistemológica, es fundamental tener en cuenta el papel de la investigadora y su involucramiento cercano en la investigación, no sólo como parte del proceso en la construcción del conocimiento, si no por “su ubicación política y ética frente al problema” (Szasz y Lerner, 1999, pág. 19) y frente a las actoras, por lo que también es importante su preparación

técnica y ética para responder a los efectos inevitables que sus intervenciones generan es sí mismas y en las actoras (Szasz y Lerner, 1999, pág. 20).

Considerando lo anterior, y la naturaleza del fenómeno a investigar, la investigación fue cualitativa, pues supone un conocimiento del contexto para entender e identificar la relación entre las categorías revisadas teóricamente y las expresiones individuales de dichas categorías, por lo que la elección cuidadosa de técnicas e instrumentos adquieren especial relevancia.

1.3.4 Técnicas e instrumentos

Las técnicas de recolección de información fueron determinadas por el objetivo que se planteó, por la naturaleza de la investigación se optó por técnicas de corte cuantitativo y cualitativo.

En cuanto a las técnicas cuantitativas, se consideró necesario el uso del cuestionario, el cual, Sampieri (2010) refiere que su diseño obedece a las necesidades de la investigación y pueden ser estructurados con preguntas cerradas, abiertas o mixtas. En el caso de esta investigación, la utilización del cuestionario obedece a tener datos fundamentales para la caracterización de las mujeres que compartieron su historia de vida, por lo que fue estructurado con preguntas demográficas.

El cuestionario consta de 2 ejes: datos sociodemográficos, salud y aspectos familiares. Las preguntas son cerradas, ya que requiere información específica y se estructura de la siguiente manera: El primer eje contiene datos generales de identificación que nos permitió caracterizar a las mujeres participantes. El segundo eje consta de 11 preguntas cerradas cuyo objetivo fue conocer aspectos generales de salud y familiares como el número de hijas e hijos y con quien vive actualmente.

Esta herramienta proporcionó información suficiente para obtener una caracterización general, por lo que con la información obtenida se redactó un

apartado de cada una de ellas para saber quiénes son, así como algunas características generales y de importancia para esta investigación.

En relación con las técnicas cualitativas el curso de vida es una herramienta que resulta útil para el estudio de los nexos que existen entre las vidas individuales y el cambio social (Elder, Kirkpatrick y Crosnoe, 2006; Elder y Giele, 2009 citados en Blanco 2011) definida como una orientación teórica metodológica cuyo:

[...] eje de investigación más general es analizar cómo los eventos históricos y los cambios económicos, demográficos, sociales y culturales moldean o configuran tanto las vidas individuales como los agregados poblacionales denominados cohortes o generaciones (Blanco, 2011, pág. 6).

Por lo tanto, permite conocer, a través de sus postulados y principios, una trayectoria de vida, sus puntos de inflexión y considera el tránsito como algo no estable y por lo tanto no permanente, por lo que esta técnica colabora con los objetivos de la investigación al propiciar un acercamiento en los momentos de vida y de inflexión de las personas y tener acercamientos a las diferencias genéricas en la vida de las mujeres.

Para esta técnica, se elaboró un guion de entrevista, en el cual se aclara que, con la finalidad de proteger los datos sensibles, no es necesario dar a conocer su nombre completo, tomando como datos de identificación el sexo y la edad.

El guion (anexo 2) de entrevista buscó obtener información de las diferentes etapas de vida, rescatando aspectos sobre el género y las condiciones en las que atravesaron cada una de esas etapas.

Se estructuró de la siguiente manera: etapas de infancia, adolescencia, juventud – adultez y vejez, en cada etapa hay sugerencias de preguntas que ayudaron a explorar aspectos de género relacionados con la estructura familiar, salud, aspectos educativos, económicos y de desarrollo. Las preguntas son abiertas

y son sugerencias, ya que al indagar en los aspectos relevantes de la investigación pueden surgir otras que complementen la información.

Las entrevistas se llevaron a cabo en el domicilio de las mujeres, en cada una de ellas se dispuso de un lugar amplio o abierto sin tiempo determinado, de tal forma que las mujeres entrevistadas contaran con el espacio suficiente para narrar sus historias y la entrevistadora pudiera captar no solo auditivamente si no el lenguaje corporal al momento de expresar sus experiencias.

Las entrevistas fueron grabadas en audio con autorización verbal de las mujeres entrevistadas, una vez que se tuvieron dichas entrevistas, se escucharon las grabaciones y se seleccionó la información que correspondiera a los apartados propuestos en el marco teórico, se identificó la información y se transcribió esa parte de la entrevista para sostener el análisis correspondiente.

Para el análisis se elaboraron ejes temáticos, para de esa forma organizar la información y que nos permitiera identificar las representaciones de esos ejes en las historias de vida.

Los fragmentos textuales que fueron clasificados se relacionaron con los conceptos, permitiendo tener una radiografía sobre las condiciones en las que estas mujeres transitaron las etapas de su vida y las diferencias que hubo con los varones de su familia, para así llegar al momento actual, para ellas la vejez e identificar cómo los roles y estereotipos de género, el contexto, las condiciones socioeconómicas, familiares y de educación entre otras construyeron su realidad actual.

1.3.5 Aspectos éticos:

La confidencialidad de las personas que participen en este estudio estuvo resguardada por la investigadora quien sólo hará uso de ella para los fines de la investigación y para los fines de análisis.

Los cuestionarios se utilizaron con fines de caracterización de la población, por lo que no se solicitó el nombre de quien responda dicho cuestionario.

Para las entrevistas, se solicitó el nombre de pila de la persona entrevistada, para no revelar la identidad, se solicitará el consentimiento informado, toda vez que dicha entrevista fue gravada sin imagen; el consentimiento informado estará en la parte de anexos de este trabajo.

CAPÍTULO SEGUNDO

Marco Teórico

2.1 Antecedentes

El propósito de esta investigación es conjuntar las tres variables siguientes: Envejecimiento, bioética y perspectiva de género, para el abordaje del envejecimiento.

Una de las principales problemáticas es que la bibliografía existente para el abordaje del envejecimiento desde las tres variables mencionadas es muy poca, aunque si se encuentra suficiente bibliografía que aborda el envejecimiento desde la bioética o desde el género de manera separada. A continuación, se presenta parte de lo que se ha publicado al respecto:

Barrantes Monge (2006), en su artículo Género, vejez y salud, hace una reflexión sobre la importancia de la presencia de la perspectiva de género en una sociedad donde no hay cultura del envejecimiento y por lo tanto existen dificultades y desigualdades en el grupo de personas que atraviesan la vejez, especialmente las mujeres.

En este artículo menciona que “La variable género es crucial para estudiar enfermedad, salud y calidad de vida” (Barrantes Monge, 2006) y por lo tanto los desafíos y los efectos entre mujeres y varones no son semejantes, por lo que hay que tomar en cuenta el género en el escenario social, argumentando que “es necesario modificar para todas las mujeres jóvenes la situación de abandono y discriminación” (Barrantes Monge, 2006).

Gallardo et al. (2020) presentaron un estudio sobre las diferencias de género en salud y calidad de vida en personas mayores del norte de Chile, con un enfoque del envejecimiento como un proceso individual y por tanto particular para cada persona que avance por sobre los 60 años, uno de los principales criterios diferenciadores del proceso de envejecimiento es el género. En esta línea, el objetivo de esta investigación es conocer las diferencias del bienestar, asociadas a las condiciones de salud física -dependencia y problemas de salud-y calidad de vida, en función de la variable género. Se trata de un estudio cuantitativo y transaccional, con una muestra de 777 (488 mujeres y 289 hombres) personas mayores que residen en el extremo norte de Chile. Nos muestran diferencias en el proceso de envejecer entre las mujeres y los varones. En términos objetivos los varones envejecen mejor en su salud física y salud mental y seguridad económica y en cambio las mujeres obtienen mejores resultados en los aspectos subjetivos o de satisfacción con los diversos dominios de la calidad de vida.

En términos jurídicos organismos internacionales como la Organización de las Naciones Unidas (ONU), mediante instrumentos internacionales, reconoce a las mujeres como un grupo vulnerable que vive discriminación, violencia y desigualdad.

Mediante el Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento, Naciones Unidas, (2002^a) hace un llamado al respeto de los derechos humanos, libertades fundamentales, así como la eliminación de todas las formas de violencia y discriminación de las personas adultas mayores. En la misma línea jurídica,

Huenchuan, 2004, plantea que para envejecer con dignidad es necesario el reconocimiento y respeto de los derechos sociales y de las libertades.

Susan Sherwin (2014) hace una reflexión sobre la necesidad de involucrar una perspectiva feminista en la bioética, que pueda reconocer y atender las problemáticas de los grupos oprimidos, en este caso, el grupo que representa a la vejez cobra relevancia ya que en nuestro país varones y mujeres envejecen de manera diferenciada y son las mujeres, el grupo más representativo de esta cohorte y las circunstancias más significativas son la pobreza, por lo tanto es importante que la Bioética incluya éstas voces.

La bioética desde una perspectiva feminista exige considerar “cómo contribuye cada práctica a las relaciones de poder existentes en la sociedad” y promueve la equidad como una condición que antecede el ejercicio de la autonomía en un grupo que por sus características es vulnerable.

A través de diversos estudios, algunos aquí planteados, muestran que con relación al envejecimiento y las diversas problemáticas de salud, pobreza, violencia, discriminación, entre otras, requiere de estudios multidisciplinarios que conlleven a mejorar las condiciones de vida de las personas adultas mayores y el acceso los derechos fundamentales que les provean bienestar en esta etapa de vida.

2.2 - Argumentación Jurídica

Para hablar de las personas mayores en el ámbito jurídico, se debe señalar que son titulares de derechos individuales, en tanto que son humanas y, por ello, en nuestro país poseen derechos inherentes, inalienables, indivisibles e imprescindibles que las protegen y reconocen su valor en sí mismas. Adicionalmente, dado que las personas adultas mayores pertenecen a un grupo con características específicas y debido a la desventaja social en la que se encuentran, poseen derechos de grupo, por lo que “requieren que, junto con el reconocimiento

de sus libertades esenciales, puedan disfrutar también del ejercicio de derechos sociales y lograr envejecer con seguridad y dignidad” (Huenchuan, 2004, pág. 15) y, en este marco, existen fuentes internacionales que así lo establecen. Los instrumentos internacionales de derechos humanos de las Naciones Unidas y sus organismos especializados, tales como los instrumentos internacionales derechos humanos de la Organización de Estados Americanos (OEA), sus organismos especializados y, por supuesto, la Convención Interamericana sobre la protección de los Derechos Humanos de las Personas Adultas Mayores, son fuentes que establecen derechos de las personas adultas mayores.

En cuanto a las Naciones Unidas, se encuentran, el Pacto de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, las resoluciones a favor de las personas mayores adoptadas por la Asamblea General, los planes de Acción Internacional sobre el envejecimiento de 1982 y 2002 y los instrumentos desarrollados por la Organización Internacional del trabajo (OIT).

En cuanto a la OEA, se encuentran la Convención Americana de Derechos Humanos y el Protocolo Adicional en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y finalmente la Resolución CE130.R19 sobre salud y envejecimiento de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

En el año 2002, en la II Asamblea Mundial del Envejecimiento celebrada en Madrid España, los países agrupados en la ONU, entre ellos México firman un Plan de Acción Internacional para enfrentar los retos del envejecimiento, el cual, “implica el incremento de las demandas de servicios médicos, asistenciales y socioculturales para que el envejecimiento de los individuos sea saludable” (Basulto - Piña, 2012, pág. 603). En dicho plan se reconoce que existen diferencias significativas tanto entre los países desarrollados como en los países en desarrollo, así como diferencias multigeneracionales, de etnia y género, por lo que es fundamental reconocer estas diferencias y llevarlas a las políticas públicas en todas las facetas

de la humanidad: sociales, económicas, políticas, culturales, psicológicas y espirituales.

El Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento, Naciones Unidas, (2002^a) propone como temas centrales:

[...] realización de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de todas las personas de edad; y la garantía de todos los derechos económicos, sociales y culturales de las personas mayores, así como de sus derechos civiles y políticos, y eliminación de todas formas de violencia y discriminación en contra de las personas de edad. (Huenchuan, 2004, pág. 16)

Al considerar a las mujeres el grupo poblacional más representativo, no sólo en México, sino a nivel mundial y al presentarse el mismo fenómeno demográfico en este grupo de edad, el planteamiento de políticas diferenciales sobre el envejecimiento entre mujeres varones son esenciales, para trabajar en un frente común en pro de la igualdad entre mujeres y varones y ser al mismo tiempo más eficientes y eficaces, para asegurar “que las personas puedan garantizar con seguridad y dignidad, y que las personas de edad puedan continuar participando con plenos derechos” (Huenchuan, 2004, pág. 16) por ello la integración de una perspectiva de género transversal es imperante en el ejercicio de política pública.

La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores resalta que la persona mayor tiene los mismos derechos fundamentales, “así como la obligación de eliminar todas las formas de discriminación”, (OEA/ONU, 2017, pág. 1) reconoce también “la necesidad de abordar los asuntos de la vejez y el envejecimiento desde una perspectiva de los derechos humanos” para lo cual respalda activamente la “incorporación de la perspectiva de género en todas las políticas y programas dirigidos a hacer efectivos los derechos de la persona mayor y destacando la necesidad de eliminar toda forma de discriminación” (OEA/ONU, 2017, pág. 1) reafirmando uno de los principios de dicha convención, “la equidad e igualdad de género y enfoque de curso de vida” (OEA/ONU, 2017, pág. 1) el cual es un “enfoque que investiga fundamentalmente

los eventos históricos y los cambios económicos, demográficos, sociales y culturales, que configuran las vidas individuales y los agregados poblacionales – cohortes o generaciones” (Blanco, 2011, pág. 7).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), considera que “la salud es un componente y un recurso esencial del desarrollo humano, la evolución de un proceso acumulativo de interacción continua de exposiciones y experiencias, que repercuten tanto en el plano individual como en el poblacional, no sólo de manera episódica, sino a lo largo del tiempo y con efectos transgeneracionales” (OPS, 2017) y señala la necesidad de que en el modelo de atención a la salud, tanto a nivel poblacional como individual, este presente la perspectiva de género, de tal forma que se adopten las medidas necesarias para garantizar un trato diferenciado y basado en las necesidades específicas de la persona adulta mayor.

El programa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para entornos adaptados a las personas adultas mayores sostiene que:

[...] para el desarrollo y puesta en marcha de las políticas, los servicios, los entornos y las estructuras que permiten el envejecimiento activo, deberán tomarse en cuenta diversos factores y/o determinantes como los servicios de salud y sociales, los factores de comportamiento, personales, ambientales externos, sociales económicos, además de la cultura y el género.

La Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), en su recomendación general número 27 sobre las mujeres de edad y la protección de sus derechos humanos reconoce que “la convención es un instrumento importante para hacer frente a la cuestión de los derechos humanos de las mujeres de la tercera edad” (CEDAW, 2012, pág. 1), y que la edad “es uno de los motivos por los que la mujer puede sufrir múltiples formas de discriminación” (CEDAW, 2012, pág. 1) por lo que es una necesidad generar bancos de datos desglosados por edad y sexo con el objetivo de evaluar con mayor certeza la situación de las personas adultas mayores, en específico el de este grupo de edad.

En relación con el reconocimiento de las necesidades específicas de las mujeres adultas mayores, la CEDAW en su recomendación también reconoce que no constituyen un grupo homogéneo, “representan una gran diversidad de experiencias, conocimientos, habilidades y aptitudes, pero su situación económica y social depende de una serie de factores demográficos, políticos, ambientales, culturales, sociales, individuales y familiares” (CEDAW, 2012, pág. 2) por lo que esta recomendación proporciona orientación acerca de la inclusión de la situación de las mujeres adultas mayores y asegura que sólo si se logra el respeto y se protege la dignidad, el derecho a la integridad y la libre determinación, se logrará la eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres.

Así pues, en el numeral 30 refiere que los Estados parte “tienen la obligación de garantizar el pleno desarrollo y adelanto de las mujeres a lo largo de su vida [...]” (CEDAW, 2012, pág. 6).

El numeral 31, dice que “los Estados partes deben tomar en consideración el carácter multidimensional de la discriminación contra la mujer y velar por que el principio de igualdad entre los géneros se aplique a lo largo del ciclo vital de la mujer en la ley y en la práctica” (CEDAW, 2012, pág. 2) por lo que insta a los Estados a que deroguen o enmienden las leyes, reglamentos y costumbres vigentes que discriminan a las mujeres adultas mayores y velen por que la legislación prohíba la discriminación por motivo de edad y sexo.

En relación con los estereotipos, en su numeral 36, sostiene que los Estados parte, tienen la “obligación de eliminar los estereotipos negativos y modificar los patrones de conducta sociales y culturales que son perjudiciales y dañinos para las mujeres de edad” (CEDAW, 2012, pág. 7).

Finalmente, en relación con la violencia, en el numeral 38 dice que los Estados parte tienen la obligación de investigar, enjuiciar y castigar todos los actos

de violencia contra las mujeres adultas mayores, incluidos los que resulten de prácticas y creencias tradicionales” (CEDAW, 2012, pág. 7).

La convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la violencia contra la mujer (Belém do Pará 1994) afirma que la violencia contra la mujer trasciende todos los sectores de la sociedad independientemente de su clase, raza o grupo étnico, nivel de ingresos, cultura, nivel educacional, edad o religión”, de tal forma que los Estados partes, establecen un compromiso político acordando que la violencia contra las mujeres “constituye una violación de los derechos humanos y las libertades fundamentales ... es una ofensa a la dignidad humana y una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres”, por lo que protege el “derecho a una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado” (Belém Do Pará, 1994, art 3).

En México, las personas adultas mayores se encuentran protegidas a través de los derechos que reconoce la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en los ordenamientos jurídicos que de ella derivan y por los instrumentos internacionales de los que nuestro país sea parte. El Artículo 1 de la Carta Magna sostiene que “todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte”² y en el párrafo quinto del mismo artículo estipula que “queda prohibida toda discriminación motivada por [entre otros] la edad o cualquier otra [causa] que atente con la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas”.

En la ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (2020), cuyo objetivo es “garantizar el ejercicio de los derechos de las personas adultas mayores” reconoce el principio de equidad, para el “trato justo y proporcional en las condiciones de acceso y disfrute de los satisfactores necesarios para el bienestar

^{2 2} Ver Adultos Mayores Análisis Integral de Situación Jurídica en México 2017. Dirección General de Documentación, Información t Análisis. Cámara de Diputados LXIII Legislatura.

de las personas adultas mayores, sin distinción [entre otras] por sexo” (art 4, párrafo III) y protege entre otros derechos a “una vida libre de violencia, vivir en entornos seguros dignos y decorosos que cumplan con sus necesidades y requerimientos, y en donde ejerzan libremente sus derechos” (Art. 5).

En la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación entre otras acciones, establece la creación del Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, y como miembro de su Junta de Gobierno, está el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores.

Otras leyes y normas como la Ley de Asistencia Social, Ley General de Salud, Ley General para la Igualdad de Mujeres y Hombres, hacen alusión a las esferas de edad y complementan las estrategias del Estado Mexicano en relación con la atención diferenciada entre mujeres y hombres, así como la atención del envejecimiento.

Contar con un marco jurídico que contemple los determinantes sociales, que permita tener un panorama sobre las necesidades prioritarias para conocer el envejecimiento en nuestro país con mayor claridad y profundidad, por ello esta investigación busca subrayar la importancia de generar acciones específicas para alcanzar condiciones óptimas para mujeres y hombres adultas mayores y al mismo tiempo el acceso a servicios de calidad.

2.3 Argumentación Moral

En nuestro país, hay 10,055,379 personas adultas mayores, de las cuales según el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) se espera que para el 2050 las mujeres de 60 años y más representarán el 23.3% del total de la población y los varones constituirán el 19.5% del total de la masculina (INMUJERES, 2015).

La Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) indica que para el segundo trimestre del 2019 el 21.7% de las personas adultas mayores vivían solas y estaban ocupadas sin recibir prestaciones y según la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (INEGI, 2018) refiere que varios de los problemas de salud que padecen las personas adultas mayores son atribuibles a la edad, sin embargo, muchos de ellos son atribuibles también a los malos hábitos durante las etapas previas de su vida y que se potencializan con la edad.

Las mujeres y varones tienen un curso de vida diferenciado y por ello enfrentan problemáticas específicas, estas diferencias, hacen evidente marcadas desigualdades de género, sin embargo, éstas no necesariamente surgen solamente debido a la edad si no que se sitúan en etapas anteriores de su vida que reflejan condiciones de desventaja en términos de bienestar social, económico y psicológico. Estas desigualdades atentan contra la dignidad humana “base de la libertad, justicia y la paz” (Gonzalez, 2008, pág. 274).

A pesar de los avances en materia jurídica de protección de derechos, a grupos vulnerables como mujeres o de personas adultas mayores así como los esfuerzos sumados a nivel internacional y nacional para promover la igualdad de género, se puede observar que las personas adultas mayores y de manera particular las mujeres se encuentran en una situación de mayor desprotección, en lugares de mayor inferioridad en cuanto a condiciones de vida, todo ello derivado de la existencia de estereotipos de género que se legitiman tradicional y generacionalmente y que al mismo tiempo impiden que mujeres y varones “sean concebidos como sujetos titulares iguales en derechos” (Gherardi, 2008, pág. 287).

Al analizar el panorama en que las personas envejecen, se puede observar la vulnerabilidad que como grupo enfrentan, las crisis como la de COVID-19 que se vive actualmente, subraya las desigualdades de la vejez y resalta también que a partir de la organización dual en las estructuras sociales en las mujeres esta vulnerabilidad se potencializa.

Es por ello por lo que, desde el discurso bioético, el envejecimiento no puede ser considerado como un fenómeno neutral, por lo que resulta necesario introducir la mirada de género, misma que cuestiona el sistema de creencias, valores morales y con ello el “sistema de relaciones de poder entre mujeres y hombres directa e indirectamente involucrados en la sociedad” (Gherardi, 2008, pág. 287) que constituyen factores fundamentales en la construcción de identidades.

En el sistema binario, los procesos de socialización³ y socialización del género muestran cuales son las expectativas para mujeres y varones debido a su sexo, y cómo estos actuarán conforme a ellos, ya que se encuentran definidos y establecidos por dicho sistema, de tal forma que el género visibiliza esta estructura y descubre la asimetría que cimienta las relaciones, a través del dominio patriarcal. Este sistema supone una jerarquía que aumenta la distancia entre los logros formales y las oportunidades reales de las mujeres en todas las etapas de su vida, posicionándolas en la vejez en mayor vulnerabilidad, “la desigualdad y, en muchas ocasiones la discriminación padecida por las mujeres, tienen consecuencias importantes para la salud y la calidad de vida personal” (López de la Vieja, 2014, pág. 144).

Este sistema patriarcal de dominio y discriminatorio acaba lesionando las libertades y los derechos fundamentales, como el de salud. Por ello, contar con perspectiva de género como herramienta analítica, permitirá realizar una caracterización de las condiciones en que transcurren la etapa de envejecimiento en las personas y por lo tanto posibilitará la generación de estrategias de política pública que generen condiciones dignas para mujeres y varones y se logre con ello el mayor bien para el mayor número de personas.

³ Giddens y Sutton (2013, pp.398-399) define el proceso de socialización como proceso mediante el cual el bebé indefenso se convierte en una persona con conciencia de sí misma y con inteligencia, capaz de manejar las formas culturales en las que nació” y socialización de género como “se produce probablemente de manera inconsciente, mediante una serie de conductas diferenciadas que los adultos tienen a partir de saber si tratan con un niño o niña, tal es el caso de hablarle, vestirle, peinarle o proporcionarle juguetes de forma distinta a un niño que a una niña

La mirada analítica, crítica y reflexiva de género es ante todo “una perspectiva sobre la estrecha relación entre condiciones de vida – también las malas condiciones, la pobreza- y la salud” (López de la Vieja, 2014, pág. 150) que se reflejan en la calidad de vida de las personas adultas mayores y que no son iguales para mujeres y varones. Ejemplo de lo anterior es el tema de salud, en donde la perspectiva de género apenas aparece en temas como los reproductivos y no así en otros como en salud. Cuando se habla de los tratamientos a las y los adultos mayores o si dar o no tratamientos por edad se ignora que además de que ya no están en edad reproductiva, cuando se prioriza el cuidado en casa, casi siempre está a cargo de las mujeres por su papel social de cuidadoras (Sherwin, 2014). Ante estas problemáticas que conciernen a la salud y todas aquellas de desigualdad, injusticia y, por tanto, de vulnerabilidad en relación con las y los adultos mayores, la mirada analítica de género suma elementos trascendentales y denuncia todas las formas de opresión, a través de procesos reflexivos sobre aspectos culturales políticos y sociales que dotan de sentido e identidad a las vidas humanas y plantea alternativas identificando particularidades como:

[...] la atención a lo concreto, al contexto, la apertura de otros modos de razonamiento moral, la consideración de las relaciones interpersonales que configuran la identidad de los individuos y su inserción en una comunidad cultural y finalmente la dotación de un mayor contenido social para la bioética (Feito, 2010, pág. 50).

La importancia de prestar atención a lo concreto y al contexto radica en que, al identificar las desigualdades políticas, sociales, económicas y culturales, debido a edad y género, se puede promover la igualdad, ya que hasta el momento “la mera existencia de derechos formales no garantiza su ejecución ni la igualdad en el acceso” (Feito, 2010, pág. 59).

Ahora bien, la desigualdad y la opresión, según Sherwin (2014) son objetables tanto en términos morales como políticos, dado que el daño del sexismo no solo es evidente sino abrumadora y desproporcionadamente contra las mujeres

y por ello es cuestionable la visión dicotómica en la que se refuerzan intergeneracional y sistemáticamente los estereotipos de género.

Sherwin (2014) sostiene que las prácticas que aumentan o protegen la felicidad o los derechos de un grupo dominante a expensas de un grupo oprimido no pueden considerarse moralmente aceptables, y considera que existen valores morales que se asocian con acciones o principios que ayudan a mitigar la opresión, a su vez, otros valores morales que se vinculan con acciones o principios que no logran reducirla o que incluso la fortalecen.

Por lo tanto, para efecto de los análisis en la práctica ética es imprescindible que se ocupen de los efectos de la práctica en los patrones de opresión existentes, de su historia social y de las circunstancias actuales. Así pues, una de las posibilidades de la perspectiva de género es caminar hacia la equidad, cuya importancia radica en que ésta, es una condición previa para que los grupos sociales en desventaja ejerzan su autonomía.

Por lo tanto, estas voces oprimidas e ignoradas son importantes para construir diálogos bioéticos que promuevan la igualdad, que tengan en cuenta “la verdad sociológica importante, la capacidad de reconocer ciertos problemas morales, de responder a los valores en conflicto” (Sherwin, 2014, pág. 14) y, por lo tanto, encontrar formas de reducir y eliminar las desventajas que enfrentan las y los adultos mayores.

Finalmente, es obligación de un Estado laico y democrático, ofrecer alternativas para construir lo “racionalmente aceptable” (Tealdi, 2008) y plural, un Estado cuyo compromiso sea enérgico en la defensa de los derechos humanos de las personas adultas mayores, que plantee como prioridad “la construcción de la ciudadanía y los derechos humanos de las mujeres, la igualdad entre mujeres y hombres, la equidad en los procesos, en el acceso a la justicia y la preservación de las libertades y del Estado laico” (Lagarde, 1996, pág. 458).

2.4 Bioética

Nos encontramos en un momento de transformaciones, que emergen de las tan citadas revoluciones científicas, tecnológicas que al mismo tiempo han generado nuevas perspectivas en distintos ámbitos como el biológico, médico, genético, tecnológico, ambiental, filosófico, psicológico y social, entre otras.

Estas revoluciones provocan reflexiones y plantean dilemas sobre la vida, la muerte, el ser, lo humano y lo no humano, genera nuevas significaciones entre lo natural, los procesos y el impacto de éstos en estas transformaciones.

Los nuevos conocimientos, cuestionan drásticamente los saberes y valores de nuestras sociedades ya que cambian el propio saber de la vida en general, como lo señala Gonzáles, J (2017, pág.123) “nos obliga a repensar ontológicamente la naturaleza del hombre; pues cómo se conciba ésta, dependen de un modo u otro de la cultura y los valores que prevalecen en la sociedad”. Son los valores sociales uno de los ángulos en los que se basa la construcción de la vejez, de manera particular en nuestro país.

Como se ha mencionado anteriormente, el envejecimiento es un fenómeno que se intercepta con lo biológico, lo social, lo biográfico y algunos aspectos particulares del contexto, que sitúa este proceso en la vida de las personas. Al mismo tiempo, uno de los grandes logros del uso y de los adelantos tecnológicos es el incremento de la esperanza de vida, que trae consigo sus propios retos como el desarrollo de políticas públicas encaminadas a un envejecimiento saludable, que integren mejoras en la salud pública, atención de enfermedades, promoción de espacios que promuevan el bienestar y que indudablemente requieran de evaluaciones sociales y éticas para su desarrollo.

Considerar el proceso de envejecimiento con todas sus aristas indudablemente requerirá de establecer condiciones dignas para envejecer y al mismo tiempo reencuadrar el sentido de la vejez. Por lo tanto, promover nuevas

formas de percibir y de relacionarnos con la/el Otro, con el mundo y consigo misma (o) puede ser uno de los objetivos más importantes encaminado a una sociedad que base su estructura moral en principios como la igualdad, la justicia, equidad y la libertad. Por ello, es importante denunciar que la opresión es la acción intolerable que obstaculiza el ejercicio de dichos principios.

La expresión de la opresión en cualquiera de sus formas denota la existencia de problemáticas ligadas al género, que se materializan en la desigualdad, discriminación, violencia y en las dificultades para el acceso a derechos fundamentales como el derecho a la salud, educación, desarrollo, trabajo, participación política, a una vida libre de violencia y derechos sexuales y reproductivos.

La Bioética en su carácter de aplicada, debe considerar la atención a las diferencias entre mujeres y varones en sus diferentes campos, enfatizar la necesidad de evaluar las diferencias existentes en la implicación en aspectos relevantes como el cuidado, modos de organización social, acceso a servicios de salud y educación, así como la reflexión de valores subyacentes que generan desigualdad, injusticia y por lo tanto obstaculizan la igualdad sustantiva.

Feito, L (2010) considera que la bioética debe de implicarse en una reflexión sobre los aspectos culturales, sociales y políticos, que dan sentido a las vidas humanas y que no puede prescindir de los aspectos contextuales y por lo tanto los aspectos de género. En el envejecimiento las inequidades se vinculan a la pobreza y son el resultado de una serie de experiencias diferenciadas por sexo que se inician en etapas tempranas, pero se denotan en la vejez.

Benavidez (2009) hablaba de la bioética del envejecimiento y enumeraba algunos aspectos éticos importantes en ese momento histórico reconociendo que:

Los problemas éticos, se pueden presentar cuando el anciano o sus familiares se encuentren con un conflicto que atente contra su dignidad, como obligar al adulto

mayor a permanecer aislado, a administrarles nuevos fármacos sin estudios suficientemente justificatorios, abandonarlo o ser negligentes en su cuidado, a maltratarlo, a excluirlos de servicios asistenciales por razones utilitarias, a abusar de su estado de incapacidad mental, entre otros. (pág. 65).

Podemos dar cuenta que además de lo anterior es importante promover condiciones que generen bienestar desde etapas tempranas, observar las problemáticas de pobreza, violencia y abandono e identificarlas desde su condición de género y bajo el precepto de dignidad.

2.5 Género

Cuando hablamos de género, se hace una diferenciación entre lo biológico y la forma en que aprendemos a ser mujeres y varones, por un lado, desde la mirada de la biología, la diferencia radica en el aspecto físico e involucra aspectos anatómicos, cromosómicos fisiológicos y reproductivos, que marcan diferentes etapas y cambios a partir del sexo de cada persona.

Por otro lado, se ha centrado un debate entre lo biológico y los aprendizajes que giran en torno al sexo, ya que evidencian sistemas de desigualdad entre mujeres y varones. Rubin (1986) mediante el sistema sexo/género describe el proceso de aprendizaje y socialización del sexo como “el conjunto de disposiciones por las cuales una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana” (Rubin, 1986, pág. 2). La interpretación histórica de la diferencia sexual es el resultado de lo que conocemos e introyectamos sobre el hecho de ser mujeres y varones, “sujetos de su propia sociedad, vivientes a través de su cultura, cobijados por tradiciones religiosas o filosóficas de su grupo familiar y su generación” (Lagarde, 1996, pág. 11).

Mediante la construcción de lo femenino y lo masculino, las personas aprenderán conductas, formas de pensar, sentir y de relacionarse, pero también entenderán y socializarán desde las asimetrías de poder los roles y posición jerárquica basadas en la diferencia sexual, sin cuestionamientos, pues esta

construcción forma parte de la cotidianidad. En este sentido, se presupone la naturalización de los roles de género, entendidos como aquellas actividades y tareas asignadas a partir del sexo⁴.

Esta división sexual enmarca a las mujeres al cuidado de la familia, la reproducción y trabajo doméstico no remunerado, asignando estereotipos como la debilidad, belleza, dependencia, etc., que desde estos parámetros definen la esencia femenina, de la misma forma, a los varones se les atribuyen actividades públicas el trabajo remunerado, proveedor de la familia y estereotipos como la fuerza, independencia, valentía, etc., a partir de los cuales basa su virilidad.

Bajo la perspectiva hegemónica, las mujeres tienen como objetivo fundamental la reproducción, el cuidado de la familia y la crianza, y uno de los ejes principales es la sumisión frente al varón, que al encontrarse en un lugar de poder ambos se relacionan desde la asimetría y subordinación, éstas formas de relación no se dan de manera aislada, ya que son prácticas legitimadas a nivel estructural y social, y son perpetuadas entre generaciones.

La construcción del género es parte fundamental en la formación de identidades, pues proporciona también un sentido de pertenencia mediante los procesos de aceptación, identificación y por lo tanto de ser hombre o mujer, pero ¿cómo es que estos procesos se llevan a cabo?

