

XI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2015.

MUJERES INVISIBLES A LA LUZ de las políticas sanitarias.

mónica navarro.

Cita:

mónica navarro (2015). *MUJERES INVISIBLES A LA LUZ de las políticas sanitarias. XI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-061/1098>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

MESA 90 | Envejecimiento: Tiempo, Cuerpo y Saberes

TÍTULO: MUJERES INVISIBLES A LA LUZ de las políticas sanitarias.

DATOS DE LA AUTORA: Mónica Navarro. Mail: mnavarro @untref.edu.ar

Asistente Social. Psicóloga. Especialista en Psicogerontología. Especialista en Sistemas de Salud y Seguridad Social. Doctoranda en Sociología. Directora de la Carrera de Especialización en Intervención y Gestión Gerontológica Universidad Nacional de Tres de Febrero. Argentina

PALABRAS CLAVE: Género. Salud. Envejecimiento Femenino. Ciudadanía

mesa90navarro

USUARIO: mnavarro@untref.edu.ar

PASSWORD: U5QEiN5v7l

Resumen

El envejecimiento poblacional constituye uno de los fenómenos demográficos más impactantes de las últimas décadas. Una característica de central importancia tanto en Argentina como en el resto del mundo: las mujeres tienen una mayor supervivencia en relación a la población masculina que se incrementa significativamente a medida que aumenta la edad, constituyendo un grupo social poco estudiado por las Ciencias Sociales. La relación entre vejez y género en salud interpela al saber médico hegemónico y a la política pública en el marco de la ampliación de derechos dando lugar a cuestiones que van cobrando peso en la discusión acerca de la responsabilidad e intervención del Estado como ocurre con el cuidado de personas mayores desde la esfera sanitaria y el derecho a la salud en todas las edades.

Introducción

El envejecimiento poblacional constituye uno de los fenómenos demográficos más impactantes de las últimas décadas y afecta a todos los países desarrollados y a gran parte de los países en desarrollo. Este cambio en la estructura de edades ha sido descrito como de alto impacto para el sistema sanitario tanto desde el conocimiento experto como desde los organismos internacionales, en los últimos años, con un objetivo explícito de potenciar nuevos enfoques que promuevan una concepción de la vejez como etapa activa y productiva en oposición a la asociación de vejez con enfermedad y dependencia que conforma lo que se ha denominado viejismo en tanto prejuicio o eje de discriminación por edad. Pero resulta interesante, reconocer una característica de central importancia tanto en Argentina como en el resto del mundo: las mujeres tienen una mayor supervivencia en relación a la población masculina que se incrementa significativamente a medida que aumenta la edad, constituyendo tal como lo advierte Huenchuan Navarro (2010) el mayor grupo demográfico que aún no se encuentra

considerado como una categoría teórica de relevancia para las ciencias sociales en general. A su vez, el fenómeno del envejecimiento se encuentra múltiplemente determinado por variables tales como la clase, el género, la cultura y, según diversos autores constituye en sí misma la etapa de mayor diferenciación o heterogeneidad entre los sujetos, lo que establece un importante desafío para el diseño y puesta en marcha de políticas públicas dirigidas a este grupo poblacional en crecimiento. (Arabia, M. I. 2012).

Particularmente, la salud de las mujeres es diferente a la de los hombres, tanto por sus características biológicas diferenciales como por su relación con el sistema sanitario, se encuentran vinculadas a lo largo de toda su vida a controles de salud propios, de sus hijos, y familiares dependientes, circunstancia que las conecta con una serie de dispositivos sanitarios con los que establecen una relación con mayor regularidad que los hombres. Pero, esta relación se establece desde las mismas políticas o programas que se dirigen a ellas y depositan el rol que las constituye en agentes de salud en la familia y/o en la comunidad a partir de cierta concepción de la salud y de las mujeres.

En la base de estos supuestos se encuentra un saber sobre los cuerpos y las prácticas que el sistema de salud habilita sobre ellos, intermediadas por decisiones políticas que dictaminan y priorizan aquello que será abordado como problema sanitario por parte de los servicios públicos. En ese ordenamiento se encuentra un poder individualizante que Foucault (2002) denomina ‘anatomopolítica’ y que se focalizará en los cuerpos de los individuos para hacer de ellos sujetos más dóciles y eficientes y por otro lado un poder totalizante desplegado sobre la población entendida como un corpus unitario focalizado en la totalidad de los procesos biológicos de la población con el propósito de hacerla compatible con una ‘máquina de producir’ (Díaz, M. E.)

La relación entre vejez y género en salud interpela al saber médico hegemónico y a la política pública en el marco denominado de ampliación de derechos dando lugar al debate acerca de la responsabilidad e intervención del Estado en cuestiones como el cuidado de personas mayores desde la esfera sanitaria. En este trabajo no nos proponemos hacer un análisis de políticas públicas sino reflexionar acerca de estos aspectos que hemos señalado en la búsqueda de la apertura a una temática poco explorada en Ciencias Sociales que surge de la intersección entre vejez, género y salud.

Nos proponemos plantear un análisis del envejecimiento y la longevidad en tanto fenómeno femenino y señalar algunos particulares puntos de discusión teórica en torno a las políticas sanitarias como acción del Estado y como espacio de ejercicio de ciudadanía, abriendo la discusión sobre un particular escenario de desigualdad de género.

