

Biopolíticas de la vejez. Cómo el conocimiento sobre el envejecimiento forma políticas de envejecimiento activo

The biopolitics of old age. How knowledge on ageing forms active ageing policies

Aske Juul Lassen

SAXO Institute. Universidad de Copenhague

Traducción y revisión de Gabriel López Martínez

RESUMEN

El envejecimiento de la población proporciona nuevos desafíos sociales que no han sido percibidos hasta el momento. Con frecuencia, el discurso sobre el envejecimiento sitúa a la abundante población que se encuentra en el periodo de vejez como potencialmente catastrófica para la cohesión y la economía de las sociedades. Este hecho requiere de técnicas biopolíticas que cambian la forma en la que se vive la vejez y la percepción que se tiene del ciclo vital. En la primera parte del artículo, se expone cómo el ámbito del envejecimiento y de la vejez se ha ido desarrollando a lo largo del siglo XX y se explora cómo, a partir de la segunda mitad de siglo, distintas disciplinas que investigan el envejecimiento empezaron a entenderlo de una forma más maleable y evitable de cómo se había pensado hasta la fecha. Este periodo coincidió con multitud de cambios demográficos, en los que ocurre que la gente empieza a vivir más tiempo durante este periodo de vejez y lo hace de una forma más activa y sana. La segunda parte, se refiere a las políticas de envejecimiento activo formadas en torno al cambio de milenio, que se fundamentan en investigaciones sobre el envejecimiento que principalmente sitúan la actividad como rejuvenecedora. Se muestra también cómo las políticas de la Unión Europea (UE) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) difieren en materia de envejecimiento activo, en su composición y en cuanto a las teorías sobre envejecimiento en las que se apoyan, y se ilustra

acerca de cómo potencialmente estas políticas deshacen la vejez y cuestionan de forma radical lo que significa ser mayor.

PALABRAS CLAVE: Envejecimiento activo; historia de la gerontología; maleabilidad de la vejez; Organización Mundial de la Salud; Unión Europea

ABSTRACT

The ageing population provides new and hitherto unseen societal challenges. The discourse of ageing often position the many people living into old age as potentially catastrophic for the cohesion and economy of societies. This calls for biopolitical techniques that change how old age is lived and how the life course is perceived. In the first part of the article, the author demonstrates how the field of ageing and old age has been formed in the 20th century, and explores how different disciplines of ageing research in the latter half of the century began to understand ageing as more malleable and evitable than previously thought. This coincided with demographic changes during the period, in which people lived longer into old age, and lived more healthily and actively. In the second part, the author focuses on the active ageing policies formed around the turn of the millennium, which are informed by ageing research that overall position activity as rejuvenating. He shows how the EU and the WHO active ageing policies differ in their makeup and the ageing theories they draw on, and illustrates how the policies in different ways potentially unmake old age and radically question what it means to be old.

KEY WORDS: Active ageing; history of gerontology; malleability of old age; World Health Organization; European Union

INTRODUCCIÓN¹

El envejecimiento es un tema de importancia en nuestro tiempo. La población global en proceso de envejecimiento supone desafíos nuevos y no experimentados hasta la fecha. Con expresiones como “*la revolución de la vejez*” (Wahl, Tesch-Römer y Hoff 2007) y “*el tsunami de plata*” (Delafuente 2009), el

¹ Este artículo es una versión reescrita de una parte de la Tesis Doctoral del autor. Parte de los argumentos han sido publicados antes en Lassen y Moreira, 2014, elaborados en colaboración con el sociólogo Portugués Tiago Moreira. La Tesis Doctoral fue dirigida por Astrid Pernille Jespersen y Michael Kjær.

