

Mujeres longevas, redes frágiles y fortalecimiento institucional

Por **Silvia Gascón**



Profesora y Master en Dirección y Gestión de Servicios de Bienestar Social por la Universidad de Alcalá, España. Es Vicerrectora Académica y Directora de la Maestría en Gestión de Servicios de Gerontología y profesora de la Universidad ISALUD. Es miembro activo del Board de Help Age International y ha sido Subsecretaria de Tercera Edad de la Nación y Secretaria de Desarrollo Humano y Familia del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Es editora responsable del periódico Lazos de la Red Mayor, publicado por la Universidad ISALUD.

Ana María Matute nos recibe en su casa de Barcelona. Ella misma abre la puerta y nos encontramos ante una anciana frágil, que camina con muletas –“tengo alguna vértebra magullada”– y a la que hay que hablar en un volumen parecido al grito. “Estoy bastante sorda”, advierte. Y luego rectifica: “No: soy bastante sorda”. Y se ríe. Esa risa lo cambia todo, y la aparente debilidad se desvanece como un sortilegio creado por alguna de las hadas de sus historias. La fuerza llega en todas sus palabras, se enlaza con sus gestos, rubrica sus frases. “Si estás viva, estás viva”, afirma. Y basta mirarla.

Ana María Matute¹, en Revista Fusión, Abril de 2005.

Introducción

Argentina, uno de los países ya envejecidos de América Latina comenzó el proceso de envejecimiento de su población, a mediados del siglo XX, acompañando el desarrollo socioeconómico de la época.

En la actualidad, esta población asiste además, al aumento de la esperanza de vida en las edades avanzadas, por lo que las proporciones de personas de edad extrema sobre el total de la población se ha incrementado y lo seguirá haciendo en el futuro.

Las mujeres tienen una esperanza de vida al nacer mayor que los varones. En Argentina esta diferencia se establece en 7.7 años más para las mujeres y si bien disminuye a medida que avanza la edad, por ahora se mantiene en todos los grupos de edades.

¹ Ana María Matute, española, escritora. Ha recibido casi todos los galardones literarios. Es miembro de la Real Academia Española.

Sin embargo no hay hasta el momento datos claros que indiquen que la mayor esperanza de vida de la mujer suponga ventajas significativas en términos de calidad de vida.

A medida que avanza la edad cronológica aumenta la probabilidad de sufrir enfermedades degenerativas que ocasionan pérdidas en la capacidad funcional de tipo físico, mental o cognitivo, pero por ahora no se han desarrollado sistemas integrales e integrados que ayuden a vivir con el máximo grado de autonomía y comprimir la discapacidad y la dependencia hacia el final de la vida.

El impacto de las enfermedades crónicas y degenerativas sobre las alternativas de vida es diverso, en algunas personas pueden afectar su aptitud para el desempeño de un conjunto de actividades básicas o instrumentales de la vida diaria, generar dependencia o discapacidad; mientras que en otras no dañan su autovalimiento, su capacidad de seguir disfrutando de sus posibilidades y derechos.

De hecho en el testimonio que reproducimos al inicio de esta presentación, reconocemos las características de la longevidad exitosa, entendiendo por tal aquella que realmente merece ser vivida. La que se vincula con la secreta aspiración que cada uno de nosotros poseemos de que los años ganados sean vividos con el máximo de calidad posible, con autonomía y dignidad, con capacidad funcional y salud, con participación social y económica, con afecto y respeto (Engler, 2002: 23)

El presente trabajo apunta a reconocer cuáles son los principales factores que favorecen u obstaculizan el envejecimiento saludable en las mujeres. Cuál es el rol que juegan las redes familiares y sociales en este proceso y cuáles son las acciones de fortalecimiento institucional pendientes de desplegar, para asegurar que la prolongación de la vida sea un éxito individual y social.

Desarrollo

Longevidad-Discapacidad-Dependencia y Fragilidad

Es frecuente que se utilice indiscriminadamente términos como discapacidad, dependencia, fragilidad. En este trabajo se entiende a la fragilidad como un proceso, un *continuum* muy diferente al todo o nada en la cual como resultado del paso de los años se produce una “pérdida de las reservas fisiológicas y sensorio-motrices que afectan la capacidad de una persona para preservar un equilibrio con su entorno o para restablecerlo luego de eventos perturbadores”.

Siguiendo a Lalive D'epiney², podríamos afirmar además que la fragilidad es: “aquel estado en que la reserva fisiológica está disminuida, lo que conlleva asociado un aumento del riesgo de incapacidad, una pérdida de la resistencia y un aumento de la vulnerabilidad”.