Envejecimiento y Género en la Agenda

Argentina se encuentra dentro de los países considerados demográficamente envejecidos, contando con un 14,3% de personas mayores de 60 años según el Censo de 2010. El envejecimiento de la población argentina es el tercero en orden de importancia en América Latina sólo superado por Uruguay y levemente por Cuba, es menor que el de los países de América del norte y Oceanía y significativamente menor que el de los países europeos y Japón (Redondo. 2012).

Una característica de central importancia tanto en Argentina como en el resto del mundo es que las mujeres tienen una mayor supervivencia en relación a la población masculina que se incrementa significativamente a medida que aumenta la edad, constituyendo tal como lo advierte Huenchuan (2010) el mayor grupo demográfico que aún no se ha erigido como una categoría teórica de relevancia para las ciencias sociales en general. De manera que habitualmente cuando se hacen referencias a la vejez y el envejecimiento tanto en el conocimiento experto como en Políticas Públicas, se está hablando, sin explicitarlo, sobre todo, de mujeres. Podría decirse entonces que las mujeres mayores además de conformar un colectivo de relevancia, con su presencia interpelan a la teoría social y también a las políticas públicas en su función mediadora entre la sociedad civil, el Estado y el mercado.

Si analizamos la trayectoria de ambas cuestiones, el envejecimiento poblacional y la institucionalización del género en políticas públicas observamos que el envejecimiento como nuevo fenómeno de impacto social fue cobrando visibilidad y logró la consideración por parte de los organismos internacionales, desde la década del 80, sin embargo, la cuestión de género en referencia a la vejez surge sobre todo dos décadas después, en las que coincide con el avance de las mujeres y la inclusión del género en políticas públicas.

De hecho, en 1982 se realizó la Primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento que marcó el inicio de acciones internacionales tendientes a encontrar alternativas de intervención frente a este nuevo reto que abarca a todas las sociedades. A comienzos de la década de 1990, la ONU adoptó una “Carta de Principios” que destacó y explicitó los principios de independencia, participación, atención, autorrealización y dignidad como marco de referencia para el pleno desarrollo de las personas adultas mayores. Previo a esta década, en la doctrina de derechos humanos “la edad” estaba comprendida en la amplia acepción de “cualquier otra condición social” (Huenchuan, S., & Morlachetti, A. 2006). En 2002 se realizó la Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, Argentina formó parte de los países que suscribieron el documento internacional. En el punto 8 del plan de acción se hace referencia a las mujeres mayores recomendando su priorización en la agenda. La segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe efectuada en 2007 se realizó bajo el lema: hacia una sociedad para todas las edades

y de protección social basada en derechos. Fue organizada por la CEPAL y el Gobierno de Brasil con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), en el punto 6 respalda la incorporación de la perspectiva de género en las políticas y programas dirigidos a personas mayores.

En 2009 se elaboró una nota conceptual relativa a la mujer de edad y la protección de sus derechos humanos (CEDAW, 2009). Posteriormente, en 2010, la CEDAW adoptó la Recomendación general N° 27 sobre las mujeres mayores y la protección de sus derechos humanos. Su propósito es identificar las múltiples formas de discriminación que ellas sufren y entregar lineamientos acerca de las obligaciones de los Estados partes de la Convención, desde la perspectiva del envejecimiento con dignidad y los derechos de las mujeres. En 2012 se realizó la tercera Conferencia Regional Intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe organizada por la CEPAL y el Gobierno de Costa Rica. y contó con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Allí se suscribió la Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe haciendo referencia a la recomendación N°27 citada anteriormente. Este avance en el reconocimiento del envejecimiento femenino formulado en estos diferentes documentos da cuenta de la importancia otorgada al tema por parte de los organismos internacionales y su vinculación con los procesos de incorporación del enfoque de género en políticas públicas.

El ingreso del tema del envejecimiento a la agenda estatal ha dado lugar a lo que se denomina “políticas de vejez” en tanto acciones organizadas por el Estado frente a las consecuencias sociales, económicas y culturales del envejecimiento poblacional e individual (Huenchuan, 1999 y 2004) constituyendo un importante avance en relación a considerar los derechos de los mayores aun cuando no se cuenta todavía con una Convención Internacional que los proteja en tanto población vulnerable.

Podemos decir que en principio las políticas pueden entenderse como un conjunto de decisiones que se orientan a impactar en el ámbito social (Zeller.2007) y constituyen un proceso, un conjunto de acciones que involucra un cúmulo complejo de decisiones y operaciones (CEPAL.2007). En este proceso de formulación de políticas públicas se interpretan, clasifican y generan realidades además de moldear a los sujetos a quienes se dirige. Tal como señala Tobar (2000), las políticas de salud constituyen un capítulo de las políticas sociales. En ese sentido implica la definición de la salud como un problema público en el cual el Estado asume un rol activo y explícito. Creemos que es importante centrarnos en las políticas de salud en función de la relevancia otorgada a la cuestión sanitaria en el envejecimiento tanto en la producción académica como en los organismos internacionales (CEPAL, OPS, OMS). En ese marco, la concepción de salud, de enfermedad y de cuidados en relación a la salud, al igual que las políticas de vejez son el resultado de las formas de interpretar y posicionarse frente a

la realidad y expresan las concepciones que se tienen de los sujetos a quienes van dirigidas. **La pregunta que surge entonces es si las mujeres tienen una salud diferente por ser mujeres. Y, en caso afirmativo, en la vejez ¿cómo podría analizarse este diferencial de género en las políticas sanitarias?**

La Salud en las Mujeres.