discurso sobre el envejecimiento define con frecuencia a la población que ocupa la etapa de vejez como potencialmente catastrófica para la cohesión y la economía de las sociedades –en el hemisferio occidental en concreto, pero también de manera global–. En el marco de este discurso, las poblaciones envejecidas suponen una presión para los sistemas de salud, las pensiones públicas y el mercado laboral. Esto implica cambios fundamentales en la manera en que la sociedad se organiza y en cómo los individuos esperan vivir durante su vejez (e.g. Comisión Europea, 1999; Organización Mundial de la Salud, 1999). En otras palabras, el envejecimiento necesita de técnicas biopolíticas que cambien la forma en la que se vive la vejez y el modo en el que se percibe el ciclo vital. En este artículo, se muestra cómo se ha ido desarrollando el campo del envejecimiento y de la vejez a lo largo del siglo XX (tanto a través de nuevos tipos de conocimiento como debido a cambios demográficos durante este periodo), y cómo esto condujo a políticas de envejecimiento activo que, en su versión más radicalmente idealista, circunscriben y deshacen la vejez.

El término biopolítica se refiere generalmente a un cambio en la mirada política que ocurrió durante los siglos XVIII y XIX. Mientras que los Estados se habían preocupado hasta entonces principalmente por el territorio, este enfoque dio un giro hacia la importancia de la disciplina y el bienestar de la población. El Estado poderoso debía estar compuesto por una población fuerte y sana, que era concebida:

como una masa de seres vivientes y en coexistencia que presentan rasgos patológicos y biológicos particulares y que, por lo tanto, se sitúan a partir de conocimientos y tecnologías específicas (Foucault, 1994: 71).

Esto implicaba atender a las conductas de vida, y hacia la formación de la población a través de disciplinas tales como la estadística, la medicina y la educación. Desde la biopolítica, la vida cotidiana se convertía en objeto de “*investigación e intervención*” (Damsholt y Jespersen 2015). Siendo esto así, la vida cotidiana pasa a formar parte de la agenda política desde el momento en que se convierte en un objeto de conocimiento y se articula como “vida cotidiana”. Desde esta perspectiva, el interés de las ciencias sociales en relación a la vida de las poblaciones será biopolítico, y formará parte de una racionalidad de gobierno.

En sus clases de 1978-1979 en el Collège de France, Michel Foucault (1926-1984) analiza cómo esta racionalidad de gobierno está vinculada a la forma del Estado liberal, cuyo arte de gobernar reside en dirigir la conducta y en modelar “*el comportamiento racional de los que son gobernados*” (Foucault, 2004: 312). Es

exactamente este “comportamiento racional” el que las políticas de envejecimiento activo intentan modelar, activando la vejez y mostrando que el envejecimiento activo es beneficioso, tanto desde una perspectiva individual –ya que mejora la calidad de vida, la participación, la longevidad y la salud– como para la sociedad, ya que la gente *en* envejecimiento activo continúa contribuyendo y constituye una carga menor para los presupuestos nacionales al requerir menos ayuda para la salud y la atención domiciliar. Como se describirá más adelante, el envejecimiento activo es incluso considerado como “la rara combinación de una política moralmente correcta que al mismo tiempo presenta un sentido económico” (Walker A. 2002: 1).

Desde el inicio del milenio, el envejecimiento activo se ha instalado como la mejor solución posible al desafío del envejecimiento. El envejecimiento activo subraya los beneficios de una vida activa –física, mental, sexual y social, así como en términos de trabajo– para un buen proceso de envejecimiento. El envejecimiento activo transforma radicalmente la vejez, pasando de ser un periodo de pasividad y dependencia a constituir una fase prolongada de actividad e independencia –y por tanto deshace la vejez al erradicar las características que normalmente se asocian con ella (Lassen y Moreira 2014)–. Esta transformación es apoyada por una gama de producciones de conocimiento, que proponen que el proceso de envejecimiento pueda posponerse o revertirse teniendo una vida activa. Pero esta transformación es también predicada a través de las vidas cada vez más activas, sanas y prolongadas que la gente mayor vive, involucrada además en un gran número de actividades y refiriéndose a menudo a la buena vejez como una vejez activa (Lassen 2014a; Stenner, Mcfarquhar y Bowling 2011; Venn y Arber 2010; J.Townsend, Geoffrey y Denby 2006).