Para Bourdieu (1997) “las relaciones familiares funcionan como principios de construcción y valoración de toda relación social” (pág.128), estos principios se transmiten en la familia pero son contruidos socialmente, y se transmiten mediante el proceso de socialización, se trata de una categoría de construcción a la que se le conoce como habitus “una estructura mental que, puesto que ha sido inculcada en

⁴ Marcela Lagarde (1996) refiere lo siguiente para la diferenciación entre sexo y género: “El género es más que una categoría, es una teoría amplia que abarca categorías, hipótesis, interpretaciones y conocimientos relativos al conjunto de fenómenos históricos contruidos en torno al sexo. El género está presente en el mundo, en las sociedades, en los sujetos sociales, en sus relaciones, en la política y en la cultura”

todas las mentes socializadas de una forma determinada, es a la vez individual y colectiva” (Bourdieu, 1997, pág. 128), desde esta perspectiva la familia reproduce el orden social y con ello la asimetría en las relaciones entre mujeres y varones, hijos e hijas.

2.5.1 La Socialización como Proceso de Aprender a Ser.

Para Giddens y Sutton (2013), la socialización es el “proceso mediante el cual el bebé indefenso se convierte en una persona con conciencia de sí misma y con inteligencia, capaz de manejar las formas culturales en las que nació” (pág.388). Este proceso liga a las generaciones entre sí y tiene lugar principalmente en la infancia, sin embargo, es continuo durante todo el ciclo vital.

Este proceso se lleva a cabo mediante la socialización primaria y secundaria, en la que participan agentes de socialización que son “grupos o contextos sociales en los que ocurren procesos significativos de socialización” (pág. 392).

Socialización primaria. - “Es el momento en que los niños aprenden el lenguaje y las pautas básicas de comportamiento, que crean las bases para un aprendizaje posterior.” Este proceso se lleva a cabo principalmente en la familia. (pág.392).

Socialización secundaria. - “Tiene lugar en una fase posterior de la niñez y en la madurez y son otros los agentes sociales que asumen parte de la responsabilidad de la familia” (pág.392). Los contextos donde se lleva a cabo tienen que ver con la escuela, lugares de trabajo y, de forma particular, los medios de comunicación.

Socialización del género: Este aprendizaje “se produce probablemente de manera inconsciente” (pág. 393), mediante una serie de conductas diferenciadas que los adultos tienen a partir de saber si tratan con un niño o niña, tal es el caso

de hablarle, vestirle, peinarle o proporcionarle juguetes de forma distinta a un niño que a una niña.

Las y los niños observan y aprenden también por imitación por tal motivo aquellas conductas que no tienen el objetivo de enseñar pero que se ejecutan sistemáticamente como el uso de colores, aromas distintos y reaccionar de manera distinta ante los mismos estímulos, forman parte de la socialización del género.

Estos aprendizajes de género juegan un papel muy importante dentro de las familias, pero también están directamente relacionadas con el acceso a la educación, salud, el trabajo y el desarrollo y por supuesto dentro del contexto socioeconómico, por lo tanto delinea de manera importante la historia de vida de las personas y enmarca las oportunidades a las que se tiene acceso o no, por lo tanto juegan un papel fundamental en la transición de las etapas de vida, por lo tanto en la transición de la vejez.

2.5.2 Perspectiva de género

El género como categoría de análisis, nos permite identificar y evaluar el contexto de una realidad en particular en la que es posible observar las consecuencias de la intersección del género con categorías como la edad, el sexo, etnia, religión o condiciones socioeconómicas entre otras.

La perspectiva de género supone considerar sistemáticamente las diferencias entre las condiciones, situaciones y necesidades respectivas de las mujeres y de los varones, en las fases de planificación, ejecución y evaluación de todas las políticas comunitarias [...] (De la Cruz, 1998, pág. 18).

La perspectiva de género toma en cuenta los niveles: el hogar, la comunidad y las instituciones en un proceso dinámico e interactivo.

El empleo de ésta perspectiva plantea la necesidad de solucionar los desequilibrios que existen entre varones y mujeres, “contribuir a que las políticas sean efectivas y eficientes” (De la Cruz, 1998, pág. 23) y requiere de acciones como la distribución equitativa de actividades entre los sexos, tanto en la esfera pública como en la privada; la valoración justa de actividades de cuidado, crianza y actividades de trabajo doméstico no remunerado, modificación de las estructuras sociales que reproducen la desigualdad y el fortalecimiento de la autonomía de las mujeres.

En nuestro país, la Ley General de Igualdad entre Mujeres y Hombres en su artículo 5 establece que la perspectiva de género es un concepto que se refiere a la

[...] metodología y los mecanismos que permiten identificar, cuestionar y valorar la discriminación, desigualdad y exclusión de las mujeres, que se pretende justificar con base en las diferencias biológicas entre mujeres y hombres, así como las acciones que deben emprenderse para actuar sobre los factores de género y crear las condiciones de cambio que permitan avanzar en la construcción de la igualdad de género. (LGIMH, 2021)

Este trabajo, proporciona una lectura transversal de ambas categorías de análisis y subraya su interconexión como base fundamental para el análisis del envejecimiento. Partiendo del hecho de que las mujeres son el grupo de personas con menor nivel socioeconómico, en términos de salud existen indicadores que subrayan esta situación.

Las diferencias de salud que se pueden observar entre mujeres y varones “incluyen las diferencias biológicas, así como las diferencias genéticas, hormonales y metabólicas, desempeñan un papel en la morbilidad y la mortalidad, diferenciales entre hombres y mujeres” (Borrella, García-Calventeb, y Martí-Boscà, 2004, pág. 2), por ello es tan importante el estudio de los determinantes sociales en la salud que considere la influencia y consecuencias en la salud el hecho de asumir roles

tradicionales de género y por lo tanto que observe las diferencias injustas que atraviezan a la salud.

La OMS por su parte, insiste en observar la relación existente entre condiciones de vida y salud, ya que hay evidencia de que los déficits en el desarrollo personal tienen cierta incidencia en la percepción subjetiva de malestares que, a menudo, se convierten en síntomas de algún padecimiento. Considerar las condiciones de vida de mujeres y varones nos permite abordar una perspectiva rica en matices al analizar indicadores epidemiológicos.

La OMS en la Declaración Mundial de Salud, de 1998, propuso incorporar los conceptos de equidad, solidaridad y justicia social y la perspectiva de género, para generar estrategias que contemplen las diferencias de sexo – género, así como los diferentes contextos en los que las personas sitúan sus experiencias de vida.

Por lo tanto, existe la necesidad de introducir perspectivas de estudio que permitan constatar los efectos que las relaciones asimétricas de poder producen en la salud, en el caso que nos ocupa, las diferencias entre los sexos y en la vejez.

2.6 Envejecimiento Saludable

El término de envejecimiento saludable es una propuesta de la OMS, en la que, mediante la estrategia “La Década del Envejecimiento Saludable (2021-2030)” ofrece la oportunidad de juntar a los gobiernos, la sociedad civil, los organismos internacionales, los profesionales, las instituciones académicas, los medios de comunicación y el sector privado en torno a diez años de acción concreta, catalizadora y de colaboración para mejorar las vidas de las personas mayores, sus familias y las comunidades en las que viven.

Así mismo, reconoce al envejecimiento saludable como proceso que abarca toda la vida y que afecta a todas las personas, no sitúa esta etapa ni a las personas sólo en la enfermedad, si no que reconoce que la vejez se encuentra determinada en todo momento por múltiples factores, los comportamientos relacionados con la

salud y la presencia o ausencia de enfermedades, por lo tanto, también depende en gran medida de los entornos en los que las personas han vivido a lo largo de su vida.

Reconoce a las personas adultas mayores como un grupo que fue afectado de manera desproporcionada en todos los contextos socioeconómicos y en todos los niveles sociales y sanitarios. La pandemia que nos aqueja puso en evidencia la fragilidad de los sistemas sanitarios y las condiciones en que la población que envejece.

Con los lemas “la vida no tiene edad” y “ponerles vida a los años” la década del envejecimiento saludable pretende generar acciones donde uno de los objetivos más importantes es cambiar las construcciones sociales y utilitarias que hay entorno a la vejez y con ello lograr una solidaridad intergeneracional.

Generar estrategias encaminadas a mejorar las condiciones en que envejecemos, implica reconocer las necesidades diferenciadas y en los diferentes contextos de las personas, reconocer la salud, la autonomía y las capacidades funcionales como elementos fundamentales para evaluar la calidad de vida.

La OMS mediante esta estrategia se armoniza con los objetivos del desarrollo sostenible, en donde en el objetivo 3 referente a la salud y bienestar, reconoce que “el envejecimiento saludable significa que las personas mayores contribuyen a la sociedad durante más tiempo, con oportunidades para gozar de buena salud en todas las etapas de la vida”, por lo que son necesarias políticas públicas que atiendan “la cobertura sanitaria universal y sistemas sociales y de salud integrados, transformadores y centrados en las personas, en lugar de sistemas basados únicamente en la enfermedad”.

En relación con el Objetivo 5 igualdad de género de los objetivos del desarrollo sostenible reconoce que es necesario hacerla efectiva a lo largo de todo el curso de vida, ya que de esta forma generarán mejores resultados en etapas posteriores, “por lo tanto los sistemas deben promover la participación equitativa en

la fuerza de trabajo y en las pensiones sociales para mejorar la situación económica de las mujeres de edad y su acceso a los servicios”. Finalmente hace un llamado a eliminar la violencia de género en todas las etapas del curso de vida.

Hasta el momento la “década del envejecimiento saludable” es una estrategia de acción mundial que se centra en las personas adultas mayores y reconoce las necesidades y problemáticas antes y después de pandemia, reconociendo el envejecimiento poblacional como un fenómeno que debe ser atendido aquí y ahora, pero sobre todo que promueve la deconstrucción de la vejez utilitaria y adopta principios que promueven la inclusión, salud y bienestar en la vida de las personas.

2.7. Envejecimiento, vejez y sus representaciones sociales

La edad, según Reguillo (2007), adquiere valores distintos no sólo entre sociedades, sino dentro de una misma sociedad, por tanto, no es una categoría “cerrada” y “transparente”, ni se agota sólo en lo biológico. En este trabajo, el análisis corresponderá a aquella etapa de la vida que reconocemos como vejez.

El INAPAM considera que envejecimiento es “un proceso que inicia desde el nacimiento y termina con la muerte, dicho proceso se encuentra influenciado por aspectos biológicos, psicológicos y sociales”, de tal forma que todas las personas estamos en este proceso.

La OMS lo define como el “proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de vida [...]” (OMS, 2020), por lo que se puede inferir que desde ambas posturas se considera como un proceso dinámico, determinado por factores contextuales presente en todas las etapas de vida.

Por otro lado, el INAPAM considera a la vejez como “una etapa de vida que comienza a los 60 años” y que es considerada como “la última etapa de vida” y está definida según el contexto y el momento histórico. Por lo tanto, vejez se entenderá

como “un proceso que involucra una serie de experiencias, muchas de ellas subjetivas, que se encuentran íntimamente relacionadas con las experiencias de vida, la edad biológica y la acumulación de riesgos a lo largo de los años vividos” (Salgado y Wong, 2017, pág. 1).

En nuestra época, esta última etapa está influenciada por estereotipos más allá de las condiciones en que se llegue a ella, y están determinadas por la sociedad a la que se pertenece, por lo tanto, la vejez es un constructo social, en donde se involucra “la asignación de roles de acuerdo con la edad [...] según el género y las normas socioculturales” (Salgado y Wong, 2017, pág. 1).

Las representaciones sociales permiten comprender la forma en que se percibe, evalúa y las emociones que se generan respecto a un fenómeno, también se “relacionan con el aspecto subjetivo de la calidad de vida porque son construcciones simbólicas que permiten al sujeto comprender su mundo físico y social, lidiar con él y situarse en éste” (González, 2017, pág. 15) dentro del marco histórico, social y cultural en el que se encuentra.

La vejez al igual que otros fenómenos sociales, se ha ido transformando a lo largo de la historia, es un hecho que existieron etapas de reconocimiento y valoración hacia las personas mayores; “en estos casos, muchas veces, la veneración y el respeto por los ancianos y ancianas tuvo relación con aspectos ligados al poder económico o político” (INADI) y en otras culturas la voz de los ancianos era símbolo de sabiduría y también los portavoces de la transmisión de conocimientos entre generaciones, sin embargo, como producto de las transformaciones sociales, políticas y económicas que han surgido en las sociedades, la percepción hacia edades avanzadas está muy lejos de las percepciones anteriores.

Es un hecho que ante los cambios demográficos que visibilizan un aumento de la población adulta mayor y el aumento de la esperanza de vida, las sociedades tienen el deber de generar estrategias adecuadas ante las demandas que estos

cambios exigen. Sin embargo, existe un reto mayor ante una vejez que ha sido devaluada, discriminada y violentada ante los nuevos paradigmas de vida y sistemas tecno económicos y de producción que hoy conforman el sistema capitalista y global en el que nos encontramos.

En este sistema capitalista, las personas poseen un valor en tanto son productivas por lo que se considera que las personas en esta etapa son:

[...] Viejos, que no constituyen ninguna fuerza económica, no tienen los medios de hacer valer sus derechos; el interés de los explotadores es quebrar la solidaridad entre los trabajadores y los improductivos, de modo que éstos no sean definidos por nadie (Beavoir, 2016, pág. 9).

Esto pone en evidencia a una sociedad que mide sus valores desde la productividad y la capacidad de consumo. Las personas que se encuentran en esta etapa no representan mayor importancia, porque no forman parte del mercado laboral y, aunque sí representan oportunidad de consumo, sobre todo en aquellos casos donde los cuidados en materia de salud son específicos, estas oportunidades de consumo se vuelven una “carga” para la familia o para el Estado, sin valorar el trabajo realizado en su historia de vida, y la sociedad se vuelve cómplice para ser omisos ante las necesidades de las personas adultas mayores.

La vejez tiene estas cargas económicas estereotipadas, pero también se hacen evidentes en relación con la valoración del cuerpo, ya que atraviesan un declive natural, que modifica tanto las funciones y capacidades de una persona, así como la propia apariencia corporal. Este proceso de declive se evidencia en esta etapa, pero tiene detrás de sí, las circunstancias de quien lo atraviesa y las condiciones en que creció, vivió, trabajo y al acceso de estrategias para el cuidado de salud, como el acceso a servicios, información y detección de necesidades para este cuidado. Por lo tanto, el proceso de envejecimiento responderá a las condiciones físicas, económicas, sociales, psicológicas y políticas de cada persona (Salgado y Wong, 2017).

Así, algunas de las representaciones sociales de la vejez están dirigidas al cuerpo en tanto su funcionamiento, pero también en tanto a su percepción y, por ello, existen ideas o situaciones esperadas dentro de la vejez y otras que contrastan en la escala de valores de la sociedad occidental, por ejemplo la expresión del deseo, ya que los “viejos manifiestan los mismos deseos, los mismos sentimientos, las mismas reivindicaciones que los jóvenes, sin embargo, causa escándalo en ellos, el amor, los celos parecen odiosos o ridículos, la sexualidad repugnante, la violencia irrisoria” (Beavoir, 2016, pág. 9), silenciando o ignorando el goce, el erotismo y asociando a su vez sólo expresiones de ternura o cariño.

Es a través de todos estos estereotipos y prejuicios que se configuran los denominados “viejismos” (Ortíz de la Huerta, 2007, pág. 224) definidos por primera vez por Robert N. Butler (primer director del National Institute of Aging en Estados Unidos), para hacer referencia a “una experiencia subjetiva, una inquietud profunda y oscura, una repugnancia y una aversión por la vejez, la enfermedad, la discapacidad y miedo a la pobreza, la inutilidad y la muerte” y que hacen alusión a características específicas físicas, psicológicas o sociales adjudicadas a las personas adultas mayores, tales como la lentitud en su actividad física cotidiana, falta de memoria, intolerancia, terquedad, comportamiento infantil y que evocan actitudes como la lástima o expresiones de violencia como sensación de estorbo. Por lo tanto, situaciones como la enfermedad y la muerte responden a la normatividad de la sociedad, y pareciera que, al ser *esperados*, las sociedades están preparadas para afrontar estos procesos.

Ante este panorama ser viejo parece ya en sí mismo una ofensa y por ello “el anciano por el simple hecho de continuar existiendo ya es objeto de exclusión” (Ortíz de la Huerta, 2007, pág. 224) y se vuelven sujetos menos relevantes para la sociedad y por lo tanto las personas adultas mayores asumen conductas acordes a estas creencias estereotipadas.

Es importante señalar que estas representaciones sociales, no se quedan en ideas abstractas, ya que estas trascienden a conductas y formas de relación y de

trato hacia esta población. Estos actos, prácticas y las conductas que emergen de las construcciones sociales son discriminatorias, ya que terminan por vulnerar los derechos fundamentales de las personas y pueden obstaculizar el acceso a servicios que garanticen un mejoramiento en sus condiciones de vida.

La aceptación y réplica de estas representaciones sociales adoptan formas discriminatorias que se expresan en múltiples y complejos actos y algunas de sus consecuencias más frecuentes son la marginación y exclusión.

La imagen negativa de la vejez asocia esta etapa con la enfermedad y genera que las personas mayores sean consideradas enfermas, carentes de autonomía, asexuadas, con dificultades para aprender, improductivas, aisladas socialmente e inflexibles (Instituto Nacional contra la Discriminación, Xenofobia y el Racismo, INADI s/p).

Una de las consecuencias que enfrenta la población adulta mayor, ante estas representaciones sociales, es la exclusión no solo socialmente sino con alcances en la vida familiar y que pueden desencadenar actos violentos y discriminatorios aunado a una aceptación de estos estereotipos por parte de las propias personas que se encuentran en esta etapa, aceptando así el estigma de aislamiento y la pasividad.