Desde el punto de vista del conocimiento académico y de las políticas públicas, la salud de las mujeres se ha estudiado y valorado casi exclusivamente como salud reproductiva, y este enfoque ha impedido abordarla desde una perspectiva integral, dejando un vacío, o al menos una escasa visibilidad a la problemática de las mujeres mayores sobre todo en lo respectivo a su salud en tanto mujeres. La escasa atención a la salud sexual de las mujeres mayores está basada en su invisibilización como seres sexuados, la vejez aparece como incompatible con la imagen de la sexualidad y el erotismo que parece natural en la juventud. Claramente las políticas sanitarias en la vejez abordan, en forma prioritaria, el cuerpo de las personas mayores en tanto "padecientes" de enfermedades crónicas (cardíacas, hipertensión, diabetes, artrosis), degenerativas (demencias) o neoplásicas (cáncer de mama, de útero o de próstata en el caso de los varones) pero no como objetivos de programas de salud sexual, dando por sentado que están fuera de riesgo, aun cuando crece el número de mayores afectados por VIH, excluyéndose a los viejos de las poblaciones que deben recibir medidas preventivas. Los estudios realizados en la actualidad muestran que portadores de VIH envejecen cada vez en mayor medida y por otro lado también se incrementa la población diagnosticada en esa etapa, y se afirma que el riesgo de transmisión de la enfermedad es la misma que en otro grupo etario. Según Carvajal (2012) "el diagnóstico tardío se debe, en parte a que los trabajadores de salud, no piensan en el VIH en personas mayores porque no asocian conductas de riesgo con la edad avanzada". Aún los programas que propician un envejecimiento saludable o activo no abordan la salud sexual de los mayores. Pero entonces de qué enferman las mujeres, ¿se enferman diferente a los hombres? (Doyal.2000). Se utiliza el término morbilidad femenina diferencial para referirse a:

" el conjunto de enfermedades, motivos de consulta o factores de riesgo que merecen una atención específica hacia las mujeres, sea porque sólo en ellas se pueden presentar dichos problemas o porque son mucho más frecuentes en el sexo femenino". Llobet, C. (2008). Así mismo esta autora señaló ya en 1989 que las mujeres padecen más enfermedades crónicas y, que a pesar de que son quienes más utilizan el sistema sanitario tienen peor salud.

Según Gómez (2002) los problemas de salud y de acceso a atención adecuada que se presentan en estas edades también son proporcionalmente más frecuentes entre las mujeres que entre los hombres.

Algunos de ellos afectan mayormente la salud de las mujeres después de las edades reproductivas, con especial referencia en los países de América Latina y el Caribe. Esta autora, señala que existen riesgos específicos en el enfermar por el hecho de ser hombre o mujer, que afectan de manera relevante el acceso a los servicios médicos o al tratamiento, el acceso a la prevención, y en las desigualdades en la recuperación o la rehabilitación. Es decir, los riesgos son diferentes, y aunque las mujeres tienen una sobrevivencia mayor, también esta supervivencia está cargada de discapacidad y enfermedades crónicas. Si se concibe la salud como un proceso complejo, que integra sistemas de procesos biológicos, psíquicos y sociales y sus interacciones, donde los procesos sociales desempeñan un papel claramente fundamental, podemos interrogarnos respecto de la incidencia de las desigualdades en las mujeres y sus efectos en la vejez, en tanto a lo largo de su vida acumulan una larga trayectoria como las principales cuidadoras de la familia y agentes del sistema de salud en los hogares aún en edades avanzadas. Para Lois Verbrugge (1997), el riesgo diferencial en la salud de las mujeres es adquirido a causa de aspectos psicosociales que se encuentran vinculados por ejemplo al estrés físico y mental que produce la doble o triple jornada laboral y la sobrecarga del trabajo doméstico en el que se encuentra el cuidado de los miembros del hogar dependientes.

El tema del cuidado

El cuidado de personas mayores constituye un campo de intersección de diversas problemáticas tales como la división sexual del trabajo, los arreglos familiares en relación a la tarea del cuidado, el envejecimiento y la dependencia entre otros. Existe una tendencia a pensar el cuidado en general como una extensión de las tareas domésticas que se encuentran naturalizadas como propias de las mujeres. A pesar de los cambios sustanciales en las dinámicas familiares y la creciente participación laboral de las mujeres, la tradicional división sexual del trabajo y la desigual distribución del trabajo remunerado y no remunerado entre mujeres y hombres, aún persisten. La ruptura del modelo tradicional ha implicado para muchas mujeres la extensión de su carga de trabajo cotidiana. Esto nos lleva a preguntarnos sobre la dimensión política de la cuestión de los cuidados de los adultos mayores en tanto se entrecruzan cuestiones de género, de solidaridad intrafamiliar y de política sanitaria. El tema del cuidado y la interpelación lanzada desde el feminismo hacia la naturalización del mismo en la familia, en la sociedad y en las políticas públicas ha logrado que se constituya como problema y aparezca en la agenda de varios países y dentro del mundo académico, como uno de los desafíos más importantes en la actualidad en razón de conformar uno de las áreas donde puede encontrarse mayor desigualdad de género.

En la base de dicha naturalización se encuentra el supuesto generalizado de que es un trabajo ligado a las relaciones afectivas de parentesco y familiares producto de un “acto de amor y de entrega”. Los estudios feministas han hecho importantes contribuciones al estudio del trabajo no remunerado, resaltando sus aspectos de género, su invisibilidad y su aporte central a la reproducción social y el funcionamiento de la economía. Se ha propuesto el concepto de economía del cuidado “para referir a un espacio bastante indefinido de bienes, servicios, actividades, relaciones y valores relativos a las necesidades más básicas y relevantes para la existencia y reproducción de las personas”. (OEI, 2009). El acto de cuidar pone en juego tanto elementos físicos como simbólicos imprescindibles para la sobrevivencia en sociedad, se refiere a los bienes y actividades que permiten a las personas alimentarse, educarse, estar sanas y vivir en un hábitat propicio. Contempla tanto al cuidado material, como económico y psicológico.

