

Biopoder y gubernamentalidad de la vejez en México

*Fabiola Escamilla Femat**

Resumen

En el presente artículo se reflexiona sobre la vejez desde una mirada foucaultiana. En la primera parte se abordan los conceptos de biopoder, anatomopolítica, biopolítica y gubernamentalidad. Posteriormente se reflexiona, a partir de estas nociones, cómo se ha llevado a cabo una gubernamentalización de la vejez por medio de políticas públicas y la circulación de discursos, sin dejar de lado el papel que desempeñan los sujetos del poder.

Palabras clave: vejez, biopoder, anatomopolítica, biopolítica, gubernamentalidad, resistencia.

Abstract

The present paper reflects on old age from a Foucaultian perspective. In the first part, the concepts of biopower, anatomopolitics, biopolitics and governmentality are addressed. Subsequently, from these notions, we reflected on how governmentalization of old age has been carried out through public policies and the circulation of discourses, without neglecting the role played by the subjects of power.

* Maestra en Comunicación y Política por la UAM-Xochimilco. Correo electrónico: [mcp@correo.xoc.uam.mx].

Keywords: old age, biopower, anatomopolitics, biopolitics, governmentality, resistance,

Prólogo

Nuestra sentencia no es aparentemente severa. Consiste en escribir sobre el cuerpo del condenado, mediante la Rastra, la disposición que él mismo ha violado. Por ejemplo, las palabras inscritas sobre el cuerpo de este condenado —y el oficial señaló al individuo— serán: HONRAR A TUS SUPERIORES.

Franz Kafka, *La colonia penitenciaria*

Durante los últimos años, el tema de la vejez ha cobrado relevancia internacional debido a que la población en edades avanzadas aumenta con rapidez. Para darnos una idea del panorama, pensemos en los datos que nos ofrece el estudio de proyección del Consejo Nacional de Población (Conapo) que se hizo en 1998, el cual, entre otras cosas, nos dice que en 1950 en México las personas de mayor edad eran un total de 811 000, que representaba 3.1% de la población total. Esta cifra fue incrementándose hasta llegar a un total de 3 124 000 adultos mayores en 1990. Sin embargo, para el año 2007, según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi), esta población ascendía a 8.5 millones, y de seguir así, según Conapo, para 2050 el número de personas envejecidas podría alcanzar los 32 524 000 de personas, esto es 24.6% del total, es decir, una cuarta parte de la población mexicana (Conapo, 1998). Actualmente, en México la población de personas mayores de 60 años alcanza alrededor de 15.1 millones de habitantes, que representan 12% de la población total (Inegi, 2021).

En las últimas cuatro décadas del siglo xx, en México y en varios países en vías de desarrollo se adoptaron políticas de población cuyo propósito era disminuir y adecuar la dinámica demográfica. Esto trajo como consecuencia cambios en el incremento de la esperanza de vida, disminución de las tasas de fecundidad y decremento de los ritmos de crecimiento demográfico que, a su vez, generaban volúmenes

y estructuras de población de menos presión social, económica y ambiental. A la par, se producía un aceleramiento en el incremento de la población envejecida, lo cual trae consigo un mayor número de gastos para los Estados en materia de pensiones y acceso a la salud, es decir, una mayor intervención del poder gubernamental sobre este sector social.

Dicho lo anterior, considero pertinente abordar la temática del envejecimiento poblacional a la luz de los conceptos de biopoder y gubernamentalidad propuestos por Michel Foucault. Ambas nociones apuntan al control de las poblaciones para que el Estado pueda operar sobre ellas, instaurando saberes específicos de las mismas y haciendo de las instituciones un componente básico en las estrategias de control de los colectivos. A la par, esto induce identidades y provoca una sectorialización de la población con políticas diferenciales; como podemos suponer, la vejez no escapa a estas últimas, aunque, claro está, no sin cierto grado de resistencia (la cual también se abordará en algún momento a lo largo de este artículo).

Del poder de hacer vivir y dejar morir

En su libro *Defender la sociedad*, Michel Foucault nos habla del tránsito de una sociedad disciplinaria a una sociedad reguladora o de control: la primera enfocada en la individualidad de los cuerpos y la segunda centrada en la población. Bajo esta lógica, las problemáticas que ocuparán al poder soberano, occidental y burgués girarán en torno a la “optimización” de la vida humana, logrando así que las poblaciones cumplan los fines o las metas fijados por los Estados, como la regulación de las tasas de natalidad y mortalidad, de la migración o la relación entre los recursos naturales y la población, etcétera (Foucault, 2002b).

Dicha transformación, según el autor, se dio en un primer momento gracias a que las tecnologías de poder se transformaron del *poder del soberano* a las del *disciplinamiento de los cuerpos individuales*. Simbolizado por la espada, el poder del soberano residía en el derecho

de *hacer morir o dejar vivir*, y era, ante todo, derecho de captación de las cosas, del tiempo, de los cuerpos, e incluso de la vida, pues se tenía el privilegio de apoderarse de ella para suprimirla; se refería en un principio al poder del soberano de hacer morir: decidir sobre perdonar la vida o no. Posteriormente, nos dice Foucault, se dio una de las transformaciones más masivas del derecho político del siglo XIX, que consistió en invertir el poder de *hacer morir y dejar vivir* en poder de *hacer vivir o dejar morir*. A esta nueva lógica del poder que se enfocaba ya no en la muerte, sino en la vida, tanto en sus rasgos biológicos como en la administración de la misma, Foucault (2006) le dio el nombre de *biopoder*:

El conjunto de mecanismos por medio de los cuales aquello que, en la especie humana, constituye sus rasgos biológicos fundamentales podrá ser parte de una política, una estrategia política, una estrategia general de poder; en otras palabras, cómo, a partir del siglo XVIII, la sociedad, las sociedades occidentales modernas tomaron en cuenta el hecho biológico fundamental de que el hombre constituye una especie humana. Esto es, en líneas generales, lo que llamo, lo que he llamado biopoder (2006:15).

Este poder político, que ponía el acento en *hacer vivir*, se proponía como tarea fundamental la de administrar la vida; en un primer momento la de los individuos y, posteriormente, la de las poblaciones. Concretamente, nos dice el autor, ese poder sobre la vida o biopoder se desarrolló desde el siglo XVII en dos formas principales, que no son contrapuestas, sino que conforman dos polos de desarrollo, enlazados por todo un haz intermedio de relaciones: la *anatomo-política* (disciplinas del cuerpo) y la *biopolítica* (regulaciones de la población).