Las personas que padecen discapacidades en uno o más órganos o sistemas se consideran vulnerables debido a su riesgo de pade-

cer progresivas limitaciones en el desempeño autónomo de su vida cotidiana.

Y se denominan en cambio “dependientes”, a aquellas personas que padecen enfermedades crónicas o degenerativas y como consecuencia de ello, requieren ayuda de terceros para el desarrollo de las actividades básicas o instrumentales de la vida diaria.

Al hablar de longevidad es importante distinguir dependencia de fragilidad. La fragilidad es una posible causa de dependencia. Es por ello importante tomar en cuenta su valor predictivo, ya que aumenta el riesgo de sufrir consecuencias adversas tales como caídas, discapacidad, hospitalización y muerte³.

Por otro lado, si bien la discapacidad puede mantenerse estable durante años, la fragilidad aumenta.

Para comprender las causales de la fragilidad cada vez se utilizan menos variables estrictamente sociodemográficas, como la edad, ser mujer, estado civil, el número de hijos o vivir solo, y permanecen los factores fisiológicos y médicos.

La menor proporción de “viejos-viejos” sobre el total de la población anciana existente hace dos o tres décadas fue probablemente responsable de considerar a los mayores de 80 años un grupo de sujetos a los cuales prestar una especial atención. Pero desde entonces numerosos estudios descartan o minimizan el efecto independiente de la edad en numerosos aspectos de la medicina.

En lo relativo al sexo, se sabe que ser mujer, en general, es un factor protector de la mortalidad. Por ello no cabe considerarlo como factor de riesgo independiente.

Otros factores sociodemográficos, como vivir solo, tampoco aparecen como determinantes de fragilidad, aunque sabemos que esta circunstancia disminuye la tolerancia al estrés.

Es aceptado de todos modos que a medida que la edad avanza, los riesgos de dependencia y discapacidad también aumentan. El mundo desarrollado aplica recursos importantes a prolongar la vida libre de discapacidades. En países como el nuestro, en los cuales la competencia por los recursos es alta, se debe ser muy prudente a la hora de asignar recursos. Las principales medidas estarán orientadas a desarrollar estilos de vida saludables a lo largo de toda la vida y en el desarrollo de políticas y programas específicos que respondan al desafío individual y colectivo de retrasar al máximo la discapacidad y la dependencia.

Longevidades y mundos diferentes

Existen grandes diferencias en el curso de la vida de las personas a medida que envejecen. Estas diferencias se observan en países con distintos niveles de desarrollo, así como hacia el interior de cada uno de ellos, según estratos sociales, género, edades y etnias. En

3 Lluís Ramos, Guido Emilio y Libre Rodríguez, Juan de Jesús. (2004) Fragilidad en el Adulto Mayor: Un primer acercamiento. Ev. Cubanada de Med.Gen.Int. vol 20 (4).

2 Cristian Lalive D'Epiney. Seminario Instituto Universitario Isalud - 2004

las sociedades en que la esperanza de vida es corta, ser “mayor” o “anciano” puede aplicarse a una edad que otras sociedades definirían como “joven”. Para el caso particular de las mujeres, en algunas sociedades la menopausia se considera el comienzo de la “vejez”; en otras, en cambio, es una nueva etapa en camino de liberación y de posibilidad de mejora en relación a temas de salud y bienestar psicológico y emocional (Freixas A, 2005: 112).

La diversidad que siempre existe entre las mujeres aumenta con la edad. Algunas viven vidas longevas y otras mueren anticipadamente. Unas viven en la mayor pobreza, otras disfrutan de una vejez “dorada”. Unas cuentan con redes familiares de apoyo, otras sufren el mayor de los abandonos. Unas gozan de respeto y reconocimiento, otras pierden prestigio y lugar en la sociedad. Unas gozan de excelente salud incluso a una edad avanzada, y otras dependen de la ayuda de terceros para sus actividades diarias (Bonita R, 1998: 7).

La esperanza de vida a los 65 años muestra una diferencia entre los países en vías de desarrollo y los desarrollados, en torno a 15 y 19 años respectivamente. A los 65 años, las mujeres de países en vías de desarrollo tienen hoy en día aproximadamente tres cuartos de la esperanza de vida restante de las mujeres de la misma edad en países desarrollados; y la distancia que las separa se reducirá en el futuro a medida que desciende la mortalidad no sólo en los primeros años sino también en los últimos.