La noción de vejez hoy denota representaciones que socaban la dignidad y la historia de las personas viejas, ante una idea de productividad – improductividad que va ligada a las condiciones de pobreza en las que envejece nuestro país. Estas condiciones favorecen a la construcción social de la vejez, Young y Schuller (1991, citados por Giddens, 2002, pág. 184) sostienen que “la edad se ha convertido en un artificio opresivo que se utiliza para encajar a la gente en roles fijos y estereotipados” Estos estereotipos y la lucha de la población vieja para desmentirlos, distrae, en cierto modo, la atención a las necesidades al transitar en esta etapa de la vida, ya que los instrumentos y estrategias que se generan para atender a este sector poblacional son pensados a favor o en contra de estos estereotipos y no en si a las necesidades reales.

Por ello es urgente generar nuevas miradas sobre el envejecimiento, promover acciones encaminadas a transitar las etapas del ciclo de vida con oportunidades y principios de libertad, igualdad y justicia para generar una imagen nueva y positiva del proceso de envejecer.

Generar una imagen positiva del envejecimiento es uno de los aspectos importantes que plantea el Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento 2002, en el que establece:

[...] el reconocimiento de la autoridad, la sabiduría, la dignidad y la prudencia, que son fruto de la experiencia de toda una vida, ha caracterizado normalmente el respeto con que se ha tratado a la ancianidad en el curso de la historia. En algunas sociedades a menudo se desatienden esos valores.

Para lo cual es importante generar todas las acciones necesarias para transitar en la resignificación de la vejez y la promoción de esta entre las generaciones.

2.8. Salud

Salud es un concepto dicotómico que solo se entiende cuando se analiza junto con su contraparte la enfermedad, ambas son categorías que tienen una lectura y construcción social, ya que, por un lado, la salud es un valor fundamental y universal para la preservación de la vida y, por otro, también devela los factores sociales de quien la porta.

En diferentes culturas, a lo largo de la historia, han existido ideas sobre salud y enfermedad y gran cantidad de ellas coinciden en que ambas refieren a situaciones físicas, y ha sido la medicina quien se ha apropiado de este discurso. “Sin embargo, gran parte de lo que hoy consideramos medicina es consecuencia de la evolución de la sociedad occidental en los tres últimos siglos” (Giddens, 2000, pág. 170) en este sentido, el papel de la familia, la medicina tradicional y la forma en cómo se conversa sobre la enfermedad, la muerte y el cuerpo en y cómo se relacionan entre sí, han quedado relegadas a existir como parte de la historia para dar paso a lo que llamamos medicina moderna, misma que “promovió un enfoque

de la enfermedad que considera que su origen y tratamiento son físicos y explicables de forma científica” (Giddens, 2000, p. 170) y a partir de la cual se han desarrollado los sistemas sanitarios.

Esto posicionó al saber científico de la medicina y al ámbito hospitalario como la institución por excelencia para tratar y estudiar los procesos de enfermedad, otorgando así un lugar privilegiado al “desarrollo de un cuerpo de profesionales de la medicina que se rigen según un código ético aceptado y que tienen un considerable poder social” (Giddens, 2000, p. 171) y que al mismo tiempo se vuelven protagonistas en la toma de decisiones en relación con el paciente, su salud y en ocasiones su vida, a consecuencia del sistema paternalista y hegemónico desde el cual emerge, de tal forma que el sistema sanitario, la relación médico paciente y políticas públicas, adquieren gran relevancia en el cuidado de la salud de las y los adultos mayores.

Las prácticas del cuidado de la salud se traducen en conductas identificadas como hábitos de cuidado que se encuentran estrechamente interconectados con el contexto, edad y género, por lo tanto, los individuos que tienen una mejor situación económica y social están, por regla general más sanos, son más altos y fuertes y viven más que los de posición social inferior (Giddens, 2000, pág. 172) probablemente por el mayor acceso y calidad de los servicios de salud; por ello es importante hablar de las condiciones de vulnerabilidad, como determinantes en el acceso a la salud y a la salud pública cuyo objetivo es buscar el bienestar de las comunidades y evocar las pautas éticas dirigidas a atender las desigualdades.

Ruth Macklin (2008, pág.5) sostiene que una tendencia para acercarse a la vulnerabilidad es el “enfoque en las disparidades de salud presentes en grupos poblacionales, tanto en el ámbito nacional como global, la exploración a los determinantes sociales de la salud”. En este sentido, cabe remarcar lo que ya se habló anteriormente sobre las disparidades de salud, afirmando que la situación económica y social es determinante en la salud de las personas y en consecuencia

gozarán de un mejor estado de salud tanto a nivel preventivo como de atención, las poblaciones más ricas que aquellas que se encuentran en contextos de clases socioeconómicas bajas, sin dejar de puntualizar que éstas desigualdades se encuentran y convergen con otras desigualdades como la etnia, la edad y todas ellas interconectadas con el género.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) conceptualiza a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Alcántara, 2008, pág.96), por lo que equilibra el aspecto físico, mental y social en igualdad de importancia para el bienestar, por tanto, las desigualdades en los grupos en condiciones de vulnerabilidad atraviesan éstos tres estados de salud en las personas.

La OMS refiere que los determinantes sociales de la salud son “circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen”, estas circunstancias están directamente relacionadas con la forma en que se priorizan y distribuyen los recursos a nivel poblacional por medio de las políticas públicas adoptadas. De la misma forma, este órgano internacional en 2005 estableció, a través de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, tres recomendaciones generales para promover la equidad en el ámbito de la salud, dichas recomendaciones son:

- 1.- Mejorar las condiciones de vida cotidianas, que comprenden las condiciones en las que se desarrollan las y los niños, los entornos saludables para una población sana, prácticas justas en materia de empleo y trabajo digno, protección social a lo largo de la vida y atención de salud universal.
- 2.- Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, la cual atiende la inequidad sistemática como resultado de normas, políticas y prácticas sociales que toleran o incluso favorecen una distribución injusta del poder, la riqueza y de otros recursos sociales y del acceso a éstos.
- 3.- Medición y análisis del problema, la cual resalta la importancia de mecanismos de observación sistemática de las observaciones sanitarias y los mecanismos que

aseguren que los datos puedan ser interpretados y utilizados en la elaboración de políticas, sistemas y programas más eficaces. La sensibilización y la formación en materia de determinantes sociales de la salud como esencial.

Ante las representaciones sociales sobre la vejez y los determinantes sociales de la salud, podemos identificar grupos poblacionales que por sus condiciones se encuentran en mayor vulnerabilidad social y de salud:

Los ancianos de las sociedades contemporáneas suelen ocupar una posición inferior y tienen menos poder del que tenían en las culturas premodernas. En éstas, al igual que en las sociedades no occidentales de la actualidad (como la India o China), se consideraba que la vejez comportaba sabiduría y los ancianos de cada comunidad eran habitualmente los que tomaban las decisiones. Hoy en día el aumento de la edad suele suponer lo contrario (Giddens, 2000, pág. 181).

El envejecimiento de la población no sólo denota el aumento de la esperanza de vida a raíz de los avances tecnológicos, también hace evidente las condiciones en las que se envejece.

En México, el envejecimiento está ligado a la pobreza y a un sistema económico que agoniza y pone en riesgo las pensiones de las personas, que por medio de su trabajo creen o creían que en esta etapa de su vida estarían protegidos a través del sistema de pensión, mismo que está conectado con el acceso al sistema de salud. Todo ello de la mano de una sociedad que violenta, socaba y denigra a la población adulta ante ideas falsas de inutilidad y que, por lo tanto, las y los invisibiliza.

2.7.1 Salud y envejecimiento

El envejecimiento es un proceso, presente en todo momento, determinado por las condiciones en las que se transitan las etapas de la vida, la OMS identifica la gestación, niñez, adolescencia, edad adulta joven y la edad madura como etapas en las que las características de salud están situadas por el entorno social, económico y cultural, por lo que se pueden reconocer las características del estado

de salud o enfermedad, reconociendo al mismo tiempo las experiencias pasadas como presentes en éstos entornos (OMS, 2000).

La vejez se transita en la última etapa de la vida y conlleva un constante cambio, pues desde el nacimiento y en cada etapa de la vida está representada por cambios físicos, psicológicos y sociales, por ello es importante entender el envejecimiento como “un proceso progresivo desfavorable de cambio, ordinariamente ligado al paso del tiempo, que se vuelve perceptible después de la madurez y concluye invariablemente con la muerte” (Beavoir, 2016, pág. 17) y en tanto proceso, es complejo y no comprende solamente el declive natural del cuerpo.

En México, el envejecimiento se configura a través de ciertas particularidades, ya que sucede dentro de un contexto de desarrollo precario y donde las situaciones de pobreza, marginación, desempleo, carencias en la cobertura educativa, entre otras características sociodemográficas se reflejan y se relacionan con las condiciones de salud de la población adulta mayor.

Es así como el panorama de salud también traduce aspectos culturales y sociales, donde los hábitos de cuidado y su relación con el género y pobreza muestran un panorama de las enfermedades de las y los adultos mayores, en nuestro país por ejemplo el aumento de las enfermedades crónicas.

En las personas adultas mayores, algunas de las características fisiológicas presentes en la etapa de envejecimiento son:

Una marcada disminución de la aptitud para la regeneración muscular [...] Acarrea una involución de los principales órganos y un debilitamiento de ciertas funciones que no cesan de declinar hasta la muerte. Se producen fenómenos bioquímicos: aumento del sodio, del cloro, el magnesio, el fósforo y la síntesis proteicas, otros como aspectos anatómicos, de piel, cabello o memoria (Beavoir, 2016, págs. 33-37).

Ante el declive del funcionamiento del cuerpo, del cual la persona tiene claridad, hay una relación entre envejecimiento y enfermedad, ya que hay un gran número de enfermedades que suelen presentarse ante la involución orgánica, sin

embargo, es preciso aclarar que no es lo mismo y algunos de los factores que también se presentan son los psicológicos, un ejemplo de ello es que “los accidentes en los ancianos son el resultado de ciertas conductas que ponen en juego facultades intelectuales- atención y percepción- y actitudes afectivas: indiferencia, abandono, mala voluntad” (Beavoir, 2016, pág. 37), por lo que la percepción de inmovilidad en los ancianos obedece también a los estilos de vida, factores emocionales, y la forma en que éstos se equilibran y su relación con factores económicos y sus estructuras políticas, sociales e ideológicas y con ello a las representaciones sociales que se tiene de la vejez y del cuerpo.

Un aspecto importante cuando hablamos de la salud en la vejez es el hecho de que esta no puede medirse solamente por la ausencia de enfermedad y en este sentido, la OMS (2000) define salud como el bienestar físico, mental y social de los individuos y resalta que no solo es la ausencia de enfermedad. En relación con los adultos mayores este organismo hace una acotación y la refiere como la capacidad para atenderse a sí mismo y desenvolverse en el seno de la familia y la sociedad, la cual permite desempeñar sus actividades de la vida diaria de manera autónoma (OMS); por lo que la funcionalidad física, psicológica y social constituye uno de los indicadores más importantes en la salud de las personas mayores.

2.8 El papel del género: las desigualdades en la salud y su impacto en el envejecimiento.

Para generar discursos bioéticos al interior de la comunidad, es necesario tenerla en cuenta, entender sus diferencias para atender sus necesidades y, con ello, prestar atención a las disparidades de salud que presentan mujeres, varones y sus intersecciones entre edad, clase y etnia.

El avance en el tema aún se está edificando, sin embargo, en materia de salud, la OMS ha identificado determinantes sociales en relación con las mujeres y son:

La salud de la mujer y la niña es especialmente preocupante porque en muchas sociedades se encuentran en una situación de desventaja por la discriminación condicionada por factores socioculturales [...]

Algunos de los factores socioculturales que impiden que las mujeres y las niñas se beneficien de servicios de salud de calidad y alcancen el máximo nivel de salud son:

- Las desigualdades en las relaciones de poder entre mujeres y varones.
- Las normas sociales que reducen las posibilidades de recibir educación y encontrar oportunidades de empleo.
- La atención exclusiva a las funciones reproductoras de la mujer y el padecimiento potencial o real de violencia, física, sexual y emocional.
- Prácticas tradicionales nocivas (Macklin, 2008, pág. 6).

Para nutrir el análisis de las disparidades, Macklin (2008) propone una teoría de la vulnerabilidad basada en estadísticas y los factores socioculturales que se encuentran presentes en los países en vías de desarrollo y aunque esta no incluye de forma específica las diferencias en relación al género, si propone “un esquema con elementos que facilitan el análisis sistemático de los factores que hacen que las mujeres sean vulnerables a daños físicos y psicológicos como resultado de determinantes sociales y culturales” en el cual permite:

[...]identificar las causas como primer paso, en la búsqueda de medidas correctivas. Un acercamiento que especifica que la severidad de la vulnerabilidad de las mujeres nos puede ayudar a determinar la urgencia de la respuesta de la salud pública al identificar aquellos que se encuentran en una desventaja tal que sus decisiones de vida no son ni remotamente parecidas a las de los demás (Macklin, 2008, pág. 22).

Respecto a los varones también podemos encontrar aspectos socioculturales que están presentes en la interpretación y relación que tienen con la salud y la enfermedad, ligados evidentemente a los estereotipos de género.

Por un lado, la relación que establecen los hombres con el cuerpo va enfocado al control y dominio y no a su comprensión o conocimiento, esto desencadena que el autocuidado sea casi inexistente, ya que el tema de cuidado está socializado como una actividad propia de la mujer y como resultado de esto, acuden a los servicios de salud cuando los problemas ya están avanzados.

En cuanto a los motivos para acudir a los sistemas de salud, de manera general, “se encuentran relacionados directamente con sus condiciones de trabajo como actividades de riesgo, hábitos alimentarios y de vida o estados emocionales que impactan a través de la somatización” (Soria, 2017) en este punto es importante resaltar que algunas actividades de riesgo en sus actividades laborales están relacionadas con la precariedad e informalidad por lo que no cuentan con beneficios médicos.

La violencia sexual en varones es un tema aún invisibilizado y se considera un tema tabú, a partir del cual se han generado otros estereotipos alrededor de ella como la homosexualidad, propiciando de esta forma la revictimización en los varones que han vivido violencia sexual.

Por otro lado, los sistemas de salud también han participado en la reproducción de estos estereotipos de género y

[...] los profesionales de esta área perpetúan un modelo de atención y de consulta, en el que naturalizan el hecho que no se acerquen a los servicios de salud o bien desvalorizan los motivos de consulta o comportamientos riesgosos, ignorando sus necesidades y especificidades de atención y poniendo énfasis en su recomposición rápida (Soria, 2017, pág. 15).

La omisión de éstos en los programas de la salud sexual y la salud reproductiva reforzando la paternidad ausente, aunque en este rubro hay ciertos avances al poder acceder a la licencia de paternidad en algunos contextos laborales o el registro de hijas e hijos en los sistemas de guardería, éstos no están lo suficientemente legitimados como para que haya mayor demanda de ellos.

Reconocer las necesidades diferenciadas de salud implica la deconstrucción de lo que significa ser mujer y varón, incluir otras posibilidades de existir, generar cambios de paradigmas en los sistemas de salud.

En México las condiciones en que envejecen las personas adultas mayores las hace susceptibles de vulnerabilidad en términos de salud. En el caso de las mujeres, esta vulnerabilidad se potencializa indiscriminadamente, por ello, analizar estadísticas desagregadas por sexo, ayuda a conocer condiciones específicas; por ejemplo, en materia de salud, es importante conocer la forma en que se comportan u ocurren ciertas enfermedades o cómo se relacionan con las condiciones de vida o laborales, visibilizar las condiciones diferenciadas, asociadas al género y a las condiciones socioeconómicas.

Las ancianas enfrentan problemáticas específicas como mujeres, que van a ser determinadas por las condiciones en las que hayan atravesado las etapas anteriores y la cara mundial y nacional de la vejez es la feminización y la pobreza (Salgado y Wong, 2017).

CAPÍTULO TERCERO

3.1 Envejecimiento femenino: entre la desigualdad y la pobreza

Uno de los objetivos de este trabajo de investigación fue evidenciar las condiciones diferenciadas en que envejecen las mujeres, para lo cual se hizo un análisis de género con la finalidad de enunciar la necesidad de generar estrategias que promuevan la igualdad entre los géneros, dicho análisis se focaliza en las tres dimensiones mencionadas anteriormente: Institucional, hogar y comunidad.

En primer lugar, se da un esbozo general sociodemográfico sobre la situación de la vejez en nuestro país segregada por sexo y con ello enfatizar sobre la

necesidad de evidenciar las condiciones diferenciadas de las que ya se ha hablado a lo largo de este trabajo.

3.1.1 El Envejecimiento en México: aspectos sociodemográficos.

El avance tecnocientífico y los fenómenos sociales de las últimas décadas han contribuido al envejecimiento poblacional y se presenta en la actualidad como un fenómeno global, cuyas consecuencias socioeconómicas y de salud se caracterizan por el “rápido crecimiento, pobreza, asistencia social, atención socio sanitaria insuficiente, heterogeneidad e inequidad” (Ortíz de la Huerta, 2007, pág. 221).