Uno de los polos, el primero en formarse, fue centrado en el cuerpo como máquina: su educación, aumento de aptitudes, el crecimiento de la utilidad y su docilidad, su integración en sistemas de control eficaces y económicos; todo ello quedó asegurado por medio de procedimientos de poder característicos de las disciplinas. A esta forma

de biopoder el filósofo francés la llamó *anatomopolítica del cuerpo humano* (Foucault, 1998). El método del que se vale la anatomopolítica para poder incidir en los cuerpos es la disciplina, mejor dicho, el poder disciplinario. En su conocida obra *Vigilar y castigar*, Foucault define a este último como “una modalidad mediante la cual el poder político y los poderes en general, logran, en última instancia, tocar los cuerpos, aferrarse a ellos” (2002a:60). Según Foucault, en las sociedades modernas el poder tiene un objeto específico, a saber, el cuerpo, el cual es el producto de las relaciones políticas y de poder. El cuerpo, en tanto que objeto de poder, es producido con el fin de ser controlado, identificado y reproducido. Bajo esta lógica podríamos decir que el poder radica en los cuerpos, pues sobre ellos recae su ejercicio: *para ejercer el poder hay que incidir sobre los cuerpos*, sobre el goce de éstos, sobre su dolor, sobre la enfermedad, sobre su representación, así como su forma de moverse y estar en el mundo, es decir, se trata de disciplinarlos y hacerlos normales (Foucault, 1998).

Vemos formarse una política de las coerciones que constituyen un trabajo sobre el cuerpo, una manipulación calculada de sus elementos, sus gestos y comportamientos: una “anatomía política” que es igualmente una “mecánica del poder”. Esta anatomopolítica define cómo se puede hacer presa en el cuerpo de los demás, no sólo para que hagan lo que se desea, sino para que operen como se quiere con las técnicas, según la rapidez y la eficacia que se determina. La disciplina fabrica así cuerpos sometidos y ejercitados, “cuerpos dóciles”¹ (Foucault, 2002a:127). En resumen, la disciplina es un tipo de poder, una modalidad para ejercerlo, que implica todo un conjunto de instrumentos, de técnicas, de procedimientos, de niveles de aplicación y de metas; es una “física” o una “anatomía del poder”, es decir, una tecnología (2002a:199).

El segundo polo del poder sobre la vida o del biopoder se formó un siglo más tarde y se pudo incrustar gracias a la técnica disciplinaria previa (anatomopolítica). Esta nueva tecnología también se aplica

¹ “Es dócil un cuerpo que puede ser sometido, que puede ser utilizado, que puede ser transformado y perfeccionado” (Foucault, 2002a:125).

a la vida de los sujetos, pero ya no como individuos, sino como especie que es afectada por procesos de conjunto propios de la vida. Desde este enfoque el cuerpo sirve de soporte a los procesos biológicos de la vida: los nacimientos, la mortalidad, los niveles de salud, la duración de la vida y la longevidad. Con todas las condiciones que pueden hacerlos variar, estos problemas quedan a cargo de una serie de intervenciones y controles reguladores, a los cuales Foucault (1998) llamó *biopolítica de la población*. Esta última se ocupará, por un lado, de la proporción de nacimientos, muertes y tasas de reproducción, es decir, la demografía; mientras que, por otro, se encargará de las enfermedades endémicas, de la naturaleza, de la higiene pública, de las enfermedades reinantes en la población, de la vejez, de las enfermedades que dejan al individuo fuera del campo de trabajo, de los seguros, de la jubilación y, finalmente, de las relaciones con el medio geográfico y el clima. En términos generales, esta nueva tecnología se encargará de regular a las poblaciones.

De esta manera, la *anatomopolítica* (disciplinas del cuerpo) y la *biopolítica* (regulaciones de la población) constituyen los dos polos alrededor de los cuales se desarrolló la organización del *biopoder*, poder sobre la vida, cuya función ya no se enfoca en hacer morir, sino en hacer vivir y normalizar la vida entera de los sujetos y de las poblaciones. Para el biopoder la muerte sólo se puede admitir mediante lo que Foucault denominó *un racismo de Estado*, refiriéndose con ello a la eliminación del peligro biológico. Al respecto comenta:

en el *continuum* biológico de la especie humana, la aparición de las razas, su distinción, su jerarquía, la calificación de algunas como buenas y otras, al contrario, como inferiores, todo esto va a ser una manera de fragmentar el campo de lo biológico que el poder tomó a su cargo; una manera de desfasar, dentro de la población, a unos grupos con respecto a otros (Foucault, 2002a:230).

El racismo de Estado pondrá en función una relación de tipo guerrero: “si quieres vivir, es preciso que el otro muera” (Foucault, 2002b:231). Es importante aclarar que el autor concibe el *dar muerte*

no sólo refiriéndose al asesinato directo, sino también a las formas indirectas de propiciarla, como son: “exponer a la muerte, multiplicar el riesgo de muerte de algunas o, sencillamente, la muerte política, la expulsión, el rechazo, etcétera” (Foucault, 2002b:232).

Ahora bien, Michel Foucault nos dice que, a grandes rasgos, en Occidente han existido tres grandes formas de economía de poder: el Estado de justicia, el Estado administrativo y el Estado de gobierno. En primer lugar, fue el *Estado de justicia*, nacido en una territorialidad de tipo feudal, que correspondería a una sociedad de ley basada en sancionar y fijar un castigo a quien la infrinja, y obedeciendo de esta manera a un *mecanismo legal o jurídico*. En segundo lugar tenemos al *Estado administrativo*, que nació en una territorialidad de tipo fronterizo y corresponde a una sociedad de reglamentos y disciplina (escuela, hospital, prisiones); esta forma obedece a la ley pero encuadrada en mecanismos de vigilancia y corrección, es decir, además del acto legislativo que fija la ley y el acto jurídico que castiga al culpable, se despliega toda una serie de técnicas contiguas policiales, médicas y psicológicas que corresponden a la vigilancia, el diagnóstico y la transformación eventual de los individuos (éste es el *mecanismo disciplinario*). Por último, aparece el *Estado de gobierno*, que ya no se define por su territorialidad, sino por la población que lo ocupa, lo cual significa que el territorio pasa a ser un elemento más a considerar en torno a la población, mientras que el gobierno recae esencialmente en la población y se refiere a la instrumentación y utilización del saber económico que correspondería a una sociedad controlada por el *mecanismo de seguridad* (Foucault, 2006).

El Estado de gobierno, que controla por medio del *mecanismo de seguridad*, ya no pondrá el acento en hacer castigar al individuo que viola la ley (por medio de la tortura, la pena de muerte, el encarcelamiento y/o la corrección del sujeto a través de la disciplina, la vigilancia, la moralización y la culpa). En el Estado de gobierno el problema fundamental estará ligado a la economía y a la población, y al estar ligado a éstos se preguntará, por ejemplo, por los costos de la delincuencia y la represión: cuánto cuesta tener

un preso por día, cuáles son los índices de delincuencia, etcétera. Por ello podemos decir, siguiendo al autor, que si la ley prohíbe y la disciplina prescribe, entonces la seguridad, sin prohibir ni prescribir, tiene la función esencial de responder a una realidad de tal manera que la respuesta la anule o la regule. Es esta *regulación*, en el elemento de la realidad, lo fundamental en los *dispositivos de seguridad* (Foucault, 2006).