La esperanza de vida al nacer en cambio nos muestra diferencias mucho más alarmantes que llegan en algunos casos hasta los 40 años, tal es el caso de Mozambique y Japón.

Esto se debe sin duda a que, como afirma Amartya Sen, el principal consumo que realiza la pobreza son años de vida. De allí que la probabilidad de llegar a la tercera edad, es lo que presenta una diferencia más marcada entre estratos sociales y países con distintos niveles de desarrollo. Es por ello que cuando hablamos de longevidad femenina, estaremos hablando principalmente de mujeres de estratos medios, altos y urbanos.

Las inequidades de género presentes a lo largo de la vida cristalizan en las mujeres mayores y entre ellas la más aberrante: la desigualdad y la exclusión social.

Por primera vez en nuestro país, están llegando a la tercera edad grupos de mujeres que han vivido históricamente en condiciones

de desventaja. Muchas de ellas viven en condiciones de relativa, si no completa, pobreza económica; sin capacidad de satisfacer sus necesidades mínimas, sin vivienda y sin ingresos propios. Si la longevidad de por sí significa un desafío, el envejecimiento en situación de pobreza lo duplica.

Los problemas de la pobreza no se resuelven con políticas sociales, requieren del desarrollo de políticas económicas orientadas a la equidad. Las estrategias para subsanar la desigualdad social pueden acompañarse con programas sociales, educativos y de salud, pero dependen sobre todo de las decisiones en materia de distribución del ingreso.

En Argentina, por ejemplo en el año 2003, el 32,8% de la población de 60 años y más era pobre por ingresos. Con las medidas tomadas a partir de esa fecha se consiguió reducir la pobreza progresivamente, hasta llegar al 17,3%. También se redujo la indigencia que, según datos correspondientes a la EPH primer semestre de 2006, se ubica en el 4% es decir 256.339 personas mayores de 60 años.⁴

Longevidad y salud

Como ya se dijo la mayor expectativa de vida de las mujeres determina la feminización de la población de edad mayor y consecuentemente, la más elevada prevalencia de “vejez frágil” femenina.

Gran parte de la distancia que separa la esperanza de vida de hombres y mujeres se debe a las diferencias en cuanto al consumo de alcohol y tabaco, así como a las muertes por accidentes, suicidios y enfermedades crónicas. Sin embargo, los cambios en los estilos de vida de las mujeres, particularmente el aumento en el consumo de alcohol y tabaco, el stress resultado de su doble rol de trabajadora y cuidadora del hogar y la familia, así como las modificaciones producidas en el ritmo de vida, están produciendo cambios en las causas de morbi-mortalidad femenina. Las mujeres presentan mayores porcentajes de morbilidad y discapacidad a lo largo de su vida y también están expuestas a mayores riesgos cuando la edad avanza, y deben sumar su papel primordial como cuidadoras.

El cuadro 1 que compara la esperanza de vida libre de discapacidad, expresa con mucha precisión el mayor riesgo al que están expuestas las mujeres a medida que la edad avanza.

Dentro de la teoría de transición demográfica, utilizada para ex-

⁴ Fuente: Siempro, en base a datos EPH, INDEC.

Cuadro 1
Esperanza de vida total y saludable, por sexo. Argentina 2000-2005

Edad	Varones: Expectativa de vida en años			Mujeres: Expectativa de vida en años		
	Saludable	Inválido	Total	Saludable	Inválido	Total
60	15.55	2.27	17.82	17.23	5.30	22.53
65	12.27	2.19	14.46	13.44	4.98	18.42
70	9.32	2.08	11.40	9.99	4.56	14.55
75	7.29	1.35	8.64	6.61	4.42	11.03
80	4.78	1.43	6.21	4.00	3.96	7.96

Fuente: Encuesta SABE (2002). OPS-BID-CENEP. Tabla 3. (Pág. 204 y 205)

plicar el envejecimiento poblacional, surge la teoría de la transición de género, basada en la presencia de patrones cambiantes de la supervivencia de la mujer con respecto al hombre, y el consecuente equilibrio de género de la población de mayor edad.

En las primeras etapas, la esperanza de vida al nacer es igual de baja tanto para el hombre como para la mujer. La esperanza de vida de la mujer sigue estando muy limitada por la alta tasa de mortalidad en el parto y es por tanto parecida a la de los hombres.