Nuestro país, es considerado un país viejo y según las proyecciones de poblaciones hechas por el Consejo Nacional de Población (CONAPO), “se espera que en 2030 el porcentaje de población de adultos mayores alcance 17.1% (20.7 millones) y en 2050, 27.7% (33.8 millones)”, es decir que, para ese año, 1 de cada 4 mexicanos contará con 65 años y más.

La expectativa de vida es mayor para las mujeres, y existen circunstancias que interactúan a lo largo de las etapas de desarrollo de las personas y se hacen evidentes factores de riesgo, situadas en las diferencias por género, por lo que las condiciones físicas, emocionales, familiares, económicas y sociales entre otras, cobran especial importancia en la lectura de la vejez y exponen las inequidades que enfrentan las mujeres ancianas, expresadas en “índices de analfabetismo, pobreza, maltrato y discriminación” (Ortíz de la Huerta, 2007, pág. 222).

Según la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM 2018) estas son algunas de las condiciones actuales de envejecimiento poblacional:

- En relación con la residencia, en grupos de edades y por sexo refiere que el 4.6% de los varones de 69 años viven solos mientras que, en ese mismo grupo de edad, las mujeres que viven solas representan el 10.7 %; el 17.9% de varones en ese mismo rango de edad vive con pareja mientras que las

mujeres que viven con pareja son el 17.7%; finalmente 75.7% de varones y el 71.6% de mujeres viven con otra persona.

- En el rango de edad de 70 -79 años el 6.6% de los varones vive solo mientras que el 10.7% de las mujeres viven solas, el 26.6% de los varones vive con pareja frente al 17.7% de las mujeres y finalmente el 66.7% de los hombres viven con otra persona frente al 71.6% de mujeres en este rango de edad que viven esta etapa con otra persona.
- En el rango de 80 años y más, el 16.2% de los varones viven solos, el 17.1% viven con pareja y el 66.7% viven con otra persona, mientras que en las mujeres en este mismo rango de edad el 19.7% viven solas, el 6.0% con pareja y el 74.3% viven con otra persona.

Según el INEGI (2019), en nuestro país, el 18.9% de las personas adultas mayores que viven solas no sabe leer ni escribir. Si lo desagregamos por sexo, el porcentaje es mayor en las mujeres (20.8%) que en los varones (15.9 %) y si bien es cierto que la mayoría es alfabeto, el nivel de escolaridad que alcanzan es de apenas 6 años (5.9%), lo que indica que lograron concluir la primaria.

Según Ortiz (2007) la población que posee menos estudios es la que manifiesta tener peor salud y que en nuestro país una de cada tres personas mayores de 60 años no sabe leer ni escribir, y el grupo más representativo con un 35,6% son mujeres, articulándose de esta forma dos factores importantes sobre el modo de envejecer.

Una de las condiciones que caracteriza al envejecimiento en México, es la pobreza, al respecto el CONEVAL (2021) refiere que:

- En 2018, siete de cada diez personas de 65 años o más recibían ingresos por pensión por jubilación o por programas sociales, sin embargo, la

condición de recibirla no fue suficiente para erradicar la pobreza entre esta población.

- Las transferencias monetarias, principalmente las pensiones por jubilación y los apoyos por programas sociales, fueron el principal ingreso de la población de 65 años o más en 2018.
- La población de 65 años o más experimenta, en promedio, menos carencias sociales que el resto de las personas; sin embargo, la desigualdad en el ingreso provoca que haya ciertos sectores con mayor incidencia de pobreza, por ejemplo, quienes no reciben ingresos de pensión por jubilación.
- Las mujeres en edad avanzada ameritan especial atención, ya que son más propensas a carecer de pensión por jubilación y depender de los apoyos de pensión vía programas sociales.

Finalmente, en términos de salud según la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM 2018) estas son algunas de las condiciones actuales de envejecimiento poblacional en cuanto a cuidados preventivos de salud, la encuesta refiere que los porcentajes de la población de 50 años y más que acuden a realizar algún tipo de cuidado preventivo se distribuyen de la siguiente manera:

- Prueba de hipertensión: 63% varones y 75% mujeres
- Prueba de diabetes: 62% varones y 75% mujeres
- Mide el colesterol: 57% varones y 68% mujeres
- Vacuna contra influenza: 46% varones y 57% mujeres
- Vacuna contra neumonía: 16% varones y 19% mujeres
- Prueba de tuberculosis: 13% varones y 14% mujeres
- Adicionalmente, esta encuesta refiere que, entre los varones, una cuarta parte declara hacerse examen de próstata regularmente, y entre las mujeres más de la mitad reporta tener una prueba para cáncer cervical y realización de mamografías.

- Derechohabientica de salud de las personas de 50 años y más, se encuentran distribuidas de la siguiente manera:
 - IMSS: 39.5% varones y 42.3% mujeres
 - Seguro popular: 36.1% varones y 37.1 mujeres
 - ISSSTE: 11.3% varones y 12.7 mujeres
 - Ninguno: 14.8% varones y 9.7% mujeres
 - Pemex, Defensa, Marina: 2.0 % varones y 1.7% mujeres
 - Seguro privado: 1.9% varones y 1.8% mujeres
 - Otro: 1.7 varones y 1.7 mujeres.

- Auto reporte de enfermedades crónicas de la población de 60 años y más:
 - Hipertensión: 38.7% varones y 52.4% mujeres
 - Diabetes: 21.8% varones y 27.3% mujeres
 - Enfermedad pulmonar: 5.0% varones y 7.2% mujeres
 - Artritis: 9.5% varones y 18.5% mujeres
 - Infarto: 4.6% varones y 3.4% mujeres
 - Embolia: 3.4% varones s y 3.2% mujeres
 - Cáncer: 2.1% varones y 3.0% mujeres
 - Obesidad: 22.7% varones y 31.3 % mujeres.

- Dificultad para realizar actividades básicas de la vida diaria en personas de 60 años y más:
 - Vestirse: 10% varones y 14% mujeres
 - Caminar: 9% varones y 12% mujeres
 - Acostarse, levantarse: 7% varones y 10% mujeres
 - Usar el baño: 6% varones y 10% mujeres
 - Bañarse: 5% varones y 8% mujeres
 - Comer: 3% varones y 8 % mujeres.

- Salud emocional de la población de 50 años y más:
 - 5 o más síntomas depresivos: 21.9% varones y 37.1 mujeres
- Porcentaje de adultos que reportan que su memoria es mala: 3.3% varones y 7.8% mujeres.

Esta encuesta también refiere que los adultos mayores tienen redes sociales y familiares, sin embargo, el porcentaje que reporta sentimientos de soledad y síntomas depresivos es más alto entre los mayores de edad.

3.1.2 Respecto a la colonia presidentes del municipio de Querétaro.

La colonia presidentes, es una colonia *popular* que se encuentra ubicada en la ciudad de Querétaro, abarca un área de 16 hectáreas, fundada en los terrenos que formaban parte del ejido de Lomas de Casa Blanca. Las mujeres que participaron en este trabajo forman parte del grupo de personas que llegó a fundar esta colonia.

La colonia presidentes cuenta con los servicios básicos, además de que hay acceso a internet, cuenta con escuelas de nivel básico y medio superior, y existen líneas de transporte para el acceso a la colonia.

Según datos de Market Data México (2022), en cuanto a su población en esta colonia, habitan unas 2,400 personas en 573 hogares. Se contabilizan 1,465 habitantes por km², con una edad promedio de 31 años y una escolaridad promedio de 9 años cursados.

De las 3,000 personas que habitan en presidentes, 600 son menores de 14 años y 700 tienen entre 15 y 29 años. Cuando se analizan los rangos etarios más altos, se contabilizan 900 personas con edades de entre 30 y 59 años, y 280 individuos de más de 60 años.

Una de las principales actividades de la colonia es el comercio, y de acuerdo a Market Data México. En la colonia presidentes se registran unos 280 establecimientos comerciales en operación.

Entre las principales empresas (tanto públicas como privadas) con presencia en la colonia se encuentra USEBEQ, que junto a otras dos organizaciones emplean unas 46 personas, equivalente al 77% del total de los empleos en la colonia.

3.2. El envejecimiento como proceso y experiencia de vida

Este trabajo rescata la experiencia de vida de 5 mujeres que fueron entrevistadas para conocer aspectos importantes que permiten observar las condiciones en las que crecieron, se desarrollaron y en cómo atraviesan su vejez en la actualidad.

3.2.1 Caracterización de las mujeres

Para una mayor comprensión del envejecimiento, se esboza una caracterización de Josefina, Ana María, July, Mary y Raquel al momento de las entrevistas.

Josefina. - Tiene 85 años, es originaria de una localidad del Municipio de San Juan del Río, migró a la Ciudad de México en una etapa de su vida y finalmente se estableció en esta ciudad donde vive actualmente. Es viuda, tuvo 8 hijas (os), vive con dos de ellos en la casa de la cual es dueña, ya que su esposo falleció.

Aunque Josefina acudió a la escuela, no tiene un documento que avale el grado escolar al que llegó, actualmente es pensionada, su ocupación son actividades domésticas no remuneradas y refiere tener algunos padecimientos de salud tales como colitis, gastritis e hipertensión.

Ana María. - Tiene 68 años, es originaria de la Ciudad de Querétaro donde ha vivido siempre, actualmente vive con una hija y un hijo, 5 nietos y 1 bisnieta en la casa que construyó con su esposo. Es viuda, tuvo 5 hijas (os), de escolaridad

primaria y se dedica a las actividades domésticas no remuneradas, así como actividades de cuidado no remuneradas, es pensionada y refiere no tener algún padecimiento de salud y también refiere no tener un seguimiento cotidiano a su unidad médica.

July. - Tiene 71 años es originaria de la Ciudad de México, donde vivió hasta su edad adulta para migrar a la Ciudad de Querétaro donde actualmente vive. Es viuda y tuvo 3 hijas (o), de escolaridad secundaria, se ha dedicado a actividades remuneradas la mayor parte de su vida, actualmente realiza manualidades, enseña y comercia dichas manualidades, es pensionada; vive con su hijo en la casa que ahora es de su propiedad y refiere ser hipertensa.

Raquel. - Es originaria de la Ciudad de México, donde vivió hasta la adolescencia, actualmente vive en la ciudad de Querétaro. Vive sola en la casa que es propiedad de sus hijas (os), es divorciada y pensionada, de escolaridad primaria; tuvo 5 hijas (os) y actualmente tiene dificultades con sus rodillas.

Mary. - Tiene 69 años, es originaria de una localidad de Querétaro, actualmente vive en la ciudad de Querétaro en casa de uno de sus hijos. Es viuda, tuvo 5 hijas (os), se dedica a actividades domésticas no remuneradas y de cuidado, refiere tener padecimientos importantes, pero pidió no fueran mencionados. En su infancia no tuvo la oportunidad de acudir a la escuela con la regularidad necesaria para concluir un grado escolar, sin embargo, en su edad adulta realizó sus estudios de primaria.

3.3 El género como determinante social de las características del envejecimiento

Como ya se ha mencionado, el envejecimiento es un proceso que inicia desde el nacimiento y culmina con la muerte, en el cual intervienen diferentes factores tanto biológicos, psicológicos como sociales y que dentro de un contexto determinan la

forma en que las personas atraviesan las distintas etapas de vida hasta llegar a la vejez.

Un aspecto importante que la ONU considera mejorar en las vidas humanas es el lugar donde crecen y se desarrollan las infancias ya que es en esta etapa en donde las personas aprenden y socializan su lugar en el mundo como mujeres o varones. En este caso, las 5 mujeres entrevistadas refirieron haber nacido en el seno de una familia tradicional, compuesta por mamá, papá, hijas e hijos.

Tres mujeres crecieron en zonas urbanas, dos de ellas en la Ciudad de México, vivían en casas rentadas, una de ellas recordó que donde podían rentar eran vecindades donde tenían que compartir el baño y contaban con una sola habitación.

Dos mujeres crecieron en una localidad, donde no tenían camas, dormían en petates y la casa contaba con braseros para la comida, mesa, sillas o bancos, sin televisiones y sin acceso a servicios básicos como drenaje. En estos casos debían trasladarse a la cabecera municipal, para comprar maíz o cosas que necesitaran, su dieta era a base de maíz y productos del campo que sembraban como familia o bien en el consumo de animales que eran criados en casa y una de ellas tuvo acceso a leche porque ordeñaban cuando tenían vacas.

Las condiciones en que crecen las personas están directamente relacionadas con la distribución sexual del trabajo y las oportunidades de desarrollo para cada sexo, la diferencia de crecer en un lugar urbano o rural tiene un impacto en el acceso al trabajo, educación o bien en el cuidado de la salud.

La socialización del género se encuentra definida por un sistema que supone una jerarquía y posiciona a las mujeres en mayor vulnerabilidad cuyas consecuencias recaen directamente en la calidad de vida personal.

En estas familias la mamá se dedicaba a actividades domésticas no remuneradas, de cuidado y de reproducción, las madres de 4 de ellas tuvieron entre 8 -12 hijas e hijos y hasta 16 partos.

Mi mamá tenía hijos cada dos años, un año lactaba y el otro ya pasaba su embarazo y así era siempre hasta que ya no pudo tener más (Josefina).

Pues mi mamá tenía hijos muy seguido, entre hermanos nos llevamos dos años, tenía su embarazo, amamantaban y luego ya venía el otro, mi mamá era la que nos cuidaba y bueno pues ya luego nosotras apoyábamos a mi mamá imagínate a cuanta gente que cuidar, mi mamá tuvo 16 partos (Raquel).

En estas familias el padre era el proveedor y quien tomaba las decisiones en el hogar. En todas las familias, la madre se dedicaba a las actividades del hogar y de cuidado, el padre era proveedor, sus actividades las desenvolvían en el ámbito público, la mayoría de ellos en trabajos con acceso a prestaciones como seguridad social, sueldos seguros y en su momento oportunidad para adquirir una vivienda. Las madres permanecían a lado de su esposo, como tres de ellas lo mencionaron *seguir al marido y obedecer*. El lugar de trabajo del padre era la base de la dinámica familiar, es decir, si el papá tenía un trabajo fuera del lugar donde nacieron, toda la familia se movía a ese lugar.

Todas las mujeres dijeron que los roles estaban ya definidos, los padres a trabajar fuera de casa y las madres al cuidado de la casa y de la familia.

Mis hermanos se dedicaban al rancho, mientras vivieron ahí, pues a la siembra y esas cosas (Josefina).

Pues yo tenía que llevar el almuerzo, mis hermanos y a mi papá temprano, porque sembraban, así que tenía que levantarme más temprano porque antes había que moler, echar tortillas ordeñar, hacer el lonche, llevarlo y regresar con lo mismo, pero con la comida y así todos los días (Mary).

A donde estuviera mi papá estábamos nosotros, por eso nacimos en varios lugares, unos en Guanajuato, otra en Hidalgo, en el D.F. y en Querétaro (Raquel)

En cuanto a las dinámicas familiares, describen a los padres como figuras autoritarias y violentas, padres ausentes en la crianza o cuidado, de manera general no recordaron expresiones de afecto hacia ellas como hijas ni hacia sus madres.

Tres mujeres manifestaron que la violencia que vivían sus madres era cotidiana, que sus madres fueron golpeadas, expresiones de gritos, humillaciones y en ocasiones las corrían de casa o bien el papá no permitía que salieran de casa, hablaran con vecinas o acudieran a algún convivio.

Pobre de mi mamá, a veces nos teníamos que salir de la casa en la noche (Josefina)

Mi papá era muy trabajador, se la pasaba cuidando los chivos, cuidando borregos, las vacas, en las milpas, solo lo veíamos cuando regresaba de casa o a veces antes de irse, porque salía muy temprano (Raquel).

Como hijas, 3 no tuvieron acceso a una educación primaria completa, ya que en estas familias valoraban las actividades del hogar y cuidado, por lo que ellas desde temprana edad se involucraban en estas actividades.

En cuanto a la educación de sus hermanos, mencionaron que, a diferencia de ellas, ellos sí acudían a la escuela, aunque también debían cumplir con tareas para la casa, especialmente las de campo, por lo que en algún momento decidían trabajar y no continuar con sus estudios.

La posibilidad de salir y tener acceso a trabajo tampoco forma parte de la cotidianidad de estas mujeres como hijas. En todos los casos se casaron o vivieron en pareja en una edad de 17 años aproximadamente.

En estas familias se puede observar el esquema tradicional, desde la conformación de la familia hasta la división sexual del trabajo, acompañado de las expresiones de violencia, el contexto en el que se desarrollaron las familias fue de pobreza, ya que incluso algunas de ellas no contaban con los servicios básicos. Las madres eran sometidas a la autoridad del padre y con ello se evidenciaron aspectos de desigualdad.

Las condiciones en las que estas mujeres crecieron dieron pauta a un aprendizaje tradicional de ser mujer, ya que en su familia no solo estaban definidos los roles de género, también se identifican aspectos de acceso y oportunidad, por ejemplo el hecho de que aprendieran a cuidar de la familia desde edades tempranas, a seguir las indicaciones del padre, no dejarlas salir, no tener acceso a la educación y convivir con expresiones de violencia contra las mujeres sin la posibilidad de tener algún tipo de ayuda para terminar con esa dinámica violenta.

La situación de pobreza en la que crecieron estas mujeres pone en evidencia la ausencia de servicios de vivienda, educativos y de salud y marca la desventaja de las mujeres en estos contextos en relación con los varones.