Se perfila entonces una técnica que ya no trata de obtener la obediencia de los súbditos para la voluntad del soberano, sino influir sobre cosas aparentemente alejadas de la población. A partir del análisis y la reflexión estadística, esta tecnología puede actuar en concreto sobre la población y su deseo; pues, según Foucault, el deseo es la única invariante de la población tomada en su conjunto, y es por medio de él que se opera para poder regular a la población: “el deseo impulsa la acción de todos los individuos y es el motor de acción de la población” (Foucault, 2006:92). Los instrumentos que el gobierno va a darse para obtener esos fines, que son de algún modo inmanentes al campo de la población, se encontrarán en la población misma, ya que sobre ella (y su deseo) actuará de manera indirecta mediante técnicas que van a permitir, por ejemplo, estimular (sin que la gente lo advierta demasiado) el índice de natalidad, o bien dirigir hacia tal o cual región, o tal o cual actividad los flujos poblacionales (Foucault, 2006).

Esto no quiere decir que una forma de poder haya ocupado y suprimido el lugar de la anterior. Ni tampoco que el Estado de justicia, representado por la ley y el poder soberano, haya reemplazado al Estado administrativo (enfocado en el disciplinamiento de los sujetos) y éste, a su vez, sea sustituido por una sociedad de gobierno (enfocada en la gestión gubernamental), sino, por el contrario: soberanía, disciplina y gestión gubernamental forman un triángulo y son complementarias (Foucault, 2006).

Ahora, cuando Foucault alude a una sociedad de gobierno, se refiere a modos más o menos sistematizados y regularizados de poder, los cuales van más allá del ejercicio espontáneo de poder sobre otros y siguen una singular forma de razonamiento. Gobernar, nos dice

el autor, no es forzar a que los sujetos hagan lo que los gobernantes desean, sino *regular las conductas* por medio de la aplicación más o menos racional de los medios técnicos apropiados. El gobierno no sólo se refiere única y exclusivamente al poder surgido y ejercido por el Estado, sino que abarca esferas primordiales y anteriores a éste, tales como el gobierno de sí mismo, el gobierno de la familia, el gobierno de la economía o el gobierno de la moral. En estos términos, podemos decir que el gobierno es una modalidad de poder y el Estado un tipo entre otros de gobierno. En otras palabras, el gobierno corresponde a una dimensión de la experiencia constituida por todas aquellas maneras de reflexión y acción dirigidas a delinear, administrar o regular la conducta de los individuos con base en ciertos principios y objetivos (Foucault, 2006).

Estas formas de reflexión son *gubernamentales*, porque tienen el objetivo de hacerse prácticas, esto es, conectarse con varios procedimientos y aparatos concretos. Siguiendo lo anterior, podemos entender por gubernamentalidad “la manera de conducir la conducta de los hombres” (Foucault, 2007b:217). En este sentido, la diferencia entre gobierno y gubernamentalidad consiste en que esta última es el campo estratégico de las relaciones de poder, en cuyo seno se establecen los tipos de conducta que caracterizan al gobierno. Al respecto Foucault nos dice:

Gubernamentalidad, con esta palabra aludo a tres cosas. Entiendo el conjunto constituido por las instituciones, los procedimientos, los análisis y las reflexiones, los cálculos y las tácticas que permiten ejercer esa forma bien específica, aunque muy compleja, del poder, que tiene por blanco principal la población, por forma mayor de saber la economía política y por instrumento técnico esencial los dispositivos de seguridad. Segundo, por *gubernamentalidad*, entiendo la tendencia, la línea de fuerza que en todo Occidente no dejó de conducir, y desde hace mucho, hacia la preeminencia del tipo de poder que podemos llamar “gobierno” sobre todos los demás: soberanía, disciplina, que indujo, por un lado, el desarrollo de toda una serie de aparatos específicos de gobierno y, por otro, el desarrollo de toda una serie de saberes. Por último, creo que habría que entender la *gubernamenta-*

lidad como el proceso, o mejor, el resultado del proceso, por el cual el Estado de justicia de la Edad Media convertido en el Estado administrativo durante los siglos xv y xvi, se “gubernamentalizó” poco a poco (2006:136).

Como podemos notar, la gubernamentalidad será vista como interna y externa al Estado, puesto que son las estrategias de gobierno las que hacen posible la definición continua de lo que está dentro y fuera de la competencia de éste, es decir, de lo público y de lo privado. De esta manera, si el gobierno es una modalidad de poder entre otras modalidades, y el Estado un tipo de gobierno entre otros, la gubernamentalidad sería un concepto contenedor de ambos. Por otra parte, hay que recordar que es en el seno de la gubernamentalidad donde se establecerán los tipos de conducta que caracterizan al gobierno y, por lo tanto, será el campo estratégico de las relaciones de poder (Foucault, 2006). De esta forma, las prácticas gubernamentales nos remitirán a todos aquellos esfuerzos sistemáticos orientados a la producción inseparable de subjetividades, es decir, a todos los esfuerzos desplegados para guiar conductas.

Gubernamentalidad en la vejez

Con lo dicho hasta el momento, podemos entender como *gubernamentalidad de la vejez* todos aquellos esfuerzos que apuntan a la observación y el análisis de las nuevas artes de gobierno asociadas a la vejez y su segmentación administrativa; mientras que podemos hablar de *prácticas gubernamentales* aludiendo a los esfuerzos desarrollados para guiar las conductas de las personas más envejecidas.

Si observamos el progresivo envejecimiento de las poblaciones en los diversos países de América Latina y del mundo, podemos ver que han sido producto de los grandes cambios demográficos y sociales experimentados en el siglo xx. Esto último ha dado origen a la denominada *transición demográfica*, “proceso durante el cual un país pasa de una etapa de altas tasas de mortalidad y fecundidad a otra de bajos

niveles en ambas²² (Narro y Moctezuma, 2001:161). Dicho proceso se puede definir como producto de la lógica del biopoder y la gubernamentalidad que, por medio de toda una serie de regulaciones en materia de población, ha traído, a su vez, una serie de problemas que en la actualidad ponen sobre la mesa de discusión el tema del envejecimiento poblacional o demográfico.

Como efecto del descenso constante de la mortalidad en la población, se produjo un paulatino *envejecimiento demográfico*, es decir, un gran número de personas mayores comenzó a alcanzar edades cada vez más avanzadas que sus antecesores, lo cual se vio reflejado en el incremento de la esperanza de vida que pasó de 30 años en 1910, a 50 años en 1950, 72 en 1990 y 74 años para el año 2000 (Inegi, 2001). Actualmente, el aumento de la esperanza de vida en la población ha traído consigo una prolongación de las etapas de la vida: cada día los hijos tardan más tiempo dependiendo económicamente de los padres y éstos se mantienen laboralmente activos hasta edades muy posteriores a los 65 años. En palabras de Teresa Bazo, “se está produciendo un envejecimiento del envejecimiento” (Bazo, 1992), es decir, un incremento del grupo de personas que llegan a vivir más de 85 años y un rejuvenecimiento de las personas catalogadas burocráticamente como ancianas, cuya edad oscila los 60 años en adelante (Montes de Oca, 2010).