La segunda etapa de la transición de género refleja dos tendencias de la mortalidad muy claras en los países más desarrollados y que ya se manifiestan en muchos países como los más envejecidos de América Latina. El principal factor a tener en cuenta es el descenso del índice de mortalidad durante o después del parto, lo cual supone que una mayor proporción de mujeres alcanza la madurez. En segundo lugar, el descenso de mortalidad entre la población de mediana edad y de más edad, el cual ocasiona que una mayor proporción de mujeres de mediana edad alcanza la tercera y cuarta edad. Estos dos factores producen el cambio significativo en el equilibrio de género entre la población de edad más avanzada.

Las poblaciones que se encuentran en la segunda etapa de la transición de género, como Argentina, se caracterizan por una proporción cada vez más grande de mujeres mayores.

Una tercera etapa de la transición de géneros está surgiendo ahora en los países más industrializados. En esta etapa, la elevada esperanza de vida de las mujeres hace que exista un campo limitado de mejoría en este aspecto. En cambio, el incremento en la esperanza de vida del hombre de edad avanzada está comenzando a suceder y es probable que en poco tiempo se reequilibren las cifras de hombres y mujeres hacia una mayor igualdad. Es esencial tratar la salud de la mujer al envejecer desde una perspectiva que tenga en cuenta el género, pero además, todo el curso de su vida. Esto implica fomentar la mejora de la salud de la mujer que envejece aplicando iniciativas de prevención tanto primaria como secundaria durante la última etapa de su vida.

La ampliación de la cobertura de salud, los programas de salud sexual y reproductiva, la generación de servicios y programas con perspectivas de género y el apoyo al rol de cuidadoras que la mayoría de las mujeres ejerce, deberán ser motivo de permanente preocupación de los Gobiernos y debe respaldarse en la lucha de las propias mujeres para ejercitar su derecho a la salud y para lograr servicios y programas adecuados a lo largo de la vida.

La creación de servicios orientados a la vejez frágil es quizás el mayor desafío que debemos enfrentar si esperamos obtener mejoras permanentes en la calidad de vida sobre todo de las mujeres que serán las principales usuarias de ellos.

Longevidad y cohortes

La mujer sufre discriminaciones basadas en su edad antes que el hombre. La discriminación por la edad intensifica la discriminación por género. A la mujer se le considera “mayor” a una edad más joven que al hombre. Y además se considera que son débiles, dependientes, vulnerables, y faltas de feminidad y sexualidad. Dichas imágenes negativas contribuyen a hacer invisible a la mujer mayor y anulan su significativa diversidad e iniciativa.

Debe tenerse en cuenta que las actuales cohortes femeninas de edad extrema alcanzaron niveles educativos formales más bajos que las cohortes siguientes. Por otra parte, en estas generaciones prevalecen los descendientes de las corrientes inmigratorias procedentes de los países del Mediterráneo europeo con su particular sentido de la familia y de la distribución de jerarquías y responsabilidades entre los miembros según su sexo y su edad cronológica. Es frecuente por lo tanto que las mujeres de edad extrema hayan vivido a lo largo de su vida en relaciones de dependencia, primero de sus padres, luego de sus maridos y hacia el final de su biografía de las decisiones de sus hijos adultos (Redondo, N. Año 2005 Pág. 26).

La situación comienza a cambiar a medida que van ingresando a la adultez mayor cohortes de personas de edad más educadas, que gozan además de mejores condiciones de salud que sus predecesoras. El acceso de las mujeres a diferentes niveles de educación formal, sobre todo en las grandes ciudades, así como la incorporación al mundo del trabajo es una tendencia que se profundizó hasta el presente. Incluso el éxito que tienen los programas de educación permanente, al estilo de Universidades de la Tercera Edad donde la participación femenina es mayoritaria, dan cuenta del deseo de recuperar oportunidades perdidas y de continuar participando activamente.

“Las pioneras de la segunda ola de feminismo están llegando a la mediana edad y más allá. De hecho toda la generación del *baby boom* posterior a la guerra está entrando en la mediana edad” (Bonita R, 1998: 53).

De allí que sea muy importante conocer y estudiar las “diferencias entre cohortes”. La salud, la educación, la autonomía, la importancia asignada a los diferentes roles de las mujeres que están envejeciendo ahora, es distinta en muchos aspectos, de las mujeres que ya han envejecido.

Las más envejecidas, jóvenes protagonistas de los años 50 reflejan junto a las experiencias de un mundo más patriarcal, las condiciones sociales y económicas de una época de crecimiento económico y de adquisición de derechos sociales, de un Estado presente y de una cultura ligada a valores que han cambiado. Pero el empobrecimiento al que estuvieron expuestas más tarde

por las sucesivas crisis económicas puede ubicarlas en desventaja en esta edad.