3.4 Los roles de género en las diferentes etapas de vida

La familia como institución social, tiene un papel determinante en la perpetuación de los roles que asumen las mujeres a lo largo de su vida, en su calidad de hijas, madres o esposas; dichos roles son asignados por la división sexual del trabajo en donde la organización se centra en el ámbito privado, dentro del rol reproductivo cuyas relaciones se basan en el afecto y las actividades que desarrolla dentro de la estructura familiar en el de cuidado, crianza y actividades domésticas que no son remuneradas. Estos roles de género se transmiten intergeneracionalmente y mediante el proceso de socialización primaria, como se mencionó anteriormente.

Una de las características de la infancia de estas mujeres era dedicarse a las actividades de cuidado y del hogar, adquiriendo estas responsabilidades a una edad

aproximada de 4 – 5 años, por lo que la educación escolar no era un tema prioritario en estas familias.

Las actividades de cuidado y del hogar, en el caso de las mujeres así como las actividades de campo o trabajos remunerados en el caso de los varones de éstas familias, estaba legitimado por lo menos por dos de las instituciones sociales más importantes que contribuyen a la socialización del género: la familia y la escuela, pues en ninguno de los casos se refirió que en la escuela señalaran la ausencia de éstas en los periodos en que se quedaban en casa para contribuir con las actividades del hogar.

Yo no terminé... ni terminé la primaria... porque iba por temporadas, no sé, iba unos meses o semanas y luego si mi mamá se embarazaba o algo me decía ayúdame, pues me tenía que quedar para ayudarle a cuidar a mis hermanos o hacer quehacer, hacer comida, las cosas de la casa (Ana María)

Yo casi me la pase cuidando hermanos, a mí, mi papá casi no me dejaba estudiar, ni la primaria me dejaban terminar, porque yo tenía que ayudarle a mi mamá a cuidar niños, moler, hacer comida, llevarla a los trabajadores y regresar hacer lo mismo (Mary).

Yo no tenía ninguna responsabilidad de niña, solo lo que me mandaban hacer... a fregarle con el metate y con el nixtamal, hacer tortillas, ir a dejar el almuerzo, tiempo de cosecha ayudarle a mis hermanos (Josefina).

A mi si me mandaban hacer quehaceres, mi mamá me mandaba a planchar la ropa de mi papá y como a mi papá le encantaba que yo le planchara pues ya me ponían hacer de todo y todo les gustaba como lo hacía y como yo no era rezongona ni nada pues me mandaban (July).

Además de aprender los roles de género, mediante estas prácticas también se aprenden los ámbitos de desarrollo y la desigualdad en las relaciones, ya que en la vida adulta estas mujeres han desarrollado las mismas actividades.

Ahora bien, en términos de oportunidades, no basta saber la escolaridad que han alcanzado las personas, ya que es importante analizar los factores que los atraviesan, ya que la mayoría de ellas interrumpía sus actividades escolares por cumplir con actividades en casa y esto es relevante, porque como se mencionó anteriormente, las situaciones de pobreza, marginación y carencias educativas se reflejan y se relacionan con la forma de envejecer, por lo tanto determina la forma en que se atraviesa esta etapa de vida.

Yo fui a la escuela, pero no sé hasta qué grado llegué, como antes no había papeles, ni boleta hay en el rancho, no supe hasta qué año llegué (Josefina)

Yo casi me la pase cuidando hermanos, a mi papá casi no me dejaba estudiar, ni la primaria me dejaban terminar, porque yo tenía que ayudarle a mi mamá a cuidar niños hacer quehacer, hacer comida (Ana María).

A mí si me gustaba la escuela, pero no me dejaban estudiar, aprendía bien rápido con una semana que fuera ya... pero a mi mamá le gustaba que yo le ayudara porque todo sabía hacer, así que yo creo llegué si acaso a tercero de primaria (Mary).

En cuanto al inicio de la adolescencia, las mujeres no advierten alguna diferencia significativa en relación con el trato en casa o al desarrollo de actividades.

Dos de ellas ubican un poco esa etapa porque una acudió a la secundaria, sin embargo, no tenía el acompañamiento de sus padres para el cumplimiento de sus actividades escolares y al regresar a casa cumplía con las actividades de casa y cuidado que ya había aprendido en su infancia. Mary, a una edad muy pequeña la fueron a dejar a un lugar lejano de casa, con una tía que tenía una fonda, de la cual ella se hacía cargo tanto para limpiarla como para realizar las comidas y que quizá a la edad de 12 años aproximadamente ideo la forma de regresar a casa, ya que ella pensaba que ya la habían abandonado en ese lugar, al llegar a casa se enfrentó nuevamente a las actividades del hogar y de cuidado, la diferencia que puede identificar era que si su papá las descubría riéndose muy fuerte, durmiendo

o haciendo algo que no tuviera que ver con sus obligaciones les pegaba con una reata mojada.

Tres mujeres refirieron haber tenido “novios” antes de los 17 años, al preguntar por las actividades que realizaban con sus novios, dos de ellas dijeron que no podían hacer nada ya que eran vigiladas por su mamá y no podían llegar tarde a casa o bien no podían salir, el tiempo que compartían juntos era el camino a casa o al ir a la panadería.

Pareciera que identifican la edad adulta, a la edad que salen, para trabajar fuera de casa o bien cuando se casan. La mayoría de las mujeres adultas mayores en nuestro país no tienen ni han tenido participación en el mercado laboral, dedicándose principalmente a realizar actividades propias del hogar.

Quienes realizaron actividades remuneradas en etapas anteriores de su vida tuvieron que ver también con labores del hogar o bien mujeres que tuvieron una vida laboral remunerada activa, en algún momento de su vida tuvieron que decidir entre continuar laborando o el cuidado de su familia.

A los 17 años me fui a México a trabajar, de criada pues solo eso sabía hacer, en el rancho eso aprendes, a cuidar, hacer el quehacer... sólo sabía hacer eso, moverle al metate y bueno luego aprendí otras cosas, también sabía escarbar y recoger cosecha, pero eso no se hacía en México. (Josefina)

Cuando me casé pues ya en la casa al cuidado de los hijos” (Josefina)

A mí de chiquita mi hermana me mandaba hacer mandados para las vecinas, aunque no veía ese dinero, y para la casa pues a mi mamá y papá le gustaba como hacía las cosas entonces también las hacía (July)

Cuando me casé tuve varios trabajos, en un despacho, en el banco, para el gobierno del DF, pero a mi hija no le quedaban las guarderías y mi esposo

me dijo que tenía que decidir entre trabajar o cuidar a mis hijas... y me quedé a cuidar a las niñas (July).

Yo me casé a los 17, nos íbamos a vivir a donde él trabajaba, primero en México y finalmente a Querétaro luego como trabajó en la Volkswagen, nos fuimos a Puebla y pues bien siempre me dediqué a mi quehacer, a cuidar a mis niños (Ana María).

Mi esposo en sus descansos le gustaba hacer cosas para la casa y la casa, así que en esos días aquí andábamos trabajando, mis hijos y yo también, levantamos esta casa (Ana María)

Uy a mí desde muy chica me fueron a dejar con una tía, ella tenía un restaurante, como yo ya sabía hacer todo pues mi tía feliz porque yo hacía todo ahí, nunca vi un peso... pero ahí estuve muchos años (Mary).

Ya casada tuve 5 hijos imagínate, el hombre era un borracho desobligado, así que tenía que trabajar, pero para no dejar a mis hijos hice un negocio y había días que me dedicaba a la joda del negocio y los otros lavar y que hacer y así (Mary).

Mientras me casé pues me dediqué al cuidado de mi casa, con el señor me fue muy mal... cuando me divorcié me fui 16 años a EUA, pero ahora me regresé... y ahora no tengo nada (Raquel).

Actualmente, 3 mujeres siguen desempeñando actividades de cuidado de nietas, nietos o bisnietos, sin remuneración, por lo que se puede observar, que, estas mujeres siguen siendo parte activa de la economía familiar y apoyo en el desarrollo de sus hijas e hijos, pero igualmente no reconocidas económicamente, dicha situación no les genera pesar pues son actividades que muchas de ellas han realizado desde la infancia, pero que las mantiene en una economía de pobreza.

Es la mujer quien asume compromiso de cuidar, en todos los casos presentados, las mujeres manifestaban sus labores como algo obvio, no se

identifica alguna queja o protesta en cuanto a los roles que desempeñaron en la edad adulta como esposa o madre y pareciera que era una respuesta lógica, ya que desde la infancia atravesaron por la socialización de los roles tradicionales de género y por lo tanto los asumieron como propios, definiéndolos como parte de su responsabilidad.

Estas tareas impuestas socialmente no son valoradas, ni remuneradas y conllevan consigo altos costos en la vida de las mujeres y por supuesto en el envejecimiento.

3.5 La pobreza: El rostro del envejecimiento femenino.

Considerando que, por la división sexual del trabajo, el lugar predominante de las mujeres ha sido en el ámbito privado y con ello las actividades de cuidado, crianza y domésticas sin remuneración han sido asignadas socialmente a ellas y considerando también que son las mujeres el mayor grupo poblacional en la etapa de vejez, entonces una de las consecuencias que enfrenta el envejecimiento en México es la pobreza.

En nuestro país, las mujeres de las cohortes que están actualmente en la vejez se encuentran vulnerables, por su bajo nivel educativo, por su poca participación en el ámbito económico a lo largo de su vida y en algunos casos por la pérdida de su pareja, quien era el proveedor en esa dinámica familiar.

Lo anterior también puede reflejarse en la vida de las mujeres entrevistadas, ellas, fueron casadas, se dedicaron a las actividades del hogar y de cuidado, dependiendo económicamente de sus esposos, el día de hoy cuentan con una propiedad, el 50% de esa propiedad es el patrimonio que realizaron en etapa de matrimonio, sin embargo, no fueron propietarias, ni se asumen como parte de ese logro, por lo que se consideran propietarias como consecuencia del matrimonio y del trabajo de sus esposos que ahora han fallecido. La participación en la adquisición de la propiedad fueron diversas: la venta de artículos o bien en la construcción de dicha propiedad, o bien, fueron regalos de su padre.

En cuanto a las actividades desempeñadas ya estando en matrimonio, 3 mujeres se dedicaron a las actividades domésticas no remuneradas, ellas tuvieron entre 5 y 8 hijas e hijos, en periodos de cada dos años, ninguna utilizaba un método de protección o decidían cuando tener hijos, la periodicidad dependía de los meses de gestación y lactancia, por lo que la mayor parte de su vida productiva se la pasaron, embarazadas, lactando y atendiendo recién nacidos, ya que en estos periodos también hubo quienes tuvieron abortos involuntarios. Esta situación posicionó a las mujeres en el ámbito privado, al trabajo reproductivo y doméstico.

Fueron los esposos los que trabajaban para proveer a estas familias, en 3 de las familias de las mujeres entrevistadas, en estos casos ellos trabajaron en distintos lugares hasta que encontraron a través del tiempo un trabajo asalariado que permitía también la posibilidad de adquirir una casa o tener acceso a los servicios de salud.

Quien trabajaba de manera informal, tenía la misma figura de proveedor dentro de la familia, de hecho, en la experiencia de estas mujeres los esposos tuvieron diferentes cambios de trabajo y de residencia, así es como llegaron a la ciudad de Querétaro.

Esta organización sexual del trabajo, en estas familias se mantuvo en casi todos los casos hasta que el esposo murió, pero en su experiencia 2 mujeres dijeron que habían logrado lo suficiente y obtenido lo necesario para vivir y que a sus hijas e hijos no le había faltado lo necesario aludiendo a términos económicos.

Dos mujeres atravesaron por una separación, en donde al quedarse a cargo de las hijas e hijos, comenzaron actividades económicas de manera informal, pero no adquirieron ninguna garantía de seguridad social o salarios fijos y además de sus actividades económicas, desempeñaban las de cuidado, crianza y casa.

July, trabajó desde edad temprana y al casarse esta situación no cambió, es el único caso que después de casarse mantenía actividades laborales, sin embargo, al igual que las demás realizaba actividades del hogar, de cuidado y de crianza. En algún momento dejó su trabajo para dedicarse al cuidado de sus hijas, retomando nuevamente estas actividades años después.

En cuanto a la toma de decisiones, se observa que, al no ser mujeres con autonomía económica, tampoco tienen libertad para tomar decisiones que para ellas son importantes.

Ahora lo que gano con la pensión en un mes allá lo tenía por una semana de trabajo, es insuficiente, no me alcanza y no cuento con nadie, mis hijos están en estados unidos, quisiera vender mi casa, quisiera vender todo e irme de aquí y no puedo porque mis hijos tienen que firmar para que eso pase y nunca tienen tiempo (Raquel).

Yo tengo la pensión, y a veces mis hijos pues me apoyan, aunque con todas las enfermedades que tengo pues nada alcanza (Josefina).

Quisiera arreglar aquí... pero bueno pues ahorita no puedo (July).

En este momento todas viven como mujeres solteras, una es divorciada y las demás viudas, pero en aspectos económicos evidentemente la diferencia es que los esposos de ellas contaban con un trabajo que les permitió adquirir una casa, eran los que proveían a la familia y solucionaban problemas o bien realizaban adecuaciones en casa, por lo tanto, no se involucraban en la crianza o en las actividades del hogar.

Dos mujeres refirieron haber vivido violencia una de las consecuencias de ella fue que al separarse o divorciarse quedaron sin hogar, ya que una de ellas en el procedimiento de divorcio tuvo que ceder la mitad de su propiedad a pesar de haber sido un regalo de su padre, por lo que no puede disponer de ese bien, esta mujer se ve obligada a seguir viviendo ahí porque no puede venderla, no cuenta con

una pensión y solo depende económicamente del programa social en el que está inscrita. El señor al momento de separarse contaba con trabajo, el mismo que le permitió jubilarse y vivir ahora de ese trabajo.

Por otro lado, en el segundo caso, no hubo un procedimiento jurídico de divorcio, por lo que ni ella ni sus hijos tuvieron acceso a una pensión alimenticia, ella asumió la manutención de sus hijas e hijos a pesar de que el señor contaba con un trabajo estable que le permitió jubilarse y contar con una pensión hasta su muerte.

De esta forma podemos observar que en cuestiones económicas, los varones esposos de estas 5 mujeres eran los que contaban con un trabajo formal y aunque no siempre fue así y también respondieron a situaciones de pobreza y desempleo, finalmente lograron un trabajo formal, que les permitía ser el proveedor de la familia, adquirir una propiedad para vivir, proporcionar a la familia seguridad social y por lo tanto atención médica y finalmente tener una pensión en su retiro y ahora en 3 de los casos, ya siendo viudas, tienen la posibilidad de tener dicha pensión.

Es importante resaltar, que decir que tuvieron un trabajo formal, acceso al seguro y una pensión, no quiere decir que no atravesaron situaciones de precarización, ya que las funciones desarrolladas por ellos de manera general fueron en calidad de obreros o trabajos pesados por lo que sus accesos fueron a puestos bajos en su mayoría.

Lo anterior provocaba que las familias rentaran por muchos años, que construyeran sus casas y que incluso parte de la familia se involucrara en estas actividades, para mitigar algunos gastos, que en algunos casos el esposo murió y no se concluyó por completo el proyecto de la casa.

July, trabajó de manera remunerada desde muy joven, en algún momento interrumpió esta actividad para el cuidado de sus hijas, sin embargo, cuando su

esposo perdió el trabajo pasó por una situación muy difícil, sobre todo económicamente, por lo que comenzó a trabajar nuevamente, dando clases de repujado y como comerciante, actividad que compartió con su esposo por muchos años. En este periodo Ángel su esposo, se fue a trabajar a Estados Unidos y se separó de la familia por un tiempo. Situación que fue complicada para ambos, porque él, tenía la presión de trabajar para saldar unas deudas y alejado de la familia y ella se quedó al frente del hogar, cuidado de la familia, además de actividades laborales que desempeñaba para hacer frente a esta situación.

Tres mujeres refirieron que su esposo era alcohólico, por lo que eso afectaba de manera directa a la economía del hogar, pues al llegar los días de pago, él llegaba a casa con parte del dinero gastado, lo que representaban ciertos ajustes a la organización de los gastos o bien no contribuía con dicho gasto.

En cuanto a sus ingresos actuales, 3 de ellas tienen una pensión económica y es su medio de sustento, dicha pensión es derivada de una prestación laboral de sus cónyuges, y parece ser insuficiente para satisfacer todas sus necesidades; 4 tienen apoyo federal mediante el programa de bienestar y una de ellas depende de lo que le dan sus hijas e hijos; una además de la pensión económica que recibe, realiza actividades manuales y después las comercializa.

Todas manifestaron su preocupación ante el hecho de esperar ayuda de sus hijos e hijas ya que tienen sus propias responsabilidades, además de que a las parejas o cónyuges no siempre les parece que les proporcionen ayuda y algunas de ellas se sienten incómodas ante estas situaciones.

Al no ser completamente autónomas económicamente, perciben límites en diferentes niveles, por un lado, si tienen un plan de emprendimiento, les cuesta mucho trabajo tener el manejo de capital que cualquier negocio por pequeño que sea requiere, es decir, las mujeres reconocen tener habilidades que en algún momento utilizaron como fuente económica, pero en el contexto actual esa posibilidad es casi nula.