Aunado a lo anterior, dichas políticas poblacionales también generaron una *transición epidemiológica*, fenómeno sumamente relacionado al envejecimiento de las poblaciones y que hace referencia al desplazamiento en las causas de la morbilidad y la mortalidad: se trata de una menor incidencia y letalidad de las enfermedades

²² Se han descrito en la literatura cuatro etapas vinculadas a las transiciones demográficas experimentadas en los diversos países del globo. La primera etapa, transición incipiente, se caracteriza por altas tasas de mortalidad y fecundidad. La segunda, transición moderada, se caracteriza por una alta tasa de fecundidad y la mortalidad comienza a descender. La transición plena, la tercera, está caracterizada por las tasas de fecundidad y mortalidad que se encuentran en disminución. Finalmente, la cuarta etapa de transición avanzada o muy avanzada se caracteriza por la franca caída de las tasas de fecundidad y natalidad (Moya, 2013). México se encuentra transitando la fase de disminución de la fecundidad y mortalidad.

infecciosas y parasitarias, que son más comunes en la infancia y la juventud, así como un aumento de las enfermedades crónico-degenerativas y los accidentes que son más característicos de la vejez. Dicha transición se dio gracias a que las políticas de salud pública se dieron a la tarea de “eliminar” las enfermedades infecciosas que aquejaban a la niñez.³ De esta manera, las generaciones comenzaron a sobrevivir con más frecuencia la infancia, dando como resultado el incremento en la esperanza de vida de la población. Sin embargo, en materia de seguridad y riesgo, lo anterior implica un mayor número de enfermedades crónico-degenerativas en la vejez, que a su vez generarán mayor demanda de servicios de salud al Estado por periodos de tiempo más largos (Ham, 1995).

Además, la inversión de la pirámide poblacional propicia lo que los demógrafos han denominado *dependencia demográfica*, fenómeno que engloba a la población económicamente inactiva que depende de la población económicamente activa. Se consideran demográficamente dependientes a los menores de 15 años y a los mayores de 60 años, con base en el supuesto de que los “más jóvenes y los ancianos no son autónomos económicamente” y por ello “son dependientes de las personas que se supone deben sostenerlas con su actividad” (Inegi, 2005).

Al respecto, Teresa Bazo nos dice que resulta paradójico que la prolongación de la vida de las personas, sueño tan perseguido por la humanidad, se haya transformado en una pesadilla, ya que el incremento del volumen y la proporción de las personas mayores no aparece como un logro, sino como una carga social. De acuerdo con Bazo, este problema resulta medular para la vejez, ya que el aumento de las personas ancianas, en especial las de más edad, conlleva un

³ En contextos rurales y de pobreza siguen siendo relevantes, en términos de mortalidad, las enfermedades infecciosas. “De acuerdo con la información generada mediante el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, en 1991, las principales causas de enfermedad entre los indígenas, a nivel nacional, fueron de origen infeccioso en el 80% de los casos. El primer sitio estuvo representado por las infecciones respiratorias agudas con 59.8%, seguidas de infecciones intestinales con 31.8% [...] Los grupos de edad más afectados por los padecimientos infecciosos corresponden a los extremos de la vida, en particular los menores de cinco años” (Mendoza, 1997:121). De acuerdo con esto, podemos decir que no se puede hablar de una transición epidemiológica de forma generalizada.

incremento en los costos sanitarios y sociales, pues este segmento de la población precisa más atención y más cuidados (Bazo, 1992).

En 2006 la directora nacional del DIF (Desarrollo Integral de la Familia), Ana Rosa Payán Cervera, declaraba lo siguiente:

Actualmente en México hay 8.5 millones de ancianos, un millón más de lo previsto, debido a que se incrementó la esperanza de vida en las últimas décadas [...] lo grave de esta estadística es que la mitad de las personas de la tercera edad se encuentra en situación de pobreza, y casi 2 millones de ellas, en pobreza extrema o miseria. Debido a que México se encamina a una población de adultos mayores –se estima que en el año 2050 en el país habrá más de 40 millones de ancianos– si no se realizan las reformas suficientes en los sistemas de pensiones y ahorro para el retiro, el Estado se colapsará, pues será insuficiente para responder a la demanda de este tipo de prestaciones (Morales, 2006).

Bajo esta lógica, la población en edades avanzadas es vista como una problemática que a la larga genera “crisis” en el sistema económico, que afecta a la población joven, la cual tiene que aportar sus impuestos para sostener los costos de seguridad social para el grupo de mayor edad, personas que además acaparan los recursos de las instituciones de salud, dadas sus condiciones de enfermedad y deterioro (Arroyo, 2010). De hecho, el tema de las pensiones es un problema que ha preocupado al gobierno del país desde hace ya algunos años, como lo demuestran las declaraciones de Payán Cervera, y que aún hoy en día sigue siendo objeto de interés primordial para la actual administración (basta con recordar la reforma de 2021 al sistema de pensiones). A grandes rasgos, podemos decir que la seguridad social de los ancianos ha sido y es vista por el Estado como “una amenaza”, por poner en “riesgo” al resto de la población.

En ese tenor de ideas, el tema del envejecimiento poblacional comienza a cobrar sentido en agencias internacionales como problemática de riesgo. Recordemos que el Estado de gobierno, al estar ligado a la economía y a la población, se preguntará por los costes de las pensiones, por quiénes se encargarán del cuidado de las personas

mayores, por los costos que día a día generan dichos cuidados, las enfermedades que desarrolla esta población, así como el costo, la duración y el tratamiento de las mismas, etcétera. En resumen, el Estado de gobierno, que controla por medio del mecanismo de seguridad, tiene la función esencial de responder a estas problemáticas de forma que la respuesta las elimine o las regule (Foucault, 2006).

De esta manera, las perspectivas generadas desde el ámbito internacional respecto al envejecimiento lo suelen posicionar como una “nueva anomalía social”. Anomalía, en tanto fenómeno a nivel demográfico, cuyas consecuencias dimensionadas, en especial por los expertos de las diversas áreas de conocimiento, estarían asociadas a la inestabilidad social y a la merma económica de los Estados (Moya, 2013).

Por ejemplo, el Fondo Monetario Internacional (FMI) señalaba que “el riesgo de que la gente viva más de lo esperado” afectará a las economías a nivel mundial, pues al ser el envejecimiento de la población una problemática subestimada en cuanto a su magnitud, disparará el coste previsto en decenas de billones de dólares a escala global, al propiciar de esta forma una amenaza para las finanzas públicas (Moya, 2013). Es por ello que la discusión en torno a la dirección en que se orientarán los compromisos y esfuerzos tanto del Estado como de la sociedad civil y el sector privado se debate entre si el Estado debiera ser el que regule las fuerzas del mercado y las necesidades sociales, o bien debiera ser el mercado el que se encargue de esta tarea. En consecuencia, los Estados buscan deslindarse del cuidado de los ancianos y los costos que puede conllevar dicha etapa de la vida, quedando éste nuevamente a cargo de la familia y del propio sujeto.