Por otra parte, para las futuras mujeres mayores, se hace difícil predecir las consecuencias futuras de los cambios producidos entre los años 70 y 90. Hace falta realizar estudios comparativos y longitudinales que nos permitan prever los efectos sobre estas cohortes de envejecientes del doble impacto de las mejoras en acceso a escolaridad, salud, trabajo y la crisis socioeconómica iniciada en nuestro país hace ya 30 años.

Longevidad y roles sociales

Las formas de envejecer han cambiado; la inclusión de la mujer en el mundo del trabajo, el incremento de la autonomía, los cambios en las familias, el rol de madres y abuelas, han sufrido grandes transformaciones.

La reestructuración de las relaciones familiares incluyen significativos cambios en los papeles sociales que desempeñan las mujeres al envejecer. En muchas sociedades las mujeres pueden acceder a papeles positivos a medida que envejecen, y éstos pueden suponer una mejora de su posición y un aumento de su autoridad.

Los roles tradicionales de suegra, abuela, madre, son complementados por otros que otorgan a las mujeres mayores la posibilidad de disfrutar de mayor libertad de movimiento y de comportamiento personal. A la vez que se despliega un nuevo contrato social en el que las “obligaciones familiares”, casi siempre en un línea descendente de padres (aún mayores) hacia hijos (aún maduros), se transforman en una fuente de satisfacción y cuidado recíproco.

En todos los países de América latina, mujeres universitarias, políticas, sindicalistas, líderes sociales y religiosas de edad madura y avanzada dan cuenta de éstos cambios. En la Argentina, particularmente, las Abuelas y Madres de Plaza de Mayo constituyen, sin duda, un ejemplo de mujeres que con el paso de los años han desarrollado una lucha, que pudo con la peor de las dictaduras, pero que además contribuyó a construir una nueva identidad para la Mujer Mayor.

La mujer mayor cuidadora

Como las mujeres viven en promedio 7 años más que los varones y además en épocas anteriores se casaban con hombres mayo-

res que ellas, es frecuente la aparición de dos roles: cuidadoras de sus parejas y viudas.

La verticalización de las familias, ha producido que cada vez sean menos los hijos para cuidar a sus padres a medida que envejecen y que muchos hijos, generalmente hijas, cuiden a dos generaciones de mayores.

El Informe del Instituto Universitario Isalud sobre Servicios de Atención a la Vejez Frágil, elaborado por la Dra. Nélide Redondo, da cuenta que de acuerdo a la información que proporciona la Encuesta sobre Condiciones de Vida de la población argentina, relevada por el SIEMPRO hacia fines del año 2001, algo más del 12% de la población de 65 y más años de las áreas urbanas del país manifiesta necesitar el apoyo de terceros para el desempeño de actividades de la vida diaria (Cuadro 2).

La prevalencia de la vejez frágil está significativamente asociada con el avance de la edad: en el grupo de personas de edad extrema –80 años y más– la necesidad de ayuda se manifiesta en el 30% del total. Ese porcentaje representa –según la inferencia muestral– algo más de 375.000 personas mayores.

En la Argentina, más del 20% de las personas mayores viven en hogares unipersonales y también son elevadas las proporciones que residen en contextos unigeneracionales.

Muchas mujeres mayores tienen a su cuidado maridos, hermanos y otros miembros de sus familias más envejecidos. Sólo el 17% de las personas mayores dependientes recibe cuidados de personal contratado y esta posibilidad se presenta con mayor frecuencia en el último quintil de ingreso. Muchas personas mayores que son cuidadas por vecinos o por familiares no convivientes, o aquellas que están a cargo de otro familiar mayor, es probable que tengan necesidades de cuidados no satisfechos.

Pese a no disponer de la información por género, es previsible que en los hogares unigeneracionales sea la mujer la que cuida al hombre. Ahora bien, cuando la mujer envejece ¿quién la cuida? Otra mujer, generalmente su hija. Y este es un grupo al que debería prestarse especial atención. Tienen entre 50 y 60 años y cuidan de progenitores, habitualmente sus madres, que tienen cerca de 80 años o más.

La necesidad ya mencionada, de estudiar esta cohorte alcanza puntos muy significativos si comprendemos que en general son

Cuadro 2

Personas de 65 años y más que necesitan ayuda según grupos de edades y porcentajes de personas que necesitan ayuda sobre el total de las personas de su grupo de edad

Total del País. Áreas urbanas con 5.000 personas y más. 2001.