En la primera parte del artículo se describe cómo la vejez se ha conformado a través de una variedad de disciplinas y tipos de conocimiento a lo largo del siglo XX. Desde los comienzos de su investigación, la vejez se ha concebido como un campo interdisciplinar al que distintos tipos de conocimiento –biológico, médico, psicológico, epidemiológico, económico, político, social y demográfico– podían contribuir. El objetivo de la primera parte está en mostrar que el envejecimiento no es solamente un proceso de declive biológico, sino que es un aspecto biopolítico clave de nuestro tiempo con muy variados intereses y conocimientos adjuntos. La segunda parte de este artículo muestra cómo el envejecimiento activo se forma en el cambio de milenio como consecuencia de un interés biopolítico y biomédico en relación a cómo se organizan la vejez y el ciclo vital – en los Estados de bienestar europeos en particular, pero también globalmente, a través del compromiso de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en

relación al envejecimiento activo—. Se describe cómo el envejecimiento activo se conforma a través de, al menos, dos medidas políticas diferentes, en relación a la Unión Europea (UE) y a la OMS respectivamente, dibujando así los distintos tipos de conocimiento en relación al envejecimiento que se describe en la primera parte. Los dos paquetes políticos, cada uno en su medida, *operacionalizan* este conocimiento convirtiéndolo en un mensaje principal: la actividad es rejuvenecedora.

LA CIENCIA DE LA VEJEZ Y DEL ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento no es un hecho consumado. En 1939, cuando el pragmatista norteamericano John Dewey (1859-1952) escribió la introducción a “*Los Problemas de la Vejez*”, que más tarde sería considerado como el primer manual sobre envejecimiento, señaló el carácter interdisciplinario de las contribuciones en su libro. Concibió el estudio del envejecimiento como una oportunidad para poner en relación distintos tipos de conocimiento, y vincular filosofía y ciencia en el interés común de entender y mejorar el proceso de desarrollo humano (Cowdry 1939, en Katz 2009: 79). A lo largo de la historia de la gerontología, el envejecimiento ha supuesto más que un hecho biológico, y la gerontología se ha posicionado como una ciencia interdisciplinar. Este ámbito interdisciplinar se ha basado generalmente en un entendimiento del ciclo vital como una curva: desde el nacimiento, hasta la cima, y de ahí al declive.

Hasta cierto punto, la curva queda conformada a lo largo del proceso de envejecimiento biológico, y un ciclo vital similar se puede encontrar en dibujos e ilustraciones allá por el siglo XVIII (Thane 2005). De este modo, la curva queda integrada en el modo en que el ciclo vital se ha entendido durante siglos. De hecho, una de las imágenes clásicas sobre el ciclo vital lo muestra como una escalera, sobre la que el individuo alcanza la cima hacia su edad mediana y comienza su declive a partir de ahí (véase ilustración 1). Ya en el año 1922, uno de los fundadores de la psicología norteamericana, Granville Stanley Hall (1844-1924), escribió acerca de una trayectoria de envejecimiento similar en su libro “*Senescence*” [Senectud] (1922: VII). En este sentido, el proceso de envejecimiento ha seguido una trayectoria similar en las ciencias biológicas, el imaginario popular y las ciencias sociales. La forma de entender el envejecimiento a lo largo de los siglos XVIII y XIX, así como hasta la última parte del siglo XX, representa la idea del declive como un proceso estable y naturalizado. Desde teorías bio-gerontológicas tales como la teoría del índice de vida, el cuerpo en proceso de envejecimiento ha sido visto como en un declive