Gilligan (2013), con su aporte sobre ética y cuidado afirma que “en un contexto patriarcal, el cuidado es una ética femenina”, planteando de esta manera la incompatibilidad entre democracia y patriarcado. En ese sentido Carrasco (2001) refiere que tradicionalmente, el cuidado no se ha considerado como una responsabilidad social, sino como un tema privado y, específicamente, como un asunto de mujeres. Del cuidado de los hijos, de los padres, de los suegros, esposos, las mujeres hacen una verdadera profesión que ejercen, la mayoría de las veces sin retribución, sin horarios, sin capacitación, postergando sus propios intereses y, con consecuencias para su salud física y mental. Los cuidados de salud proporcionados por familiares, son objeto desde hace al menos una década de gran cantidad de investigaciones con motivo del impacto que genera en la dinámica familiar y los recursos sanitarios, constituyendo un verdadero reto para las generaciones próximas la instrumentación del cuidado de ancianos considerando la retracción de la familia y el creciente peso de la población envejecida en la sociedad. (Fassio. 2015).

Según diversos estudios realizados, las cuidadoras son mujeres de edad mediana, esposas o hijas, generalmente convivientes ya que excepcionalmente se cuida a alguien que no es de la familia, aunque en esos casos se trata de personas con las que se mantienen fuertes vínculos (Crespo, M., & López, J. 2008; Bazo, M. T. 2008; Batthyány, K. 2009). La legitimación e institucionalización de esta dimensión del trabajo femenino da lugar a una nueva problemática en una sociedad con diferentes construcciones en relación al envejecimiento, a la familia, al papel del Estado, a lo que significa la modernidad, y el desarrollo. Entendemos, que las características propias de cada cultura condicionan e influyen en forma significativa las tomas de decisiones que quedan relegadas al parecer al ámbito doméstico tales como el interrogante sobre quién cuidará a quién, pero, que constituyen verdaderas expresiones de carácter político, atravesadas por estrategias que estarán ligadas al trabajo no

remunerado de las mujeres de la familia, a la contratación privada de un cuidador formal o la demanda de intervención del Estado. Pautassi (2007), señala al respecto:

(...) desde los gobiernos se asume que el cuidado es una responsabilidad fundamentalmente de los hogares, y la provisión pública es simplemente un complemento para aquellos hogares que no pueden resolverlo por sí mismos.

En todos los casos, la mujer es quien cuida, y, en función de esta cadena de cuidados intergeneracional, ella cuidará de sus hijos, de sus nietos, de su pareja y cuando se encuentre dependiente probablemente legará, si ésta acepta, a su hija. Esta transmisión de mandato de cuidar está siendo revisada por las mujeres que hoy, a su mediana edad, tienen otras oportunidades que las que tuvieron sus madres para insertarse laboralmente, muchas veces a causa de su mejor nivel educativo, una de las razones por la que se encuentra en crisis este sistema "naturalizado" de cuidado informal en la actualidad. También creemos que no está adecuadamente establecido el número de cuidadoras mayores que se encuentran a cargo de niños y de sus esposos muchas veces, estos últimos, afectados de patologías altamente discapacitantes. A su vez, las consecuencias del cuidar conviven con el ejercicio de otros roles, incluso el de otros cuidados, modificando en forma importante la calidad de vida del cuidador. Esta verdadera carrera de cuidadoras produce efectos en la salud de las mujeres (Robles, 2003).

En nuestro país dos de cada diez adultos mayores tienen dificultades para realizar las actividades de la vida diaria. Dentro de éstos, un 12% (el dos por ciento de la población total de mayores) es incapaz de realizarlas. El 74% de los mayores que necesitan ayuda para su cuidado personal las recibe de alguna persona que vive en el hogar del adulto mayor. Sin embargo a medida que avanza la edad y el deterioro se acrecienta estas ayudas son brindadas por otras personas, en particular cuidadores contratados para tal fin (82% de los menores de 75 años y 70% de los mayores reciben ayuda de personas convivientes). Nueve de cada diez adultos mayores con discapacidad son ayudados por sus familiares para realizar las actividades de la vida cotidiana. La asistencia de otras personas fuera de la familia se da fundamentalmente para la realización de quehaceres domésticos. A medida que avanza la edad la familia es reemplazada con más frecuencia por otros cuidadores, mujeres en la gran mayoría de los casos. Si se es mujer mayor muy avanzada la probabilidad de recibir ayuda de personas no familiares es mayor. (Fassio, A.2001). Las enfermedades del tipo degenerativo o las pluripatologías en la vejez dan lugar a largos períodos de convalecencia que pueden resultar de varios años con un incremento creciente de necesidad de cuidados. Es decir, aquello que en principio generó una ocupación de menor complejidad y menor dedicación, a lo largo del tiempo constituye, en muchísimos casos, una tarea de 24 horas diarias. El hecho de que tanto la atención informal como formal sea mayoritariamente

femenina pone de manifiesto las cargas diferenciales de cuidado entre hombres y mujeres y abre un escenario para los estudios de género a partir de considerar el consumo diferencial del tiempo y la consiguiente desigualdad. Entonces, si entendemos que ninguna política pública es neutral en relación con la igualdad de género, puesto que dada una estructura social, en términos de género, sus efectos son diferentes para las mujeres y para los hombres, nos preguntamos respecto de los efectos diferenciales que surgen en referencia al sujeto mujer vieja y a la influencia que pueden atribuirse a los sesgos de género y edad en la formulación de políticas de salud.