	65-69 años	70-79 años	80 años y más	Total
Necesitan ayuda	48.221	142.037	185.000	375.258
% de los que necesitan sobre el total de cada grupo	5,44%	9,60%	30,91%	12,66%

Fuente: Dra. Nélide Redondo Elaboración propia a partir de la base de datos brutos de la ECV. SIEMPRO-2001

mujeres que todavía trabajan, muchas de ellas cuidan nietos además de padres y se encuentran en un momento de la vida en que los cambios físicos y psicológicos son de una enorme profundidad.

La necesidad de apoyo y contención a estos cuidadores informales es un punto esencial de las políticas destinadas a mejorar la calidad de vida de las personas frágiles y sus familias.

Por ahora, cuando las redes familiares se agotan o no existen, la única alternativa vigente es la internación geriátrica. A partir de reconocer el impacto de la mayor participación de la mujer en el mercado laboral sobre la disponibilidad de cuidadoras, es necesario que se desarrollasen una serie de opciones que permitieran a la mujer de mediana edad elegir el equilibrio entre las responsabilidades de trabajo, el disfrute personal y su tarea de cuidadoras. Y que estas alternativas respondan también a los deseos vitales de muchas mujeres mayores de mantener su autonomía, dignidad y productividad social en las cada vez más largas etapas ganadas en sus historias de vida.

La viudez

Las mujeres mayores de todo el mundo tienen muchas más posibilidades de enviudar que los hombres, pero en algunos países hay mayores cifras de viudas que en otros. En la Argentina la proporción de viudas casi cuadruplica la de viudos. Esto se debe a la mayor esperanza de vida de las mujeres, a la mayor proporción de mujeres 60 años que han enviudado y a que es mayor el número de hombres que vuelven a casarse.

Las diferencias de la construcción cultural del género femenino y masculino hace que las normas sociales aprueben que un hombre se vuelva a casar, o que se case con mujeres más jóvenes. Para las mujeres esto aún no está bien visto y se puede esperar que la viudez sea parte normal de su vida adulta.

Aunque la viudez es un factor de independencia que permite a la viuda vivir sola, esta misma vida independiente también le hace más vulnerable al aislamiento, una vulnerabilidad que se agravará si la salud empeora. Incluso cuando la viuda consigue ayuda familiar y tiene la posibilidad de contribuir de forma práctica en la casa, esta situación puede convertirla en dependiente de los miembros más jóvenes de la familia. Los fenómenos de allegamiento familiar cada vez más frecuentes en todos los estratos sociales dan cuenta de esto.

Redes de mujeres

Es bastante frecuente que la mujer al envejecer se enfrente a dos opciones que casi siempre terminan en frustración: ceder ante las tendencias de la moda e intentar mantenerse eternamente joven, o aceptar los papeles estereotipados y limitados asignados a las mujeres mayores.

Sin embargo, se puede ver como las nuevas cohortes de mujeres van construyendo nuevos roles y, con evidentes esfuerzos y no pocos conflictos, aprenden a compartir el papel de abuela, cuidadora o viuda con otros que les permitan gozar de nuevas experiencias y encontrar un nuevo valor y significado a sus vidas, a medida que se reestructuran relaciones con familias y amigos. En los casos en que la viudez y otros cambios en los entornos familiares amplios implican pérdidas, el contacto con sus pares será probablemente de vital importancia para proporcionar a la mujer que envejece un papel valioso en su grupo social más cercano.

Están ampliamente documentados los beneficios para las personas mayores de contar con redes de amigos: evita la soledad, el aislamiento social y la depresión; posibilita compartir nuevos proyectos y actividades, alarga la esperanza de vida y el bienestar por los años vividos.

En nuestros países los cambios en las familias están a la vista: más personas mayores viviendo solas o con sus parejas también mayores y porque así lo desean. Familias más pequeñas e inestables, divorcios y nuevas parejas, tardías emancipaciones. Las hijas mujeres viven con tensión y agobio una responsabilidad que ya no pueden asumir, entre trabajos, hijos y nuevas familias. Y muchas veces ésta misma responsabilidad que agota sus posibilidades revierte el cariño en depresión, animosidad e incluso maltrato. Es imprescindible avanzar en programas de alivio a este grupo de riesgo.

Frente a esta descripción el apoyo de los pares probablemente desempeñará un papel cada vez más importante en las vidas de las mujeres maduras y mayores.