En el caso de México, dentro del contexto del neoliberalismo, podemos observar todo un despliegue de mecanismos, prácticas y discursos que buscan empoderar a la población más vulnerable, al tiempo que intentan, de esta manera, hacerlos responsables de su propia pobreza y exclusión. Así, la necesidad de los gobiernos neoliberales de mantener activa y participativa a la población envejecida, tiene por finalidad que dicho segmento de la población se mantenga

de manera autónoma el mayor tiempo posible. El principal desafío, señalado tanto por las agencias internacionales como por los Estados, apunta a que el coste de su mantenimiento es el mayor riesgo identificado. Sobre esto, Moya (2013) nos dice que “la instrumentalización de la vida, en este caso, de la vida del viejo, tiene un claro objetivo: la búsqueda y mantención del equilibrio social producto de la amenaza cada vez más creciente de la vejez” (2013:10). Además, como hemos visto, dicha regulación se llevará a cabo por medio del disciplinamiento y el control de la conducta de la población más envejecida.

Sobre prácticas gubernamentales y medicalización en la vejez

Anteriormente dijimos que el Estado de gobierno, que opera por medio del mecanismo de seguridad, tiene la función de eliminar o regular los riesgos para la economía y la población. En este sentido, podemos mencionar el creciente número de personas en edad avanzada con enfermedades crónicas, ya que esto implica un riesgo para la economía de los Estados, pues genera un mayor gasto en materia de salud (se incrementa la demanda de medicamentos, cirugías, atención médica y cuidados, las cuales debe garantizar el Estado, dado que su función es brindarnos seguridad).

Pensemos en la diabetes. Al respecto, Nora Arganis (2005) nos dice que esta enfermedad es una de las primeras causas de muerte en muchos países del mundo. En México se encuentra entre las enfermedades crónicas más comunes, pues según datos de la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento (Enasem) ha ido en aumento desde 2001 hasta 2018, en relación con las otras dos enfermedades crónicas más comunes que padecen los ancianos: la hipertensión arterial y la artritis. En general, 27.3% de las mujeres y 21.8% de los hombres envejecidos padece de diabetes; 18.5% de las mujeres y 9.5% de los hombres, de artritis, y 52.4% de las mujeres y 38.7% de los hombres, de hipertensión arterial (Inegi, 2018).

La incidencia de estas enfermedades implica una grave problemática social, pues estos padecimientos son incurables y de larga duración, además el tratamiento que puede ofrecer la biomedicina⁴ requiere de toda una serie de cambios en el estilo de vida de los sujetos y muchas veces suele fracasar en el control de dicha enfermedad, debido a la complejidad propia del tratamiento (Arganis, 2005:12). Por otra parte, enfermedades como la diabetes pueden, con el paso del tiempo, ocasionar invalidez e incapacidad, lo que genera dificultades para desarrollar actividades de la vida diaria de forma autónoma y, por lo tanto, requiere de los cuidados de otras personas, ya sea que los brinde el Estado, las empresas o, como suele suceder, las familias (en específico las mujeres de la familia).⁵

En México, según la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) del 2012, del total de personas con discapacidad, 51.4% tiene 60 años o más; una de cada tres personas de 60 años o más tiene alguna discapacidad, es decir, 31.6%. También se encontró que la mayor parte de los ancianos (71.9%) presenta dificultades para caminar, moverse o subir y bajar; le siguen las dificultades para ver aun usando lentes (32.1%) y oír incluso usando aparato auditivo (21.8%) (Inegi, 2012). Sobra decir que esta situación va mermando poco a poco la autonomía de los sujetos, lo cual los pone en situación de dependientes.⁶

Ahora bien, recordemos que cuando hablamos de prácticas gubernamentales nos estamos refiriendo específicamente a los esfuerzos

⁴ “La biomedicina también es conocida como medicina científica, occidental, académica o alopática; explica la enfermedad haciendo mayor énfasis en los procesos biológicos” (Arganis, 2005:12).

⁵ Los cuidados de las personas mayores en el caso de México y otros países de América Latina han estado a cargo de las mujeres integrantes de la familia, a este fenómeno se le conoce como *feminización del cuidado* (Huenchuan y Roqué, 2009).

⁶ Autores como Casado y López (2001) definen a una persona dependiente como aquella que “durante un período prolongado de tiempo requiere de ayuda para realizar ciertas actividades cotidianas. Podemos distinguir dos grupos de actividades que requieren de ayuda, por una parte, las que están orientadas al cuidado personal que son actividades de la vida diaria como comer, ir al baño, vestirse, etcétera. Y un segundo grupo lo constituyen las actividades que tienen el propósito de mantener el medio ambiente de una persona, actividades instrumentales de la vida diaria, como comprar o preparar la comida” (2001:24).

desarrollados para guiar conductas, en este caso de las personas más envejecidas, con base en ciertos principios y objetivos. Para poder incidir en los cuerpos y guiar sus conductas, el método que utilizan las prácticas gubernamentales (anatomopolítica) es la disciplina. A su vez, estos dispositivos disciplinarios tienen el objetivo de normalizar a los sujetos, es decir, sujetarlos a la norma vigente y homogeneizarlos. Lo anterior se verá materializado, por ejemplo, en la propagación de discursos respecto al autocuidado, estilos de vida saludables, chequeos médicos, etcétera.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), se puede definir el autocuidado como “la capacidad de las personas, familias y comunidades para promover la salud, prevenir enfermedades, mantener la salud y hacer frente a enfermedades y discapacidades con o sin el apoyo de un profesional de la salud” (OMS, 2022:3). Esto incluye: la promoción de la salud, la prevención y el control de enfermedades, la automedicación, la atención a personas dependientes, la búsqueda de atención primaria de salud (especializada u hospitalaria cuando sea necesario), así como la rehabilitación, incluidos cuidados paliativos (OMS, 2022).

Dicho organismo recomienda intervenciones de autocuidado como medio fundamental para alcanzar la cobertura universal, promover la salud, preservar la seguridad mundial y servir a las poblaciones. Todo esto como consecuencia de las cifras presentadas por el organismo, en las que se estima que para 2030 habrá una carencia de aproximadamente 18 millones de profesionales de la salud en todo el mundo. Además, nos dicen que en la actualidad al menos 400 millones de personas en todo el mundo carecen de acceso a los servicios de salud más esenciales. Por otro lado, se estima que cada año unos 100 millones de personas se ven sumidos en la pobreza, debido a los gastos que implica costearse la atención de salud (OMS, 2022:1). De esta manera, dichas políticas apuntan a que la población más envejecida llegue a una edad avanzada en las mejores condiciones posibles, a la par que delegan a las familias el cuidado y los padecimientos de dicho sector poblacional, buscando con ello una reducción en el gasto de salud por parte del Estado.

Por ejemplo: los discursos referentes al autocuidado y control de la diabetes por parte del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (Inapam), órgano rector de las políticas públicas dirigidas a este grupo poblacional en México, giran en torno a una alimentación balanceada (baja en grasas y alta en fibra), realizar actividades físicas de manera regular, bajar de peso, monitorear los niveles de glucosa en la sangre, evitar el consumo de alcohol y tabaco, así como seguir las instrucciones que el médico señale para evitar complicaciones en ojos, riñones, corazón o vasos sanguíneos (Inapam, 2020b). Esto último está relacionado con los cuidados referentes al control de la diabetes en personas diagnosticadas y quienes se encuentran en tratamiento o pretenden llevar un proceso de autocuidado. No obstante, también existe toda una serie de padecimientos que no están diagnosticados o que se encuentran relacionados con el deterioro del cuerpo por el paso de los años, vinculado al tipo de actividades que desarrollaron las personas durante su vida.