instrumental, constante y natural basado en la cantidad de energía-consumida (Pearl 1928), y desde teorías socio-gerontológicas como la teoría de la desvinculación, se consideraba que el individuo envejecido se iba desvinculando de manera natural de la vida social y laboral (Cumming y Henry 1960). El envejecimiento y el declive eran hechos naturales, y la mejor estrategia para tratar esta situación desde el ámbito individual y social consistía en adaptarse a la esperanza de vida y poner a disposición instituciones sociales (e.g. residencias de ancianos, pensiones públicas, asistencia para la vejez) que pudieran hacerse cargo de los individuos en proceso de declive. Pero esta estabilidad y naturalidad se empezó a cuestionar hacia la segunda mitad del siglo XX debido al continuo incremento de la esperanza de vida (Olshansky y Ault 1986); avances médicos y epidemiológicos que señalaban los atributos de un estilo de vida sano (Kalache y Kickbusch 1997); ideas desde la gerontología social que explicaban la dependencia de la vejez como causa de las estructuras sociales (P. Townsend 1981); la re-estandarización de la edad cronológica y la proliferación de medidas para el envejecimiento (Moreira 2015); y, finalmente, por los nuevos modos en los que los individuos de edad avanzada llevan sus vidas durante la vejez (e.g. Blaakilde y Nilsson 2014; Lassen 2014b; Czaja y Lee 2007; Kolland 2007). Tales avances plantean la pregunta: ¿Puede ser el envejecimiento más maleable de lo que pensábamos?

CIENTIFICANDO Y DESESTABILIZANDO LA VEJEZ

A mediados del siglo XX, la vida se alargó drásticamente en el mundo occidental debido a la extensión de los Estados de bienestar, las innovaciones médicas y al continuo aumento de la esperanza de vida. Donde hubo una mayoría que moría durante su niñez –o adultez–, ahora existía una mayoría que empezaba a vivir su vejez. Mientras esto ocurría, las pensiones públicas y los sistemas formales de asistencia institucionalizaban el envejecimiento y aseguraban el sustento de la gente mayor, pero al mismo tiempo los clasificaban como pobres, débiles, socialmente dependientes y como objetos de discriminación (Binstock 1991). Los gerontólogos sociales a menudo se refieren a esta institucionalización como la construcción social o la invención de la vejez (Fry 2006). Por medio de la institucionalización de la jubilación, la vejez quedaba clasificada como un periodo de vida distinto, durante el que los jubilados podían disfrutar de sus “años dorados” después de una vida larga de trabajo intenso. Este nuevo periodo de vida suponía un rol social poco claro para el jubilado, situación que impulsó una nueva disciplina: la gerontología social.

A mediados del siglo XX, la gerontología social inglesa de corte funcionalista investigaba el nuevo territorio de esta vida post-jubilación haciéndose preguntas tales como: ¿cómo podría un individuo adaptarse bien a su jubilación? (Pollack 1948); ¿qué tipo de actividades eran (in)apropiadas para los jubilados? (Cavan y otros, 1949); y, ¿cuál sería el rol de la familia en un escenario en el que la vejez esté financiada por el Estado? (P. Townsend 1963). Se crearon nuevos tipos de prácticas de conocimiento (e.g. estudios longitudinales, cf. Moreira y Palladino 2011) e instituciones de conocimiento (e.g. institutos gerontológicos) para investigar y clasificar este nuevo periodo de vida, y diseñar una buena vejez. La biología, la medicina y la psicología ya habían empezado a investigar el proceso de envejecimiento hacia la primera mitad del siglo XX (e.g. Cowdry 1939; Hall, 1922; Minot, 1908). Diferentes disciplinas produjeron distintos modelos y estándares sobre el envejecimiento. En la segunda mitad del siglo XX, las ciencias biológicas empezaron a categorizar el envejecimiento como maleable. A pesar de que los bio-gerontólogos vinculaban la invalidez y la enfermedad como partes integrales del envejecimiento biológico, investigaciones llevadas a cabo a partir de los años 70 han demostrado que algunos aspectos de la senectud pueden ser pospuestos a través del estilo de vida (Fries y Crapo 1981; Fries 1980) hasta tal punto que en la actualidad, los biogerontólogos consideran que los genes influyen solamente en un 25% de nuestra longevidad, considerando los factores extrínsecos como determinantes en el periodo de vida humana (Kirkwood 2005; Christensen 2000). Por lo tanto, el individuo pasa a ser responsable de su longevidad y el ciclo vital se convierte en un objetivo de la intervención biopolítica. Teorías tales como la de la compresión de la morbilidad produjeron un nuevo estándar de envejecimiento según el cual los individuos pueden morir viejos y con buena salud, siempre y cuando hubieran llevado una vida sana (véase ilustración 2). La senectud se hacía plástica, y en este sentido se levantaban voces en contra de la jubilación obligatoria debido a:

los beneficios en la salud y la vitalidad del desafío continuo, la resolución de problemas, la percepción de la productividad, la actividad continua, y más dinero (Fries 1983: 819).