Derechos, Ciudadanía y Mujeres Mayores

El llamado enfoque de derechos en las políticas y estrategias de desarrollo, está basado en el derecho internacional sobre derechos humanos principalmente reconocido por la comunidad internacional y que pretende dar un marco coherente de principios y reglas en el ámbito del desarrollo (Abramovich,2006).Uno de los fundamentales cambios que aportó esta perspectiva es que a partir de reconocer la titularidad de derechos en los ciudadanos se cambia la lógica que caracterizó a las políticas públicas donde se debía partir del reconocimiento de personas con necesidades para otorgar cierto tipo de prestaciones por parte del Estado, transformando el proceso de formación de políticas públicas y generando alternativas de exigibilidad basada en derechos. En ese sentido, los Derechos Humanos constituyen una suerte de guía para la formulación de políticas públicas en Argentina, particularmente en la última década.El derecho a la salud constituye uno de los desafíos más importantes en materia de provisión de bienestar y, a su vez, la forma en que el Estado da respuesta a este derecho construye, como en toda política pública, la población a la que se dirige.

Al decir de Retamal & Riffo, N. (2003):

“contienen (las políticas públicas) miradas de género implícitas que implican una forma específica de apreciar y legitimar relaciones entre hombres y mujeres, lo cual repercute directamente en el reconocimiento de los problemas, necesidades e intereses de los/las sujetos sociales y por cierto, la forma de intervenir para producir los efectos deseados.”

La ausencia del género en la política sanitaria orientada a la población mayor está soportada sobre la construcción del colectivo de los mayores en la política pública.Sobre la discusión respecto de la exclusión nominal y normativa de las mujeres, nos interesa partir de Lagarde (1996), quien señala de qué manera la construcción histórica del orden social hace innecesario nombrar a las mujeres que quedan subsumidas en “lo humano”, hecho que se reedita en el caso de los adultos mayores o personas mayores como categoría general que apela a un lugar neutro.

Abordar género y edad implica poner en relación dos categorías que han adquirido un gran peso en políticas sociales, para dar cuenta de ello nos resulta de gran utilidad el concepto de interseccionalidad. Esta teoría se aplica a los procesos complejos que derivan de la interacción de factores sociales, económicos, políticos, culturales y simbólicos (Crenshaw, 1989). El análisis interseccional tiene como objetivo revelar las variadas identidades, exponer los diferentes tipos de discriminación y desventaja que se dan como consecuencia de la combinación de identidades (Symington A, 2004). Actualmente, este marco conceptual se utiliza, fundamentalmente para considerar distintas dimensiones de la vida social para el análisis dentro de la perspectiva de género y visualizar su interacción. La edad es una dimensión menos frecuente en los estudios de género que abordan la interseccionalidad. Desde nuestra perspectiva, la edad se encuentra atravesando el género dentro de un marco sociocultural y produciendo efectos diferenciales en conjunto con otras articulaciones posibles como la raza, la clase social, etc., dando lugar a lo que podría designarse como un proceso de subalternización creciente y prolongada. Los aportes a la discusión respecto de la articulación de vejez y género junto a otras necesarias intersecciones realizados tempranamente por Huenchuan Navarro (1998) donde la autora advierte sobre la insuficiencia de interpretar las experiencias de vida de las personas ancianas en forma segmentada y compartimentada (sólo género, sólo etnia, sólo edad) constituyendo un antecedente de gran importancia y que aún se encuentra con escaso desarrollo sobre todo en Latinoamérica. Así como Crenshaw encontró que existía una cierta ceguera, en el feminismo blanco que dificultaba visualizar la discriminación hacia las mujeres negras como sumatoria de dos fuentes de opresión, creemos que en la vejez se sigue un derrotero similar.

El encuentro discursivo entre derechos y ciudadanía se encuentra en clave masculina o con una aparente neutralidad que es equivalente, en razón de que el sujeto del contrato político es varón y propietario (Fraisie, G.1995, Ciriza, A), pero, también podríamos agregar, adulto, no viejo, específicamente. La ausencia de la edad en esta retórica del derecho asume esa equivalencia y propone un tácito acuerdo respecto de quienes se encuentran comprendidos por el paraguas protector de las leyes. Al mismo tiempo es el mismo discurso que despolitiza las relaciones establecidas en el ámbito de lo privado, específicamente lo doméstico, caracterizado culturalmente como femenino y custodiado por el modelo patriarcal. Dentro de esta lógica binarista, formando parte de un desarrollo que perpetúa el orden de los cuerpos, surgen objetos de protección en base a la construcción del estado de bienestar y el paradigma de derechos, entre otros: el derecho a la salud y el enunciado de sus particulares alcances. Pero la construcción de ciudadanía se basó en un modelo abstracto permitiendo por un lado la igualación de los sujetos en el orden del derecho, pero dando al mismo tiempo nacimiento a un proceso de inclusión /exclusión que genera un efecto de ficción de supuesta inclusión donde las

mujeres quedan del lado de lo no nominado. Al respecto Tajer , que estudia específicamente género y salud (2012), cita a Fries y Matus (2001) en relación a la incorporación de la perspectiva de género en el campo de los derechos humanos señalando que:

“ ...Existe una política que permite sostener que el parámetro de lo humano es el varón con el resultado de la exclusión de las mujeres y la invisibilización de las necesidades específicas de ésta población ”.