En su obra *Némesis médica. La expropiación de la salud*, Iván Ilich (1975) nos dice que la medicalización de las edades sucede cuando las personas aceptan como “verdad” que necesitan atención médica sistemática por el simple hecho de que van a nacer, están recién nacidas, en la infancia, en edad avanzada, etcétera. De tal modo que transforman su vida en una sucesión de diferentes etapas de salud, mejor dicho, en una serie de periodos en los cuales requieren de distintos tratamientos (1975:54). Así, diversos sectores de la población, como el de las personas mayores, son destinatarios, consumidores y usuarios de productos y servicios de salud.

Un ejemplo de estos tratamientos diferenciales, según la etapa de vida y de salud, lo podemos ver reflejado en un artículo del Inapam titulado “Importancia de la hidratación en las personas mayores”, en él se menciona que el cuerpo humano está constituido en 65% por agua, sin embargo, en la vejez este porcentaje se reduce a niveles entre 45 y 55%, aumentando así la posibilidad de padecer deshidratación. Por ello recomiendan: “ingerir líquidos regularmente, aunque no se tenga sed, tomar agua durante las comidas, para favorecer la ingesta de alimentos, beber entre 6 y 4 vasos de líquidos entre comi-

das, acompañar la toma de medicamentos con, por lo menos, 180 ml de agua, consumir frutas y verduras, que son alimentos ricos en agua” (Inapam, 2020a). Otro ejemplo referente al autocuidado y la prevención de enfermedades lo podemos encontrar en la publicación “Actividad física en las personas mayores”, también del Inapam. En dicho artículo se señala que el ejercicio físico en las personas mayores contribuye a controlar y prevenir enfermedades; refuerza su autonomía y, por ende, disminuye los cuidados familiares (Inapam, 2019).

La medicalización de la vida, nos dice Iván Ilich, se manifiesta como la intrusión de la asistencia a la salud en el presupuesto, la dependencia respecto a la atención profesional y el hábito de consumir medicamentos. Para el autor, mediante estos procesos de medicalización los individuos son convertidos en pacientes, al ser considerados como enfermos o enfermos potenciales (1975:53).

En ese tenor de ideas, Foucault nos dice que la intervención autoritaria de la medicina, en un campo cada vez mayor de la existencia individual o colectiva, es un hecho característico de nuestro tiempo, ya que la medicina tiene un poder autoritario con funciones normalizadoras que exceden con mucho la existencia de las enfermedades y la demanda del enfermo (Foucault, 1999b:353). En este sentido, podemos recordar que para Foucault (1999b) el ejercicio moderno del poder es principalmente del orden de la normalización de los individuos y de las poblaciones. Si esta normalización de los cuerpos se ha podido producir, ha sido gracias al papel que ha jugado la medicina moderna:

si los juristas de los siglos xvii y xviii inventaron un sistema social que debía estar dirigido por un sistema de leyes codificadas, se puede afirmar que los médicos del siglo xx están por inventar una sociedad de la norma y no de la ley. No son los códigos los que rigen la sociedad, sino la distinción permanente entre lo normal y lo patológico, la empresa perpetua de restituir el sistema de normalidad (Foucault, 1999b:353).

Al ser medicalizada, la vejez comienza a ser vista como una enfermedad o “como algo a tratar”, mientras que a las personas mayores

se les ve como enfermos o enfermos potenciales. Un claro ejemplo de esto lo podemos ver en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) por parte de la OMS de 2020, en la que la vejez es catalogada como enfermedad. Este tipo de acciones implica un discurso deficitario sobre el envejecimiento y la vejez, además homogenizan a las personas envejecidas sin tomar en cuenta que cada persona envejece y se amolda a la vejez no sólo por cuestiones biológicas y funcionales, sino según su contexto, condiciones económicas, culturales y psicológicas, es decir, la vejez por sí sola no representa un problema relacionado con la salud, pues una persona puede llegar a esta etapa de la vida de diferentes maneras. Además, considerar a las personas mayores como enfermas, implica asumir que todas las personas en edades avanzadas se encuentran en esa situación (Montes de Oca, 2022).

De esta manera, como podemos apreciar, a la vejez se le ve como una problemática de salud, mientras que al anciano se le posiciona en calidad de problema geriátrico, etiqueta que reduce sus posibilidades de envejecer con independencia, al tiempo que lo coloca en calidad de minoría (Ilich, 1975:54). Esto motiva que la enfermedad, como señala Bryan Turner, puede ser vista como una conducta desviada o anormal, pues ante ella nuestro cuerpo se vuelve anárquico, amenazando su gobierno y el sentido de nuestro yo. Como señala el autor, muchas veces la propia enfermedad traerá consigo una estigmatización social que pondrá en riesgo nuestra identidad, dado que se encuentra fuertemente estructurada por las categorías culturales que legitiman o normalizan la desviación como condición médica (Turner, 1989:222), sin descontar que los patrones clínicos de la normalidad se han asociado con el bienestar.

Cabe mencionar que si este tipo de políticas médicas se han podido implementar en el cuerpo de la población ha sido gracias al papel de bisagra que juega la familia entre “los objetivos generales referentes a la buena salud del cuerpo social, y el deseo o la necesidad de cuidados de los individuos” (Foucault, 1999a:336). Por ejemplo, a la problemática de la mortalidad y natalidad infantil se añadió el problema de la infancia, es decir, la supervivencia hasta la edad adulta, así

como las condiciones físicas y económicas de esta supervivencia, las inversiones necesarias y suficientes para que el periodo de desarrollo sea útil, etcétera. De esta forma se comienzan a organizar los cuidados médicos en torno a las infancias, cuya responsabilidad moral recae en la familia, al igual que una parte económica. Así, la familia pasa a ser el agente más constante de medicalización y blanco de una aculturación médica (Foucault, 1999a:334, 336).

Si durante la infancia se añadió el problema de la supervivencia hasta la edad adulta, podemos decir que en la vejez se añadió el problema de la supervivencia hasta la muerte, así como sus condiciones físicas, económicas y la responsabilidad moral de la familia de proporcionar los cuidados que requiera el anciano para reinstaurar su salud. En este sentido, será la familia la que se encargue de hacer cumplir las normas establecidas para el cuidado y restauración de la salud en las personas mayores.