A una de ellas no le gusta vivir en donde vive, le desagrada la casa y la poca posibilidad que tiene de tener un trabajo que le permita vivir conforme lo desea, cuenta con una pensión y apoyo federal, sin embargo, en su edad productiva trabajó en Estados Unidos y tenía un poder adquisitivo mayor. Al no tener dinero para irse nuevamente, no tener documentación y al no ser dueña formal de la casa donde vive, lo que le queda es aceptar esas condiciones en las que se encuentra.

Dos mujeres manifestaron tener deseos de hacer arreglos a las casas donde viven, ya que consideran que necesitan mantenimiento y que incluso no alcanzaron a terminarla como ellas lo hubieran imaginado, pero al no contar con los recursos económicos necesarios creen que no lo lograrán o que realmente será muy difícil lograrlo.

Es así como las mujeres aquí entrevistadas, llegaron a la vejez en un estado de dependencia económica, con un limitado acceso a la educación, cuya actividad principal desde la infancia fue el cuidado de la familia y las actividades del hogar, permanecer en estos estereotipos de género marcó de alguna forma las condiciones económicas en las que vivieron y en las que llegan a la vejez.

Al tener mayor esperanza de vida, 4 esposos han fallecido el día de hoy, varones que se dedicaron a trabajar también desde la infancia, fortaleciendo el rol de proveedores desde la familia nuclear y después la familia que formaron, al permanecer también en estos roles tradicionales fueron hombres que trabajaron mucho algunos de ellos hasta antes de morir, 3 de ellos tuvieron la posibilidad de tener un trabajo formal con acceso a prestaciones y con ello brindar la posibilidad de un sustento a sus esposas, y seguir siendo proveedores incluso después de la muerte.

3.6 Salud en la vejez

En relación con la percepción de la salud 4 mujeres tienen entre 1 y 3 padecimientos diagnosticados médicamente y de los cuales toman medicamentos, 3 de ellas con hipertensión que es el padecimiento en común, y se combina con gastritis y colitis para una de ellas, otra además de ésta tiene artrosis, hernia hiatal y sinusitis.

Al preguntar sobre cómo aprendieron a cuidar de su salud, no tuvieron una respuesta clara para ello, ya que no recuerdan haber tenido seguimientos médicos en la infancia, recuerdan vagamente la figura de los médicos o las visitas a ellos, aunque esta situación no solo fue en la infancia pues en la vida adulta de manera general no aprendieron hábitos de autocuidado y el seguimiento médico que ahora obedece a la sensación de sentirse enfermas, incluso ahora dos de ellas solo acuden al médico cuando tienen un malestar y no de forma preventiva. Una de ellas incluso dijo que no le gustan las actividades que dirigen para las personas de la tercera edad, así que no asiste a ellas.

Casi iba al médico por los niños que luego se enfermaban de tos o de fiebre (Mary).

Una de ellas dijo que ahora ya no va al médico a los seguimientos por sus padecimientos, porque ya no le daban nada, por lo que compra sus medicamentos y va a consulta de forma particular y absorbe sus gastos.

Yo si fui muy enfermiza, siempre, y ahora también, entre más viejo más enfermedades padece uno, me duele acá, allá, ya con tantos años” Josefina

En relación con la salud sexual y reproductiva, Josefina tuvo 8 partos, de los cuales en todos tuvo seguimiento con médico partero y tenía partos sin dolor, el seguimiento ginecológico lo hizo ya en épocas recientes por cumplir con las reglas del seguro más que por iniciativa de ella.

Llegaba, me inyectaba y cuando despertaba ya tenía a mis hijos todos sin dolor ni cuenta me daba y no tuve ninguna cesárea

Respecto al control de la natalidad, dijo que nunca utilizó algún método de prevención del embarazo o infección de transmisión sexual, la forma en que lo hacía y ella percibía como segura era “dar un año pecho a los hijos”.

Ya después se los quitaba y ya venía el otro y nacía a los dos años del chiquito y así se la llevaba una, hasta que se me fue la menstruación y ya no hubo mas

El esposo de Josefina murió hace 20 años de cáncer en el hígado y al hablar de la enfermedad de su esposo, dijo que había una razón que identificaran que podía suceder pues a su criterio él no tomaba alcohol de manera desproporcionada, solo en fiestas o en ocasiones especiales, respecto a la enfermedad dijo que de repente tuvo dolor y comenzó a adelgazar y así hasta que murió, en ese trance le diagnosticaron el cáncer y dejó de trabajar, pero murió en cuestión de meses.

El cuidado de la salud de su esposo era menor que el de ella, ya que ella debía cumplir con algunas actividades enfocadas en su salud a partir de la atención de sus hijas e hijos, pero él no y al igual que ella no adquirió hábitos de cuidado por lo que el diagnóstico de su enfermedad fue en etapa terminal.

Ana María percibe su salud como buena, no sólo ahora si no toda su vida: “yo no recuerdo que me enfermaba, quizá me daba una diarrea o algo así pero nunca he estado en cama”, recuerda que en la infancia cuando hubo seguro, su mamá los llevaba a vacunar, pero no recuerda que los llevaran a programas o que les enseñaran a ir cotidianamente al médico o alguna acción para el cuidado de su salud de manera especial, sobre todo ella que tenía las salidas muy restringidas y debía ayudar a su mamá en el cuidado del hogar y la familia. A pesar de que su papá era deportista, jugador de fútbol, y les inculcaba ese deporte a sus hermanos,

a ella no le permitían hacer deporte, por ser mujer y no la dejaban salir de casa, así que no adquirió ese hábito. Tiene muchos años que ella no se hace un chequeo médico.

Se casó a los 17 años y tuvo 5 partos, el primer parto a los 18 años, al tener el seguro tuvo seguimiento en sus embarazos y partos, todos fueron de manera natural y sin complicaciones. No utilizó métodos para prevención del embarazo ni de infecciones de transmisión sexual, excepto los últimos años.

Antes del confinamiento tenía la costumbre de caminar todos los días como ejercicio, idea que surgió por un dolor de rodillas, por el cual no fue al médico e infirió que al hacer ejercicio este dolor desaparecería.

Su esposo falleció unos meses atrás, enfermó de diabetes de la cual no se cuidaba, si tenía algún dolor o incomodidad no lo manifestaba, tomaba el medicamento con café aun sabiendo que no debía hacerlo, no respetaba la dieta, no realizaba ejercicio, y nunca se hizo cargo de su medicación y cuidado, estuvo en varias ocasiones en el hospital a causa de ello y ella lo cuidaba, situación que provocaba el descuido de su propia salud y periodos largos de estrés.

En su edad productiva su esposo se enfocó en proveer las necesidades de la familia, construir la casa y nunca le dio importancia al cuidado de su salud, de hecho, al casarse ella también fue responsable del cuidado de él y por lo tanto de su salud.

July narra que su esposo enfermó y aproximadamente año y medio estuvo en revisión médica, con diferentes padecimientos, como tiroides, fallas en el hígado y al final un dolor en el estómago y sangrado hizo que lo llevaran al hospital, para lo cual le programaron algunos estudios, sin embargo, colapsó antes de poder realizarlos a la edad de 70 años.

Ella se percibe como una persona saludable, sin embargo, ha sido diagnosticada con artritis reumatoide e hipertensión, la artritis se caracteriza por una inflamación crónica en las articulaciones, ella lo asemeja a un volcán que se encuentra apagado en este momento. Para el tratamiento de esta enfermedad tuvo episodios de estrés ya que necesitaba un medicamento muy caro por 4 pastillas y aunque le costaba mucho trabajo, pudo comprarlo.

Actualmente le da seguimiento a la hipertensión, en el seguro social, aunque es preciso decir que tampoco cuenta con hábitos de cuidado ya que también su principal actividad ha sido de cuidado. Actualmente sigue al pendiente de dos de sus hijos, quienes atraviesan por algunas problemáticas en este momento.

Para ella la muerte de su esposo fue un acontecimiento que le ha sido muy difícil de superar, ya que compartieron 44 años como pareja, por lo que cuando murió sintió mucha tristeza, y mucho tiempo solo dormía, lloraba y no tenía ganas de hacer algo, no le encontraba sentido a su vida. La situación de pandemia se juntó con esta situación de tristeza y duelo por el que ha pasado.

En común entre todas las mujeres entrevistadas, es el sentido de inutilidad que tienen en esta edad y que esta percepción se ha fortalecido por la situación de pandemia en la que nos encontramos, ya que por las características de esta pandemia este grupo poblacional ha sido especialmente vulnerable, agravando la idea de soledad en la que viven.

July ya pasaba por un momento complicado emocionalmente, que ha puesto su resiliencia a prueba y narra que ha tenido que encontrar actividades y ánimo para ocuparse salir de esta depresión en la que se encontraba.

Respecto a la percepción de soledad, por las circunstancias de la pandemia, una de las cosas que les ha costado trabajo enfrentar es el aislamiento al que han tenido que someterse para el cuidado de su salud.

Ahora no podemos ver a la familia, eso es difícil... aunque hablamos por teléfono, pero bueno pues mis hijos verdad, ya que de mis hermanos ya solo yo quedo, los demás ya todos fallecieron, tengo sobrinos, porque de cuñadas también ya fallecieron, y como quiera no los veo... (Josefina).

Ahora que está esta enfermedad que nos mata a los viejos, tenemos que estar encerrados, de por si los hijos con sus ocupaciones y ahora que no nos dejan visitarnos, pues nos desesperamos. (Mary)

Una de las características sociales, asociadas a la construcción de género entre mujeres, es la idea de afrontar su experiencia de vida de manera aislada.

Me vine de EUA, creyendo en las amigas que me iban ayudar, ahora estoy aquí, sola en esta casa que quisiera vender y no puedo, porque todos mis hijos están allá (Raquel)

Una debe enfrentar su vida sola... las hermanas y hermanos, pues cada uno tiene su vida, en mi casa solo yo sé que pasa, si como si no como y así ha sido siempre (Mary).

Una de las problemáticas que se deben enfrentar tanto a nivel colectivo y social ante el incremento de esperanza de vida, es la atención a la salud, entender como la pobreza, la educación, el desarrollo y la salud, ya que son un reflejo de la calidad de vida de las mujeres y varones.

CAPITULO CUARTO

A manera de conclusión

4.1 -Hacia un envejecimiento bioético y con perspectiva de género

Tener un acercamiento con el tema de la vejez da cuenta de dimensiones inexploradas en términos de investigación y de la urgencia de atender a este sector poblacional que hoy por sus características, es catalogado como un grupo vulnerable, que sus condiciones se agravan al tratarse de un fenómeno cuya cara es mayormente femenina y su expresión mayor es la pobreza, padeciendo desigualdad y discriminación.

El envejecimiento es un proceso gradual, continuo y natural por el que atraviesan las personas a lo largo de su vida, por lo que trabajar por un envejecimiento que responda a una buena calidad de vida, necesariamente requiere de mejorar las condiciones en que se desarrollan las personas desde el momento en que nacen, por ello es necesario contar con políticas públicas que garanticen el acceso a los derechos humanos fundamentales, como la salud, educación y desarrollo, sin olvidar otros que salvaguardan la dignidad humana, como el derecho a una vida libre de violencia, a una vida con calidad, el disfrute pleno, el respeto a la integridad física, psicoemocional y sexual, citados en la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (2016) de tal forma que las personas en cada etapa de su vida fortalezcan las condiciones que posibiliten un envejecimiento con dignidad, teniendo en cuenta que los Derechos Humanos se sustentan en la dignidad y que ésta se concretiza en cada uno de ellos.

El abordaje del envejecimiento desde una perspectiva bioética y de género responde a un enfoque de responsabilidad social que contribuye a la justicia y la equidad, por lo tanto, responde a los mismos principios, además, del principio de autonomía, y corresponsabilidad.

Establecer una mirada tridimensional y al mismo tiempo unificada del envejecimiento: como un proceso que involucre la perspectiva de género para que sea bioético va a generar las condiciones para que sea posible lo que la ONU llama un envejecimiento saludable.

Las experiencias de vida plasmadas en esta investigación generan las posibilidades de identificar aquellos aspectos que son modificables en la vida de las mujeres y niñas de hoy, y con ello mejorar las condiciones de envejecimiento que les fueron negadas a las mujeres que nos regalaron el relato de su historia y que sirven como un espejo de esta realidad llamada vejez.

A lo largo de esta investigación hemos visibilizado la relación de los determinantes sociales y el impacto en la calidad de vida de las personas, el acceso a oportunidades y el goce de los derechos humanos fundamentales. Por ello es importante decir que entender y abordar al envejecimiento como un proceso que inicia desde el nacimiento trae consigo la tarea implícita de mejorar las condiciones de vida de las personas, especialmente aquellas que por sus características forman parte de un grupo vulnerable como es el caso de las mujeres en sus diferentes etapas de vida y contextos sociales.

Observar los fenómenos actuales como el envejecimiento, con una perspectiva Bioética, que nos permita reflexionar sobre las condiciones en que las personas adultas transitan la etapa de la vejez y que permita percibir la injusticia e inequidad que se sitúa en las experiencias de vida, es la antesala para fundamentar respuestas que respeten la dignidad y los derechos humanos universales reconociendo el peligro de no asumir las responsabilidades que este fenómeno amerita.

Desde una postura ética, es importante entender que los contextos son relevantes para una evaluación ética, por lo tanto, el respaldo de patrones, estereotipos y roles, basados en el ejercicio del poder, la dominación, la opresión o la violencia deben ser considerados un mal moral, que obstaculiza un fin ético: la

búsqueda de la felicidad, de los grupos oprimidos, en este caso, las mujeres adultas mayores.

La Bioética con una perspectiva de género, propone un discurso crítico sobre la opresión, las prácticas de desigualdad e injusticia e invita a la construcción de una moral justa e inclusiva, generando respuestas particulares a las problemáticas sociales, como las que enfrenta hoy el envejecimiento.

Por lo tanto, la Bioética en su carácter de aplicada, debe considerar la atención a las diferencias entre mujeres y varones en sus diferentes campos, enfatizar la necesidad de evaluar estas diferencias existentes en la implicación de aspectos relevantes como el cuidado, modos de organización social, acceso a servicios de salud y educación, así como la reflexión de valores subyacentes que generan desigualdad, injusticia y por lo tanto obstaculizan la igualdad sustantiva.

Esta perspectiva implica una reflexión sobre los aspectos culturales, sociales y políticos, que dan sentido a las vidas humanas y que no puede prescindir de los aspectos contextuales.

Por lo tanto, se debe denunciar que mantener una estructura patriarcal, donde existe una clara desventaja entre mujeres y varones, trae consecuencias que desencadenan problemas como la pobreza, violencia, discriminación y el no acceso a servicios educativos y de salud, que frenan el desarrollo. Por lo tanto, una postura bioética sin perspectiva de género del envejecimiento, atenta contra la dignidad humana.

Por el contrario, una postura bioética del envejecimiento, transversalizada con la perspectiva de género, da la posibilidad a otros modos de razonamiento moral, que promuevan los principios de justicia, equidad, el respeto a las libertades y a los derechos humanos, por lo tanto, que atienda las problemáticas que se han visibilizado en esta investigación, mismas que se hospedan en una estructura patriarcal que ha valorado de forma desigual a mujeres y varones.

La intersección del género con la pobreza y sus múltiples consecuencias como la distribución inequitativa de los recursos, donde históricamente las mujeres han sido menos favorecidas ha frenado el acceso a servicios básicos para el desarrollo, por lo tanto, envejecen en condiciones de pobreza, abandono y sin acceso a servicios de salud.

Lo anterior debe ser un llamado a mejorar las estrategias en que se aborda el problema de envejecimiento en nuestro país, involucrar a las generaciones más jóvenes y generar líneas de acción encaminadas a mejorar el acceso a los servicios de educación, de salud y de desarrollo, de tal forma que las personas puedan optimizar las condiciones en que llegan a la vejez y al mismo tiempo, delinear un futuro digno para las nuevas generaciones.

En materia económica, las políticas públicas enfocadas al envejecimiento deben tener un efecto directo en la vida de las personas adultas mayores y que éstas se traduzcan en una mejor calidad de vida, ya que como se observó en esta investigación, las mujeres participantes reflejan una situación ocupacional y económica de desventaja, ya que sólo una de ellas tuvo acceso a educación básica y por lo tanto también con mayor posibilidad de desarrollo en relación con las demás mujeres. Este hecho no significa de ninguna forma que las condiciones en las que se encuentra ahora respondan a todos los estándares de bienestar, ya que en el aspecto económico todas las mujeres tienen como pilar económico la pensión que obtuvieron por la vida laboral de sus esposos o pareja y los programas sociales, de manera particular, la pensión para las personas adultas mayores (PAM).

En este sentido, es muy grave pensar que el grupo que representa más de la mitad de la población en nuestro país y que se refleja también como grupo mayoritario en la vejez, siga siendo un grupo vulnerable en términos económicos y dependiente de los programas sociales.

Si hablamos de que el envejecimiento debe atenderse en etapas tempranas es prudente preguntarse ¿Cuáles son las condiciones que enfrentan las niñas,

adolescentes y las mujeres en edad productiva? ¿Atienden o no aspectos particulares por su condición de mujer, que promuevan su desarrollo?