En esa invisibilización de la que hablan los autores, destacamos que, además, la protección de la salud de las mujeres ha estado arbitrada, históricamente, por el desarrollo del conocimiento médico que a través de su discurso hegemónico ha posibilitado el surgimiento de determinadas prácticas sobre los cuerpos y delimitado el territorio sobre el cual se ejercen las mismas como parte del ordenamiento que construye los sujetos de las políticas públicas. Y, en ese sentido nos interesa señalar que el ordenamiento resultante de este ejercicio está en relación a las inequidades que afectan a las mujeres mayores en el sistema sexo/género es decir el “conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana” (Rubín, 1986.97). Desde esta perspectiva, atraviesan nuestra problemática argumentos provenientes de diferentes disciplinamientos del cuerpo como objeto del sistema sanitario, del ordenamiento de los espacios: público y privado y de los devenires del transcurso del tiempo: la edad. En las lógicas que se urden estos argumentos, en sus intersticios, están los sujetos que pugnan por encontrarse representados en el discurso que los valida como sujetos de derecho, particularmente, objeto de políticas públicas: las mujeres mayores.

Las ciudadanas viejas, denominación que no resulta peyorativa en tanto se trata de mujeres que cursan esa etapa vital, son, a la vez, el producto de un itinerario entre lo público y lo privado: han sido madres (aunque no siempre), han sido cuidadoras (la mayoría de las veces) y han “padecido” el sistema sanitario (siempre). Acordando con la perspectiva de Adelantado (1998), y rechazamos la visión de la política social como una “cosa” claramente objetivada, que ha surgido como resultado de unas causas mecánicas claramente delimitadas ya que tanto la política social como la estructura social pueden concebirse mejor como procesos dotados de una enorme complejidad y de contradicciones internas lo que no impide realizar un análisis que permita comprenderlos.

Esta relación de interjuego Estado - Ciudadanos, nos permite visualizar como las biopolíticas construyen poblaciones, las delimitan, las forman, las controlan. Siguiendo a Foucault (1976) y entendiendo la biopolítica como una forma de estatización de lo biológico, se observa por ejemplo que precisamente en la política sanitaria se desexualiza a los ciudadanos a medida que envejecen, interpretándolo como un colectivo neutro, el de los adultos mayores o personas mayores, donde no

compiten las políticas sanitarias reproductivas o de salud sexual con aquellas consideradas por el poder médico hegemónico más propias de la edad: las patologías crónicas y las degenerativas, "naturales de los cuerpos viejos".

Conclusiones

El fenómeno de la longevidad y el envejecimiento poblacional convocan a pensar la salud pública y su direccionamiento e interpelar el discurso sobre la vejez históricamente monopolizado por el saber – poder médico a partir del avance de la retórica de los derechos de los mayores. Asimismo, el itinerario de la cuestión de género en los organismos internacionales que comienzan a incluir a las mujeres mayores reinscribiéndolas en tanto población vulnerable, permite debatir en qué condiciones se institucionaliza el género si como derecho o como población doblemente tutelada en nuestro caso por género y por edad.

A su vez, pensar la salud desde la lógica de campo (Bourdieu P.1997), permite entenderla como un espacio social atravesado por disputas que pugnan por instaurar principios de visión legítimos en torno a las articulaciones de las construcciones de género y los procesos de salud-enfermedad-atención (Pombo.2012), y desde esta perspectiva, encontramos que las lógicas inclusión- exclusión se dan en el marco de las disputas por los cuerpos, cautivos del discurso sanitario actualmente en crisis y por el paradigma de derechos. Ya Oddone en 1994, describe a la población anciana femenina como la de mayor vulnerabilidad desde el punto de vista de la salud al señalar que, en general la anciana ha tenido que atravesar por el intersticio de la relación integración-exclusión social ya que aun cuando las mujeres presentan mayor esperanza de vida con respecto a los hombres, sufren una doble prejuiciación: como mujeres y como viejas. Así, se suman a las significaciones atribuidas al proceso de envejecimiento, las particulares provenientes de la diferencia de género. (Martiarena y Krzemien 2001; Butler.1969), ha señalado el edadismo, o viejismo (Salvarezza 2002), como la tercera gran forma de discriminación, tras el racismo y el sexismo, de modo que en el caso de las mujeres mayores aparece una convergencia de factores de discriminación.

Observamos, particularmente en lo referente a vejez que las acciones del Estado se han desarrollado desde una supuesta neutralidad de género o pretendida igualdad que no existe en la realidad. La exclusión de las mujeres mayores de la salud sexual está basada en prejuicios en torno a la edad pero también en sesgos de género. Un programa de salud sensible y transformador de las relaciones de género debería explorar la relación entre la salud y la sexualidad de las mujeres sin límites de edad. La ausencia de programas que consideren la sexualidad y la diversidad sexual en la vejez demuestran que

la edad reproductiva y la heterosexualidad es el parámetro aun cuando en edades reproductivas se tome el enfoque de género, en la vejez parece ser abandonado.

Del mismo modo la persistencia de un sistema de cuidados , basado en el trabajo femenino invisible afecta doblemente a las mujeres tanto desde el rol de cuidadoras durante todo el ciclo vital como desde el lugar de mujeres mayores dependientes. Adoptar políticas de Igualdad y Equidad de géneros en salud significa en primer lugar reconocer las desigualdades existentes para transformar el enfoque de la salud de hombres y mujeres, y de esa manera modificar las políticas sanitarias que hasta la actualidad dejan a las mujeres mayores en un cono de sombras.