A diferencia de lo que podríamos pensar, para Foucault la familia no pertenece al orden del poder disciplinario, sino al poder del soberano (poder de hacer morir o dejar vivir). La familia opera como bisagra, es el punto de enganche absolutamente indispensable para el funcionamiento de todos los sistemas disciplinarios. En otras palabras, “es la instancia de coacción que va a fijar de manera permanente a los individuos a los aparatos disciplinarios, que en cierto modo va a inyectarlos a ellos” (Foucault, 2007a:105). De esta manera, si la obligación escolar ejerce su papel y los niños llegan a ser individualizados, disciplinados dentro del sistema escolar, es porque hay familia; para poder estar obligados a ir a la escuela, es preciso que actúe esa soberanía que es la de la familia (Foucault, 2007a). De igual manera podemos decir que si los ancianos son obligados a ir al médico, a hacer ejercicio, tomar agua con frecuencia, o bien llegan a ser internados en un asilo, es porque la familia actúa y ejerce su poder soberano sobre ellos. En resumen, es la familia la que muchas veces toma decisiones fundamentales referentes a la vida de las personas mayores.

Prácticas de gobierno y prácticas transgresoras (o de resistencia) en la vejez

Hasta aquí hemos visto algunos ejemplos de gubernamentalidad y prácticas gubernamentales en la vejez, los cuales nos han ayudado a dilucidar los mecanismos de poder que son implementados sobre los sujetos de edad avanzada. A su vez, dichos ejemplos dan cuenta de cómo los adultos mayores se posicionan en un estado de dependencia que disminuye considerablemente su autonomía. Sin embargo, el hecho de que un sujeto dependa de los cuidados de los otros no significa que su voluntad desaparezca.

Al respecto, es importante no olvidar que toda relación de poder implica dos polos: el que lo ejerce y el que lo padece (sin descontar que quien lo padece también puede ser quien lo ejerza, y viceversa). Por otro lado, todo sujeto que es objeto del ejercicio de poder no lo es de forma pasiva, pues siempre existe la posibilidad de resistir, de transgredir. Entonces, ¿a qué resisten los ancianos?

Los adultos mayores resisten a la familia, a los cuidadores, a los médicos, a las instituciones, al sistema de pensiones, al Estado, al capitalismo, a la lógica de la modernidad. La suma de factores hace más complejo el problema. Si partimos del supuesto de que el poder es una relación de fuerzas, en tanto relación tiene una doble dimensión: tiene la capacidad de afectar o de ser afectado. Al ser afectado por el ejercicio de poder, el sujeto provoca la capacidad de resistencia.

Con base en lo anterior, encontramos en Foucault dos tipos de experiencias en torno al poder: una *de gobierno*, constituida por todas aquellas maneras de reflexión y acción dirigidas a delinear, administrar o regular la conducta de los individuos (gobierno de sí mismo, gobierno de la familia, etcétera) y que se vería materializada en *cuerpos dóciles*, sujetos que han sido normalizados y cuyo destino es hacer que sigan funcionando los engranajes del sistema de producción, servir a determinados intereses económicos y políticos. Otra experiencia pertenece a una voluntad obstinada, a una libertad que

no quiere ser dirigida por el ejercicio de poder, que no quiere delegarse, una *experiencia transgresora o de resistencia*⁷ (Foucault, 1988).

Por ejemplo, imaginemos un adulto mayor que padece diabetes y quiere comer algo que le ha prohibido el médico por cuestiones de salud. La labor del médico operará según una estrategia desplegada desde el gobierno que apunta a la salud de los ciudadanos, a la población como masa para mantenerlos vivos y, así, por medio del trabajo, tener una mayor producción que se vea reflejada en términos económicos. A su vez, esta estrategia de gobierno será difundida por medio de discursos que se repiten desde diversas instituciones, como “mantener una dieta sana y equilibrada para tener una vejez exitosa”, discursos que en el ámbito familiar, en la escuela, los hospitales, etcétera, serán apropiados o reapropiados por los sujetos. Entonces, nuestro sujeto tiene dos opciones: la primera implicará dejar de lado su antojo porque en la familia, en el hospital, entre los amigos y por supuesto él mismo, le dicen que le hará daño comer *x* cosa; ésta es una *experiencia de gobierno*. Mientras que la segunda podrá ser *transgresora, de límite o de resistencia*, esto es, comer lo que se le antoja porque quiere, porque supone que no le hará daño, porque es su vida y quiere decidir por sí mismo, “voluntad obstinada y una libertad que no quiere ser dirigida por el ejercicio de poder, una libertad que no quiere delegarse” (Foucault, 1988:231).

De esta manera, si bien existe todo un despliegue de estrategias gubernamentales para poder incidir en la vida de los sujetos, esto no significa que aquéllos sean pasivos y acepten todo lo impuesto por el gobierno y las prácticas gubernamentales, por el biopoder. En realidad, implica una relación de fuerzas entre el poder disciplinario y la voluntad de los sujetos. Además, muchas veces puede ser que la familia imponga en la vida de las personas prácticas disciplinarias

⁷ La experiencia límite o de transgresión (también llamada experiencia política, resistencia o pensar de otro modo) es definida por el autor como “experiencias fronterizas a partir de las cuales se pone en cuestión eso que ordinariamente es considerado como aceptable” (Foucault, 1988:231). Se trata de una experiencia basada en la transgresión (de la moral, del saber, de la estética, etcétera) como el único lugar donde puede darse esa soberanía o autonomía del sujeto que libra las limitaciones de las experiencias sometidas.

(gubernamentales), pero también puede ser que la misma familia ayude a las personas más envejecidas a resistir a dicho poder. Un claro ejemplo lo podemos ver en el uso de la medicina tradicional como alternativa o complemento de la biomedicina.

A grandes rasgos, podemos decir que si bien la tecnología de poder en su forma de biopoder ha podido incidir sobre los sujetos gracias al papel de bisagra que juega la familia (perteneciente a las tecnologías de poder del soberano), ya que actúa como enganche de todos los sistemas disciplinarios, además de permitir la circulación de los individuos de un sistema disciplinario a otro (escuela, asilos, hospitales, psiquiátricos, etcétera). También puede darse el caso en el que sea la propia familia la que resiste a las instituciones, por ejemplo: puede ser que la familia decida no darle determinado medicamento a la persona adulta mayor a su cargo, debido a la gran cantidad de efectos secundarios que puede generar el fármaco, recurriendo, a su vez, al uso de la medicina tradicional como alternativa de la biomedicina; o pensemos también en los casos en donde las familias respetan la voluntad del adulto mayor con respecto a decidir sobre su propia alimentación, aun yendo en contra de la dieta prescrita por los médicos.

Conclusiones

Si bien lo expresado hasta ahora consiste en un ensayo de ideas que, como tal, carecen de suficiente profundidad, pues podrían volverse más precisas con un estudio más amplio; considero que resultan suficientes para poder abrir un debate no sólo en torno al tema de la vejez, sino también sobre la pertinencia y la utilidad que representa el andamiaje teórico de Michel Foucault con respecto a la problemática del envejecimiento en México.

Como pudimos ver, el biopoder también afecta a los adultos mayores, tanto en su aspecto anatomopolítico como en el biopolítico. Por ejemplo, en el caso de esto último, podemos recordar que la OMS ha catalogado a la vejez como una enfermedad, de esta

manera propicia, casi de forma automática, una dependencia de las personas más envejecidas con respecto a sus familiares o a las instituciones médicas, pues ¿quién es más dependiente que un enfermo?, pero, a pesar de este tipo de discursos y los mecanismos de poder que implican, Foucault también nos enseña que los sujetos del poder tienen capacidad de transgresión o resistencia, la cual se manifiesta mediante esa voluntad que desobedece, que no acepta doblegarse.