En nuestro país, las brechas salariales por sexo están relacionadas con los roles tradicionales de género contruidos socialmente, de tal forma que las mujeres dedican mayor número de horas a las actividades domésticas no remuneradas en el hogar, de cuidado y de crianza; estas mismas actividades obstaculizan el acceso a puestos directivos cuando disponen de un trabajo formal, pero de manera general las mujeres se ocupan mayoritariamente en actividades informales, de tal forma que puedan llevar a cabo las actividades de cuidado y crianza sin que estén expuestas a dificultades laborales formales como el despido.

Según el sitio México, ¿cómo vamos?, mercado laboral y brechas de género (2022), la proporción de los empleos flotantes es del 14% para los varones y 46% para las mujeres; informalidad laboral 50% en varones y 55% mujeres; pobreza laboral 39% varones y 43% mujeres y la percepción de inseguridad 61% varones y 71% mujeres⁵.

La pobreza laboral que viven las mujeres en edad productiva hoy, está relacionada con la desigualdad salarial, las dificultades que enfrentan para acceder a mejores puestos laborales y a la decisión de priorizar el cuidado de la familia, el problema se agrava si tomamos en cuenta a los hogares donde el sustento es llevado por una mujer, jefa de familia, ¿bajo estas condiciones, cuáles son las probabilidades de que cuando lleguen a la vejez el panorama en términos económicos sea diferente a la pobreza?.

En términos educativos según INMUJERES (2022) el promedio de escolaridad en la población de 15 años y más, es mayor entre los hombres que entre las mujeres (9.3 y 9.0 años respectivamente), esto equivale a la educación básica terminada. Sin embargo, las niñas y adolescentes enfrentan problemas

⁵ <https://mexicocomovamos.mx/genero/>

graves durante la edad escolar que obstaculizan su desarrollo tales como la violencia en el hogar, abuso sexual y las altas tasas de embarazo en adolescentes, ya que México ocupa el primer lugar en embarazo adolescente, entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE).

El embarazo en las adolescentes es un problema grave en términos de salud, económicos y de desarrollo, ya que incrementa las posibilidades de abandono escolar, atenta contra los ingresos presentes y futuros, ya que en este sentido muchas adolescentes se ven obligadas a insertarse en actividades laborales informales en edades tempranas, tiene también un impacto directo en el acceso a oportunidades recreativas, sociales y laborales especializadas y de calidad, ya que muchas de ellas priorizan las actividades de cuidado y de manutención antes que las de crecimiento de sí mismas.

Ante estas circunstancias, las posibilidades de un envejecimiento digno y saludable de las adolescentes que enfrentan estas problemáticas en la actualidad son muy distantes ya que bajo estas condiciones los factores potencian la condición de vulnerabilidad.

En términos de salud, es importante señalar que los entornos físicos y sociales pueden tener un impacto directo en la salud, en términos de acceso a los servicios, su utilización y la formación de hábitos de cuidado, dicho contexto será también la base de análisis de cómo las niñas, adolescentes y mujeres adultas llegaran a la vejez ante el incremento de la esperanza de vida.

Si retomamos el abuso sexual y el embarazo de adolescentes como una de las principales problemáticas de salud por cuestiones de género, se observa que aunadas a las problemáticas descritas anteriormente, también enfrentan las complicaciones propias de un embarazo a temprana edad, los riesgos de contraer una infección de transmisión sexual o el riesgo de una muerte materna por

complicaciones o por falta de atención. Estas situaciones generan un impacto de manera directa en su salud a través del tiempo.

Ahora bien, la violencia que viven las mujeres en cualquier etapa de su vida también genera un impacto directo en términos de salud, tanto física como psicológica y en muchas ocasiones esta se vive en todas las etapas de la vida agravándose en cuanto a sus manifestaciones y afectando distintas áreas de la vida.

Por lo tanto, garantizar el derecho a una vida libre de violencia es una deuda que el Estado no ha logrado saldar, pese a las políticas públicas y su adherencia a los tratados internacionales de los que es parte, y no proveer una vida libre de violencia, atenta contra la dignidad humana y por lo tanto genera una gran brecha para el envejecimiento saludable.

De igual forma, el acceso a servicios de salud lleva consigo la tarea de promover la utilización temprana de ellos, la promoción del cuidado de la salud física y mental, prevención de estilos de vida de riesgo y por lo tanto la promoción de estilos de vida saludables en las diferentes etapas de vida.

La posibilidad de contar con una atención sanitaria de buena calidad es muy diferente entre los distintos estratos socioeconómicos y la forma de utilizarlos está atravesado también por el género, por lo que es muy importante contar con estrategias nacionales que atiendan cada uno de estos factores con justicia, de lo contrario las desigualdades de calidad de vida y bienestar de las personas adultas mayores seguirán proyectando la feminización, pobreza, discriminación e inequidad en los años subsecuentes.

En los últimos dos años la población adulta mayor, ha tenido que enfrentar un desafío ante el inicio de la pandemia causada por el virus SARS-COV-2019, este hecho puso en primera línea a este grupo poblacional, ya que el virus se consideraba altamente peligroso por las características de esta población, pero también evidenció que las personas adultas mayores carecían de protección de

salud, solvencia económica para hacer frente a las circunstancias como el aislamiento, el abandono, la violencia, entre otros.

La pandemia, también provocó que muchos de ellos abandonaran las actividades laborales que desempeñaban, otras principalmente mujeres retomaron o aumentaron las actividades de cuidado con la organización que tuvieron que vivir las familias y muchas de ellas también vieron agravadas las situaciones de violencia y desprotección en las que vivían.

Las personas adultas mayores tuvieron que adaptarse al aislamiento, actividades de cuidado, el manejo de las tecnologías para la comunicación con sus seres queridos, pero también abandonaron actividades que les generaban bienestar que obtenían mediante los Centros de Atención para los Adultos Mayores.

Finalmente, este hecho histórico, también enfatizó las construcciones sociales respecto al envejecimiento, ideas lastimosas de inutilidad, carga, desprecio que evidencian los valores sociales sobre los cuales fueron construidos.

Que sea este hecho un llamado de atención para actuar enérgicamente para la construcción de una sociedad, capaz de deconstruir la vejez, de replantear los códigos morales y promover los principios de igualdad, autonomía, equidad y justicia tan necesaria para la promoción del envejecimiento saludable.

Es un hecho que no basta con visibilizar las desigualdades, discriminación, violencia o la opresión, sino encontrar las formas de reducirla hasta llegar a eliminarla, en términos de envejecimiento, perspectiva de género y bioética es importante analizar otros aspectos que son relevantes para mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores pero que no fueron considerados en esta investigación por la amplitud de estos.

Las relaciones de poder construidas desde la cultura patriarcal son visibles en las relaciones familiares como se pudo observar en esta investigación, pero

tienen un impacto en decisiones bioéticas y amenazan la autonomía, como en el caso de las decisiones de cómo y dónde vivir la vejez, decisiones sobre propiedades, ahorros si es que los hay, y actividades a desempeñar en esta etapa tales como las laborales, de esparcimiento o alguna otra.

En términos de salud es importante generar investigaciones en torno a la utilización de las voluntades anticipadas, centrar la atención en porqué son las mujeres quienes más acuden a ellas, en los estados donde están legalizadas y por otro lado en este mismo tema es importante saber por qué, en donde están legalizadas son poco socorridas, entender si las relaciones de poder que atraviesan estas decisiones tienen un impacto directo para acudir a ellas o no.

También es necesario entonces generar estrategias para abandonar la atención paternalista que históricamente se ha identificado en la atención médica, que promueva la autonomía de las personas adultas mayores y respete su dignidad como personas con capacidad de tomar decisiones.

Es evidente que para abordar las problemáticas que involucran las relaciones de poder en las diferentes áreas del envejecimiento son necesarias nuevas perspectivas sobre atención médica y sobre la salud, que desencadene procesos educativos para la toma de decisiones informadas, en la que pacientes y la comunidad médica tienen que aprender a llevarlas a cabo.

Finalmente, si las acciones con relación al envejecimiento, están dirigidas a que éste sea digno y saludable, bioéticamente debe compartir estos objetivos y entender que las prácticas opresivas dentro y fuera de las instituciones edifican barreras fundadas en el género; la perspectiva de género por lo tanto, planteará las bases que intenten cambiar la organización social y por lo tanto que nos permita pensar en la salud y el cuidado de la misma, desde una postura dinámica, activa e informada, autónoma y digna.

Bibliografía

- A., B. (2009). La Bioética y el adulto mayor. *Horizonte Médico*, 61-66.
- Barrantes Monge, M. (2006). Género, Vejez y Salud. *Acta bioethica*, 193-197.
- Basulto - Piña, I. (2012). Consideraciones Bioéticas en la Atención del Envejecimiento. *Medicina Interna de México*, 603-607.
- Beavoir, S. D. (2016). *La vejez*. Debolsillo Contemporánea.
- Blanco, M. (2011). El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo. *Revista Latinoamericana de Población*, 5-31.
- Borrella, C., García-Calventeb, M. d., & Martí-Boscà, J. (2004). La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Gaceta Scielo*, 2-6.
- Bourdieu, P. (1997). Razones prácticas, Sobre la Teoría de la acción. *Filosofía ambiental*, 225.
- CEDAW. (2012). *Convención Sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer*. Obtenido de Recomendación general N^o 27 Sobre las Mujeres de Edad y la Protección de sus Derechos Humanos:
<https://www.acnur.org/fileadim/Documentos/BDL/20128335.pdf>
- CONBIOETICA. (30 de Marzo de 2019). *Comisión Nacional de Bioética*. Obtenido de <http://conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/queeslabioetica>.
- De la Cruz, C. (1998). Análisis y planificación del género . En C. De la Cruz, *Guía metodológica para integrar la perspectiva de género en proyectos y programas de desarrollo*. Leioa Biscay España: EMAKUDE/Instituto Vasco de la Mujer. C/Manuel Iradier.
- Feito, L. (2010). Aspectos Filosóficos de la Realización entre las Mujeres y Bioética. En D. I. Díaz, *Mujer, Mujeres y Bioética*. Madrid: Pontificia Comillas madrid.
- G., A. (2008). La Definición de Salud de la Organización Mundial de Salud y la Interdisciplinariedad. *Revista Universitaria de Investigación*, 93-107.
- Gherardi, N. (2008). Justicia y Género. En J. C. Tealdi, *Diccionario Latinoamericano de Bioética*. Colombia: UNESCO/Universidad de Colombia.
- Gonzalez, J. (2008). Dignidad Humana. En T. J. Carlos, *Diccionario Latinoamericano de bioética*. Colombia: UNESCO/Universidad de Colombia.

- González, M. (2017). Representaciones sociales y experiencias de vida cotidiana de los ancianos en la Ciudad de México. *Scielo*, 9-36.
- Gozález, J. (2017). *Bíos. El cuerpo del alma y el alma del cuerpo*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.
- Gracia, D. (2011). La Deliberación Moral en Bioética. Interdisciplinariedad, Pluralidad, Especialización. *Ideas y Valores*, 25-50.
- Guiddens, A., & Sutton, P. (2013). Sociología.
- Hernández, F. y. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill Educacion.
- Huenchuan, S. (2004). *Marco Legal y de Políticas a Favor de las Persoans Adultas Mayores en América Latina*. Santiago de Chile: Naciones Unidad/CEPAL.
- INAPAM. (26 de marzo de 2019). *Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores*. Obtenido de <https://www.gob.mx/inapam#3425>
- Lagarde, M. (1996). La perspectiva de género. En M. Lagrade, *Género y Feminismo* (págs. 13-38). México.
- LGIMH. (13 de 05 de 2021). *Diputados. gob.mx*. Obtenido de Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGIMH_140618.pdf
- López de la Vieja, M. T. (2014). Bioética feminista. *Dilemata*, 143-152.
- Macklin, R. (2008). Un Acercamiento a la Vulnerabilidad desde el punto de vista de la Ética Global. En M. Casado, L. Florencia, & V. R. (coordinadores), *Género y Bioética* (págs. 3-22). México: Fotorama.
- Montes de Oca, V. (2003). Buena hija, madre y esposa. Los roles de género en las trayectorias de vida de mujeres adultas mayores en la ciudad de México. . *Revista trimestral de la Escuela Nacional de Trabajo Social-UNAM*, 94-104.
- OEA/ONU. (2017). *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores*. Obtenido de OEA: http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf
- OMS. (17 de julio de 2020). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>
- OPS. (2017). *Organización Panamericana de la Salud*. Obtenido de alud en las Américas. Resumen: panorama regional y perfiles de país.: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/Print-Version-Spanish.pdf>

Ortíz de la Huerta, M. D. (2007). Repercusiones del envejecimiento poblacional en el abuso y maltrato al anciano. Un reto para la Mujer. En M. Jiménez, *Violencia Familiar, violencia de género* (págs. 219-238). México: UACM y DGLyDS.

Rubin, G. (1986). El tráfico de mujeres: Notas sobre la economía política del sexo. *Nueva Antropología*, 95-145.

Salgado, V., & Wong, R. (2017). Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez. *Salud pública de México*, 515-521.

Segoviano, L. E. (12 de 06 de 2020). *Hacia una bioética del envejecimiento*. Obtenido de Animal Político: <https://www.animalpolitico.com/una-vida-examinada-reflexiones-bioeticas/hacia-una-bioetica-del-envejecimiento/>

Sherwin, S. (2014). Feminismo y Bioética. *Debate Feminista*, 45-69.

Soria, N. (2017). Subjetividades masculinas y salud. *Género y Salud*.

Szasz, I., & Lerner, S. (1999). *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*. México: El Colegio de México.

Tealdi, J. (2008). *Diccionario Latinoamericano de bioética*. Colombia: UNESCO/Universidad de Colombia.

Perfiles educativos vol.42 no.168 Ciudad de México abr./jun. 2020 Epub 09-Mar-2021

<https://doi.org/10.22201/iissue.24486167e.2020.168.59039>

Presencia de la bioética en la investigación de la Universidad Autónoma Metropolitana

David Sebastian Contreras Islas*

Villela, Fabiola

Organización Mundial de la Salud

<https://www.who.int/es/initiatives/decade-of-healthy-ageing>

Market Data México

<https://www.marketdatamexico.com/es/article/Colonia-Presidentes-Queretaro-Queretaro>

México cómo vamos

<https://mexicocomovamos.mx/genero/>

http://estadistica.inmujeres.gob.mx/formas/temas_descripcion.php?IDTema=3

Estrategia Nacional para la Prevención del embarazo en Adolescentes

<https://www.gob.mx/inmujeres/acciones-y-programas/estrategia-nacional-para-la-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes-33454>

ANEXO1:

Cuestionario



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Derecho
Maestría en Ética Aplicada y Bioética



Cuestionario

Este cuestionario es con fines de investigación, para el proyecto: **“La perspectiva de género como herramienta para analizar los procesos del envejecimiento desde la Bioética”**. que protege sus datos sensibles bajo las normas de confidencialidad, por lo que no es necesario que informe su nombre ni apellidos.

Edad: _____

Fecha de nacimiento: _____

Escolaridad: _____

Estado Civil: _____

Sexo: H M

Género: _____

1.- Ocupación: Trabajo remunerado

Labores domésticas no remuneradas Otra: _____

2.- ¿Tiene derecho a un servicio de salud? Si No

3.- ¿En cuál Institución? IMSS ISSSTE SSA Otro: _____

4.- ¿Es pensionada? Si No

5.- ¿La casa donde vive es? Propia Rentada Familiar

6.- Vive con: Sola Cónyuge Familiar _____ Otro:

7.- ¿Tuvo hijas o hijos? Cuántos: _____

8.- ¿Tiene algún padecimiento de salud? Cuál: _____

9.- Actualmente ¿le da seguimiento a su salud? Si No

10.- ¿Qué servicios de salud visita con regularidad?

Medicina general Ginecólogo Dentista Internista Neurología Psicología

Nutrición Otro: _____

11.- ¿Participa en actividades recreativas o deportivas? Si No Cuáles:

Anexo2

Guía de Entrevista



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Derecho
Maestría en Ética Aplicada y Bioética



Guía de entrevista: Curso de vida

Esta entrevista es con fines de investigación, para el proyecto: **“La perspectiva de género como herramienta para analizar los procesos del envejecimiento desde la Bioética”**. que protege sus datos sensibles bajo las normas de confidencialidad, por lo que no es necesario que informe su nombre completo.

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____

Infancia:

Familiograma:

¿Qué actividades realizaba en la infancia?

¿Recuerda cómo era la relación con su madre/padre?

¿Recuerda cómo era la relación entre su madre y padre?

¿Qué tan frecuentes eran las vivistas al medico en la infancia?

¿Cómo era la relación con hermanas y hermanos?

¿Acudía a la escuela? ¿Qué tan lejos le quedaba?

Adolescencia

¿Cambiaron las actividades que realizaba?

¿Cómo se enteró de la menstruación?

¿Tenía novio, tuvo más de un novio?

¿Qué actividades hacía con su novio?

¿Realizaba deporte?

¿Cómo se divertía?

¿Acudía al médico?

¿Estudiaba?

Juventud – adultez

¿Tuvo hijos e hijas?

¿Cuántos?

¿Qué actividades realizaba?

¿Qué actividades realizaba su pareja o esposo?

¿Manejaba dinero?

¿Trabajaba de forma remunerada?

¿Cómo era la relación con familiares?

¿Cómo era la relación con su pareja o esposo?

¿Cuándo no estaban de acuerdo ... qué sucedía?

¿Tuvo seguimiento médico de su o sus embarazos?

¿Dónde tuvo sus partos?

¿Tuvo cesáreas?