Bibliografía

- Abramovich, V. (2006). Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo. *Revista de la CEPAL*, 88, 35-50.
- Abramovich, V., & Pautassi, L. (2008). El derecho a la salud en los tribunales: Algunos efectos del activismo judicial sobre el sistema de salud en Argentina. *Salud colectiva*, 4(3), 261-282
- Álvarez, A., & Torres Álvarez, A. Y. (2009). El SIDA en las personas mayores: la punta del iceberg. *Revista Médica Electrónica*, 31(3), 0-0.
- Andrés, H, et al. Género, representaciones sociales de la vejez y derechos humanos. En Simposio Viejos y Viejas. Participación, Ciudadanía e Inclusión Social, 51 Congreso Internacional de Americanistas. Santiago de Chile. 2003.
- Arriagada, I. (2006). Cambios de las políticas sociales: políticas de género y familia (Vol. 119). United Nations Publications.
- Arabia, M. I. (2012). La Reinención de la Vejez-Guita Grin Debert. *outra travessia*, 1(1), 161-164.
- Bazo, M. T. (2008). Personas mayores y solidaridad familiar. *Política y Sociedad*, 45(2), 73-85.
- Belmartino, S. (2009). Las políticas de salud en el siglo XX: legados históricos. Presentación en el Quinto Foro del bicentenario, panel de políticas de salud pública en el siglo XX. Buenos Aires, 14.
- Britos, A., de Norte, A. R., Anzorena, C., & Rodriguez, R. La institucionalización del enfoque de género en las políticas públicas a nivel del desarrollo local.
- Butler RN (1969). Age-ism: Another form of bigotry. *Gerontologist*, 9, 243-246.
- De Barbieri, T. (2013). Sobre la categoría género: una introducción teórico-metodológica. *Debates en sociología*, (18), 145-169.
- Ana, C. (2012). VIH/SIDA en las personas mayores. *Boletín de la Academia Nacional de Medicina*, 4(48).
- De Lauretis, T. (1996). La tecnología del género. *Revista Mora*, 2, 6-34.
- Díaz, M. E. Del disciplinamiento de los cuerpos al gerenciamiento de la vida. *Mutaciones biopolíticas en el presente en torno a la construcción de la anormalidad*.
- Doyal, L. (2000). Gender equity in health: debates and dilemmas. *Social science & medicine*, 51(6), 931-939.
- Evangelina, G. P. (2003). Hacia la institucionalización del enfoque de Género en Políticas Públicas. Fundación Friedrich Ebert. Caracas.
- Fanlo, L. G. (2011). ¿Qué es un dispositivo?: Foucault, Deleuze, Agamben. *A Parte Rei: revista de filosofía*, (74), 6.

- Fassio, Adriana (2001), "Entre la exclusión y la inclusión. Organizaciones de personas de edad en la ciudad de Buenos Aires", ponencia presentada en el Simposio Antropología de la Vejez, IV Congreso Chileno de Antropología, Universidad de Chile
- Fassio, Navarro y Sgromo (2015) Mujeres cuidadoras: la profesionalización de una historia de vida de cuidados. Inédito
- Fontenla, M., & Tajer, D. (2008). El derecho a la salud de las mujeres y su garantía constitucional en Argentina. Anuario de investigaciones, 15, 0-0.
- Foucault, M., & Pons, H. (2002). Defender la sociedad: curso en el Collège de France, 1975-1976. Fondo de Cultura Económica.
- Foucault Michel (2003*) Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones: Alianza
- Foucault Michel (2008) Vigilar y castigar, Buenos Aires, Siglo XXI
- Foucault, Michel (2003) Historia de la sexualidad I, Buenos Aires: Siglo XXI.
- Frenk Mora. Boletín Género y Salud en Cifras. Publicación cuatrimestral. Editada y distribuida por el Programa Mujer y Salud y la Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud. N°1. Abril 2003.
- Garay, S., Redondo, N., & de Oca, V. M. (2012). Cambios en los hogares con población envejecida en Argentina y México: algunas aproximaciones a las transformaciones familiares derivadas de la transición demográfica. El envejecimiento en América Latina, 21.
- García Prince, E. (2005). Igualdad y equidad de género en políticas de salud. Salud Pública. Enfoque Bioético. Caracas: Desinlimed.
- García-Calvente, M. M., Jiménez, M. L., & Martínez, E. (2010). Políticas de investigación en salud. Guía de recomendaciones para la incorporación de la perspectiva de género. Observatorio de Salud de la Mujer.
- Gastrón, L. (1999). Y que cumplas muchos más...(Abuso, maltrato y abandono: la cara oculta de la mayor longevidad femenina). Universidad Nacional de Luján.
- Gilligan, C. (2013). El daño moral y la ética del cuidado. Cuadernos de la Fundació Víctor.
- Gilligan, C. (2013). La resitencia a la injusticia: una ética feminista del cuidado. Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas, (30).
- Gómez Gómez, E., Geske Dijkstra, A., Hanmer, L. C., Smyke, P., Slim, H., Thomson, P., ... & Jusidman, C. (1997). La salud y las mujeres en América Latina y el Caribe: viejos problemas y nuevos enfoques (No. E50 974). CEPAL, Santiago (Chile).
- Guzmán, J. M. (2002). Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe (Vol. 28). United Nations Publications.
- Guzmán, V. (1998). La equidad de género como tema de debate y de políticas públicas. Género en el estado, estado de género.
- Hochschild, Arlie (1990), Th Second Shift, California, Avon Books.
- Huenchuan, S. (2010). Envejecimiento y género: acercamiento a la situación específica de las mujeres mayores en América Latina y de las recomendaciones internacionales. ponencia presentada en el Coloquio Regional de Expertos en Envejecimiento, Género y Políticas Públicas, organizado por el Núcleo Interdisciplinario de Estudios sobre Vejez y Envejecimiento de la Universidad de la República con el apoyo del Fondo de Población de Naciones Unidas, Montevideo, 9.
- Huenchuan, S., & Morlachetti, A. (2006). Análisis de los instrumentos internacionales y nacionales de derechos humanos de las personas mayores. Notas de población, (81), 50-51.
- Huenchuan, S., & Paredes, M. (2006). Escenarios futuros en políticas de vejez en Uruguay: continuidades y rupturas. Montevideo: Ed. Trilce. Naciones Unidas.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), en el censo 2010.