Además, retomando el aspecto discursivo, la teoría foucaultiana también nos puede ayudar a pensar en discursos transgresores. Por ejemplo, las reflexiones de Richard Sennett en torno a la vejez nos ayudan a pensar la autonomía como una forma de gubernamentalidad, la cual sugiere, desde la lógica del neoliberalismo y el liberalismo, que los sujetos se hagan cargo de su propia vejez y pobreza. Sennett nos señala que en nuestras sociedades modernas la dependencia se vive de manera diferente en el ámbito público que en el ámbito privado. En el ámbito público, nos dice el autor, la dependencia se muestra como vergüenza; mientras que en el privado la dependencia une a los individuos, además de generar vínculos entre ellos. La creencia de que la vergüenza degrada proviene, nos dice el autor de *El respeto*, de un determinado concepto de madurez, sostenido principalmente por el sistema de bienestar social, el cual señala que “la dependencia, es un estado incompleto de la vida: normal en el niño; anormal en el adulto” (Sennett, 2003:111). De lo anterior bien podríamos deducir que el concepto de dependencia conlleva una *infantilización de los ancianos*, al sostener que aquella hace que los adultos mayores se comporten como niños (Sennett, 2003).

Sin embargo, siguiendo las reflexiones de Sennett, podríamos pensar entonces la dependencia de una manera más digna, no ya como esa forma estigmatizada por el liberalismo de la ilustración, sino como *interdependencia*, es decir, basándonos en la idea según la cual todos dependemos de todos: “La dependencia supone incompletitud en uno mismo; la completitud necesita de los recursos de otro al que bien puede ocurrir que no entienda” (Sennett, 2003:131).

Bibliografía

- Arganis, Elia Nora (2005), “La autoatención en grupos de ancianos con diabetes residentes en Iztapalapa, D. F.”, *Cuicuilco*, vol. 12, núm. 33, pp. 11-25.
- Arroyo Rueda, María (2010), “El cuidado en la vejez avanzada: Escenarios y tramas de violencia estructural de género”, *Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*, vol. v, núm. 10, pp. 1-21.
- Bazo, María Teresa (1992), “La nueva sociología de la vejez: de la teoría a los métodos”, *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, núm. 60, pp. 75-90.
- Casado, David y Guillem López (2001), *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas a futuro*, Fundación La Caixa, Barcelona.
- Consejo Nacional de Población (Conapo) (1998), *La situación demográfica de México*, Conapo, México.
- Foucault, Michel (2007a), *El poder psiquiátrico*, Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires.
- Foucault, Michel (2007b), *El nacimiento de la biopolítica*, Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires.
- Foucault, Michel (2006), *Seguridad, territorio, población*, Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires.
- Foucault, Michel (2002a), *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*, Siglo XXI Editores, Buenos Aires.
- Foucault, Michel (2002b), *Defender la sociedad*, Fondo de Cultura Económica, Ciudad de México.
- Foucault, Michel (1999a), “La política de la salud en el siglo xviii”, en *Estrategias de poder. Obras esenciales*, vol. II, Paidós, Barcelona, pp. 327-342.
- Foucault, Michel (1999b), “¿Crisis de la medicina o crisis de la antimedicina?”, en *Estrategias de poder. Obras esenciales*, vol. II, Paidós, Barcelona, pp. 343-361.
- Foucault, Michel (1998), *Historia de la sexualidad I. La voluntad de saber*, Siglo XXI Editores, Madrid.

- Foucault, Michel (1988), “El sujeto y el poder”, en Hubert L. Dreyfus y Paul Rabinow, *Michel Foucault: más allá del estructuralismo y la hermenéutica*, UNAM, México, pp. 227-244.
- Ham, Roberto (1995), “Epidemiología del envejecimiento: una fase más de la transición demográfica”, *Estudios Demográficos y Urbanos*, vol. 10, núm. 3, pp. 687-705.
- Huenchuan, Sandra y Mónica Roqué (2009), “A modo de introducción: los cuidados como una necesidad en aumento”, en *Envejecimiento y sistemas de cuidados: ¿oportunidades o crisis?*, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Santiago de Chile.
- Illich, Iván (1975), *Némesis médica. La expropiación de la salud*, Barral Editores, México.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi) (2021), *Estadísticas a propósito del Día Internacional de las Personas Adultas Mayores (1º de octubre)*, México, Inegi.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi) (2018), *Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (Enasem-2018)*, Inegi, México.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi) (2012), *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH-2012)*, Inegi, México.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi) (2005), *Los adultos mayores en México. Perfil sociodemográfico al inicio del siglo XXI*, Comunicado de Prensa núm. 547/21, Inegi, México.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi) (2001), *Indicadores sociodemográficos de México (1930-2000)*, Inegi, México.
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (Inapam) (2020a), “Importancia de la hidratación en las personas mayores” (*blog*), Inapam, México.
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (Inapam) (2020b), “Diabetes Mellitus en personas mayores” (*blog*), Inapam, México.
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (Inapam) (2019), “Actividad física en las personas mayores” (*blog*), Inapam, México.
- Márquez, Soledad y Ricard Meneu (2007), “La medicalización de la vida y sus protagonistas”, *Eikasia. Revista de Filosofía*, vol. 11, núm. 8, pp. 65-86.

- Mendoza González, Zuanilda (1997), “¿Enfermedad para quién? Saber popular entre los triquis”, *Nueva Antropología*, núms. 52-53, pp. 117-140.
- Montes de Oca, Verónica (2022), “La vejez no es una enfermedad. Cambios en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11). Reflexiones y críticas”, Foro Internacional, UNAM, México.
- Montes de Oca, Verónica (2010), “Pensar la vejez y el envejecimiento en el México contemporáneo”, *Reglones*, núm. 62, pp. 159-181.
- Morales, Andrés (2006), “En la pobreza, la mitad de los ancianos en México: DIF”, *La Jornada*, 12 de septiembre.
- Moya, Mario (2013), “Genealogía de una vejez no anunciada: biopolítica de los cuerpos envejecidos o del advenimiento de la gerontogubernamentalidad”, *Polis. Revista Latinoamericana*, vol. 12, núm. 36, pp. 431-451.
- Narro, José y David Moctezuma (2001), “La transición demográfica en América Latina. Algunas consideraciones sobre el caso mexicano”, *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, Nueva Época, vol. 44, núm. 181, pp. 161-179.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2022), “Directrices de la OMS sobre intervenciones de autocuidado para la salud y el bienestar, revisión 2022. Resumen ejecutivo”, OMS, Ginebra.
- Sennett, Richard (2003), *El respeto. Sobre la dignidad del hombre en un mundo desigual*, Anagrama, Barcelona.
- Turner, Bryan (1989), *El cuerpo y la sociedad. Exploraciones en teoría social*, Fondo de Cultura Económica, México.

Fecha de recepción: 15/03/22

Fecha de aceptación: 29/05/22

DOI: 10.24275/tramas/uamx/20225717-44