De modo que, a principios y a mediados del siglo XX, se inicia un interés científico hacia este nuevo periodo de vida, de manera que la vejez se institucionalizó y se hizo más accesible. En la segunda mitad del siglo XX, este interés llevó a la proliferación de diferentes estándares y modelos sobre el envejecimiento. En general, éstos clasificaron el proceso de envejecimiento como impredecible y evitable (c.f. Moreira 2015; Kohli 2007).

LA EXPANSIÓN DEMOGRÁFICA DE LA VEJEZ

Cuando el estadista Francis Amasa Walker (1840-1897) desarrolló la pirámide poblacional en los años posteriores a 1870 (F.A. Walker 1874), generó una forma de modelar el ciclo vital –y una manera de concebir una población sana– que sigue siendo importante en la actualidad, basándose en estándares de edad, cohortes y sexo (véase ilustración 3). La composición poblacional se concibe normalmente como sana en la medida en que el modelo tenga forma de pirámide, con las cohortes más largas en la edad joven y las más cortas referidas a la vejez. En el siglo XXI, la forma de la pirámide poblacional se está revirtiendo – particularmente en el hemisferio norte pero también en general– de modo que las cohortes son a menudo mayores en los 40 y los 50 años de edad y están generalmente distribuidas de manera más igualada a lo largo del ciclo vital. Además, la pirámide poblacional se usa con frecuencia para predecir la composición de la población futura a través de las tasas de fertilidad y mortalidad (véase ilustración 4). Esto conduce a escenarios que abogan por la reorganización de la sociedad en términos de atención sanitaria, mercado laboral y reformas en las pensiones. Siendo esto así, la pirámide poblacional es una herramienta biopolítica. En sus primeros días era a menudo utilizada como argumento en contra de la inmigración hacia el mundo anglosajón (véase Leonard, 2005), mientras que en la actualidad se usa para justificar sistemas privados de asistencia sanitaria, estrategias de gestión de la vejez y una mayor edad de jubilación.

La edad de jubilación en Europa ha cambiado ligeramente desde mediados del siglo XX, mientras que la esperanza de vida ha aumentando radicalmente en el mismo periodo. En Europa, la esperanza de vida ha pasado de los 65 años en la década de los 50 a los 76 años en 2010. Dicho de otro modo, durante este periodo de 60 años la esperanza de vida en Europa ha aumentado 11 años (véase ilustración 5). En un despliegue demográfico de estos datos, esto significa que, desde 1950, a cada año que los europeos han vivido le han añadido aproximadamente dos meses más de vida. Este incremento de la esperanza de vida no ha prolongado solamente las vidas. El declive y la dependencia durante la vejez también se han retrasado. El periodo que va desde los años 60 en adelante ha experimentado un retraso en el brote de enfermedades durante el ciclo vital. La gente envejece más cuando contrae enfermedades severas (Olshansky y Ault 1986). Algunos demógrafos anticipan que este aumento en el promedio de esperanza de vida y la postergación de la senectud continuarán, y estiman que en países con altas esperanzas de vida, la mayoría de los niños nacidos después del

año 2000 llegarán a ser centenarios (Christensen et al., 2009). Por supuesto, estos presupuestos son inciertos, y diferentes teorías biogerontológicas sobre el envejecimiento defienden que factores como la demencia y el cáncer impedirán un futuro descenso en las tasas de mortalidad (cf. Moreira y Palladino 2009).