Sin embargo existen obstáculos para que las personas mayores —fundamentalmente las mujeres que poseen mejores niveles de educación, salud y recursos materiales— se organicen en grupos que representen sus intereses. En primer lugar porque niegan para sí los estereotipos negativos aplicados a la edad avanzada, el ya conocido “viejos son los otros”, que sería para este caso: “las viejas son otras”. Será necesario entonces, construir nuevas identidades que puedan de-construir estereotipos negativos y que anime a las mujeres de edad mayor a encontrarse.

Están surgiendo nuevos puntos de encuentro, nuevas formas de asociación que llamamos redes. Y siguiendo a Susana Covas (2005: 181), tomamos las tres acepciones asignadas: red como trama, tejido; red como trampa ardid, red como organización, distribución y servicio.

Las formas de organización más habituales, políticas, sindicales o basadas en la edad; suelen convertirse en una trampa para las mujeres. Les cuesta compartir sus códigos, que a menudo desvalorizan los propiamente femeninos. La verticalidad, el autoritarismo, la orientación a fines individuales, evitan que las mujeres participen activamente. La única forma de salir es generando una

nueva trama que permita establecer nuevas formas de organización, nuevas formas de “hacer”, sin trampas. Con mas democracia, afectos genuino, respeto a las diferencias, cuidados mutuos, fines comunes, ideales compartidos.

Muchos adultos mayores cuestionan hoy, o por lo menos no se acercan, a las organizaciones clásicas, acusadas de politización, clientelismo, anquilosamiento y desmovilización.

La búsqueda es hacia nuevos espacios, de cuidado, contención, intercambio. De compartir experiencias y aceptar diversidades.

Habrà dos caminos que servirán de ayuda. El primero cuenta con dos aportes esenciales; el de aquellas mujeres que estudian e investigan, que producen conocimiento y ayudan a entender códigos y señales. Las mujeres que vienen del campo feminista que han dedicado sus vidas a estudiar la cuestión del género. El segundo aporte es el que viene del campo del trabajo de gerontólogos y gerontólogas que descubren y anuncian nuevos paradigmas y formas de envejecer, que se animan a romper estereotipos y a relatar nuevas realidades. Que anuncian la buena nueva de que es posible envejecer de otra manera.

Pero también hay otro camino, el que transcurre en cada comunidad, en las vidas cotidianas. Estas nuevas formas de encuentro, organización, participación y lucha que hoy se conocen como redes sociales. Espacios para transformar lo privado en público; las relaciones con los hijos, el manejo y la disponibilidad del dinero, el derecho a envejecer en casa, el miedo a la internación geriátrica, un nuevo amor, el despertar de una vocación; son cuestiones que encuentran un espacio de abordaje en estas redes.

Las redes sociales suponen voces críticas que desarrollan una nueva forma de activismo que se interesa —en términos generales— en proteger y mejorar las condiciones de la vida humana, creando oportunidades para sí mismos o para otros.

El mayor impacto de estas redes será la transformación de los “estereotipos compasivos”, que colocaban a las personas de edad y sobre todo a las mujeres en el lugar de los necesitados de “recibir servicios o asistencia”, por la cada vez más clara noción acerca de la importancia social y política de las y los ciudadanos mayores en las actuales sociedades envejecidas.

A su vez, promoverán entre las mujeres mayores el sentimiento de formar parte de una colectividad basada en el género y la edad, con problemas y frustraciones experimentados también por miles, tal vez millones, de otras mujeres mayores.

El trabajo en red

Si una mujer de 50 años espera vivir treinta años más y la de 60 por lo menos veinte, se debe comenzar a trabajar seriamente para vivir estos años con la mayor autonomía, libertad y dignidad posible.

El trabajo en red ayudará en este camino. Para ello será necesario poner manos a la obra. Pensar y valorar lo que hemos hecho

y pensar en lo que nos queda por hacer. Tomar y generar conciencia de edad. Que implica aceptar sin resignar. Aumentar la conciencia sobre las ventajas y posibilidades del envejecimiento activo, despegando definitivamente de los estilos compasivos. Implica plantarnos como ciudadanas de primera.

Para fortalecer estas redes podremos:

- Nuclear no sólo a mujeres mayores, sino a todas aquellas dispuestas a participar en la construcción de un nuevo paradigma sobre el envejecimiento femenino con dignidad.
- Trabajar por la defensa de los derechos de las mujeres a lo largo de la vida, que es la mejor forma de asegurar una mejor longevidad.
- Asumir estilos de liderazgos democráticos y participativos, en horizontalidad.
- Repensar nuevos temas referidos a lo cotidiano, las familias, el respeto, la consideración social, el derecho a elegir y decidir en cada uno de los actos de la vida y en cada situación. Defender especialmente los derechos de aquellas mujeres más mayores que presentan dependencia física o mental.