- Lagarde, M. (1996). Identidad de género y derechos humanos. La construcción de las humanas. Guzmán Stein, Laura y Silvia Pacheco (comps.) Estudios básicos de derechos humanos IV. Instituto Interamericano de Derechos Humanos, San José, Costa Rica.
- Lagarde, M. (1999). Claves feministas para el poderío y la autonomía de las mujeres: memoria.
- Maira, M., Osman, L., & Repetto, B. La salud de la población como dispositivo biopolítico: distintas construcciones de sujeto entorno a políticas de VIH.
- Llobet, C. V., Banqué, M., Fuentes, M., & i Solsona, J. O. (2008). Morbilidad diferencial entre mujeres y hombres. Anuario de psicología/The UB Journal of psychology, 39(1), 9-22.
- Martiarena, V., & Krzemien, D. (2001). Un modelo de conceptualización de la salud mental en el envejecimiento femenino.
- Navarro, S. H. (2004). Marco legal y de políticas en favor de las personas mayores en América Latina (Vol. 51). United Nations Publications.
- Navarro, S. H. VEJEZ, GÉNERO Y ETNIA GRANDES TEMAS PARA EL SIGLO XXI.
- Oddone, M. J. (1994). Los trabajadores de mayor edad: empleo y desprendimiento laboral. CEIL-CONICET.
- Pautassi, L. C. (2007). El cuidado como cuestión social desde un enfoque de derechos. CEPAL.
- Pinn, V. W. (2003). Sex and gender factors in medical studies: implications for health and clinical practice. *Jama*, 289(4), 397-400.
- Platero, R. (2009). Una mirada sobre la interseccionalidad, la construcción del género y la sexualidad en las políticas de igualdad centrales, de Andalucía, Cataluña, Madrid y País Vasco. In IX Congreso de la Asociación Española de Ciencia Política.
- Ramírez, M. C. (2010). La antropología de La política pública. *Antípoda*, 10, 13-17.
- Robles, L. (2003, July). Una vida cuidando a los demás. Una carrera de vida en ancianas cuidadoras. In ponencia presentada en el 51º Congreso Internacional de Americanistas, Santiago de Chile (Vol. 14).
- Rodríguez Gustá, A. L., & Caminotti, M. (2010). Políticas públicas de equidad de género: las estrategias fragmentarias de la Argentina y Chile. *Revista SAAP*, 4(1), 0-0.
- Rohlf, I., Borrell, C., & Fonseca, M. D. C. (2000). Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. *Gac Sanit*, 14(Supl 3), 60-71.
- Rovere M (2004) La Salud en la Argentina: Alianzas y Conflictos en la Construcción de un Sistema injusto. *Revista Electrónica La Esquina del Sur*. Mayo.
- Rubin, G. (1986). El tráfico de mujeres: notas sobre la "economía política" del sexo. *Nueva Antropología. Revista de Ciencias Sociales*, (30), 95-145.
- Ruiz, M. T., & Verbrugge, L. M. (1997). A two way view of gender bias in medicine. *Journal of epidemiology and community health*, 51(2), 106.
- Salvarezza, L. (2002). *Psicogeriatría. Teoría y clínica*. Buenos Aires. (Paidós).
- Seguimiento, p. L. I. Y. (2013). Aportes desde la sociedad civil para la implementación y seguimiento de la carta de san José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe.
- Sen, G., George, A., & Östlin, P. (2005). Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas (Vol. 14). Pan American Health Org.
- Sobre el Envejecimiento, A. M. (1982). Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento.
- Subirats, J. (2010). Políticas públicas e Cohesión Social. Factores territoriales y gobiernos locales. Texto para Programa URB-AL III, Sitges.
- Tajer, D. (2014). Construyendo una agenda de género en las políticas públicas de salud. *Revista Sexología y Sociedad*, 9(22).
- Tobar, F. (2000) Herramientas para el análisis del sector salud. Mimeo.

- Valls-Llobet, C. (2003). Morbilidad invisible y cooperación. *Quadern CAPS*, (31), 60-67.
- Viveros Madariaga, A. (2001). Envejecimiento y vejez en América Latina y el Caribe: políticas públicas y las acciones de la sociedad. CEPAL.
- Yuni, J. A., Urbano, C. A. (2008). Envejecimiento y género: perspectiva.
- Zeller, N. (2007). Marco conceptual metodológico para el estudio de las políticas públicas. Buenos Aires: Dirección de Investigaciones. Instituto Nacional de la Administración Pública. Subsecretaría de la Gestión Pública.