Es claro que un único actor social no puede asumir la responsabilidad de resolver problemas tan complejos como los señalados. Si bien hemos planteado la importancia de reconocer las nuevas formas de organización social y la importancia de la participación organizada y autónoma de los mayores, es dable destacar que también los otros actores deberán promover cambios. El Estado, el sector privado, las organizaciones de la sociedad civil y las familias deberán enfrentar transformaciones aún pendientes.

A modo de conclusión

Es imposible desconocer o resignar las profundas transformaciones que debemos transitar en la búsqueda de una sociedad para todas las edades.

En este desafío no se podrán eludir las situaciones de profunda inequidad que están enquistadas en los sistemas económicos y sociales. Es inevitable tomar medidas para incorporar al sistema social a aquellos que hoy están excluidos y construir nuevos paradigmas de género y de envejecimiento.

El Estado no puede, ni debe asumir solo, resolver problemas tan complejos como los señalados. En primer lugar, las acciones que se desplieguen deben ser multisectoriales, para que puedan contemplar los diversos aspectos que influyen en el envejecer.

Las comunidades locales tienen un rol fundamental en la provisión de servicios de cuidados para las personas mayores. La experiencia internacional demuestra que no sólo es un beneficio para los ancianos y sus familias, sino que además constituye un nuevo yacimiento de trabajo genuino.

Las familias deberán seguir proveyendo los cuidados, el afecto y la protección que ningún sistema formal podrá sustituir.

El sector privado también debe reconocer los derechos de estas personas a disponer de una gama de tecnologías ya accesibles en otros lugares. Un alto porcentaje de los mayores en la Argentina dispone de medios para acceder a ellos.

Los sistemas de información deberán incluir sistemáticamente en las bases de datos estudios e investigaciones que permitan evaluar el estado funcional y bienestar de la mujer a medida que envejece. Establecer comparaciones entre cohortes.

Y también en los programas de formación de grado y postgrado deben contemplarse contenidos al proceso de envejecimiento normal y patológico, así como a la gestión de instituciones.

Y las propias mujeres de mediana edad y edad avanzada deberán trabajar juntas en red, porque como dice la argentina Susana Covas: “si envejecer es en gran medida el reto de llegar a asumir nuestro cuerpo y nuestra cara, nuestra piel y nuestra manos, este no es un proceso que se hace de la noche a la mañana. Para muchas de nosotras supone iniciar una travesía a través del desierto, en la que se mezclan el desconcierto, la rabia, la vergüenza, hasta llegar a la aceptación, lo cual no significa llegar a la derrota”. “Si envejecer –dice Margaret Gullete– es un llegar a ser, un proceso que requiere un esfuerzo emocional continuo, necesitaremos mucha creatividad, imaginación y sobre todo amigas, amigas con las que compartir dudas, penas y estrategias” (Coria, C. 2005: 129).

Bibliografía

- Coria, Clara (2005): **Los cambios en la vida de las mujeres**. Editorial Lugar. Buenos Aires.
- Engler, Tomás (2002): *Marco conceptual del envejecimiento exitoso, digno, activo, productivo y saludable*. En: **Mas Vale por Viejo**, Engler T. Y Pelaez M. Banco Interamericano de Desarrollo, Washington D.C.
- Freixas, Anna (2005): *La edad escrita en el cuerpo y en el documento de identidad*. En: **Los cambios en la vida de las mujeres**. Coria Clara, Freixas Anna, y Covas Susana. Editorial Paidós, Buenos Aires.
- Bonita, Ruth (1998): **Mujeres, envejecimiento y salud. Conservar la salud a lo largo de la vida**. Comisión Mundial sobre la Salud de la Mujer, Programa sobre Envejecimiento y Salud. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
- Covas, Susana (2005): *Los cambios pendientes*. En **Los cambios en la vida de las mujeres**, Coria Clara, Freixas Anna, y Covas Susana. Editorial Paidós, Buenos Aires.
- Gascón, Silvia (2005): **“Los movimientos sociales y la participación social de los mayores”**. Presentado en la reunión de gobiernos y expertos sobre envejecimiento en países de América del Sur. Noviembre 2005. Buenos Aires.
- Golpe, Bidegain, Arias (2003): **Edaísmo y Apoyo Social**. Editorial Suárez.
- Redondo, Nélica: **“Servicios para la atención de la Vejez Frágil”**. Instituto Universitario Isalud. Informe 2004.