La prolongación de la vida ha supuesto la expansión de la vejez. En la mayoría de los Estados miembro de la UE, se espera que la gente que se jubiló en 2009 podrá permanecer en esta situación entre 20 y 24 años (UE, 2012:14). Cuando en el siglo XX se institucionalizó la vejez, parecía impensable imaginar un periodo de jubilación tan prolongado, ya que la mayoría de la gente moría antes de alcanzar la edad de jubilación. Se asumía que la jubilación era un corto periodo de tiempo durante el cual la gente podía vivir sus últimos años –y en el que ya no se era capaz de trabajar de ninguna manera–.

DIFERENTES TIPOS DE EDAD

En la segunda mitad del siglo XX, los gerontólogos consideraban la edad cronológica como una medida demasiado arbitraria. La cantidad de años de calendario pasados desde el nacimiento dice poco sobre el estado físico, mental o social de una persona, y la edad cronológica no determina cuando la gente es vieja. La gente envejece de forma distinta; y

la edad cronológica no es la causa de nada. La edad cronológica es solamente un índice, y grupos de datos no relacionados muestran correlación con una edad cronológica sin tener relación intrínseca o causal entre ellos (Birren 1999: 460).

Como apunta el gerontólogo filosófico Jan Baars (2009), el autor de la cita anterior –el gerontólogo cognitivo norteamericano James Birren– había clasificado cuarenta años antes la edad cronológica como el predictor individual más útil para medir la anatomía, fisiología, psicología y comportamiento social (Birren 1959). Durante los años de intermedio, Birren y otros gerontólogos discutieron en torno a tres clasificaciones independientes de la edad para poder comprender la complejidad del ciclo vital: edad biológica, edad social y edad psicológica (Birren y Cunningham 1985; Neugarten y Hagestad 1976). La edad cronológica había perdido sus habilidades causales en la gerontología, aunque la cronología es tan inherente a la forma de entender el tiempo que a menudo sigue siendo el marco de los modelos gerontológicos (Baars 2009).

Mientras que la edad cronológica es una categoría con grandes cargas de expectativas culturales –a los 3 años de edad deberíamos ser capaces de hablar, correr, controlar los esfínteres, etc.; a los 35 años deberías tener una familia, un proyecto profesional, un plan de pensiones, etc.; a los 60 años ya deberías haber pensado cuándo y cómo jubilarte–, los nuevos tipos de clasificación de la edad intentaron romper con estas expectativas culturales y permitieron medidas de edad individuales, y por tanto, diferenciando entre etapas en el proceso de envejecimiento de las distintas personas (Bourlière 1970). En los años 60 y 70 se desarrollaron diferentes tipos de mediciones individuales; por ejemplo, medidas extrínsecas como la edad funcional, que evaluaban la habilidad individual para desempeñar actividades del día a día (Lawton y Brody 1969) y medidas intrínsecas como la edad biológica, que detectaban en el cuerpo agentes específicos que se pensaba que prolongaban el tiempo de vida, conocido como el “battery test” (Comfort 1972; para una revisión de estos medidores véase Moreira 2015). Del mismo modo, la edad psicológica modela el funcionamiento mental individual y los procesos perceptivos como las medidas primarias a través de las cuales se define la edad, mientras que la edad social se clasifica mediante el cambio de roles sociales a lo largo del ciclo vital (Birren y Cunningham 1985).

Al igual que las diferentes clasificaciones sobre la edad han propuesto alternativas a la edad cronológica, también han sido criticadas por fragmentar el proceso de envejecimiento, ya que solamente incluyen elementos específicos del ciclo vital, no siendo capaces de captar la experiencia vivida durante el proceso vital (Settersten Jr. y Mayer 1997). La edad cronológica, biológica, funcional, psicológica y social, todas ellas, están vinculadas a distintas disciplinas que han estado involucradas en la construcción de la vejez: demografía, epidemiología, fisiología, bio-gerontología, gerontología psicológica y gerontología social. Durante las últimas décadas del siglo XX, estas disciplinas se ocuparon de la transformación conceptual de la vejez, de manera que distintas convenciones y modelos de las diferentes disciplinas apuntaban hacia la misma dirección: el envejecimiento es más maleable de lo que se había pensado hasta el momento.

BIOMEDICINA, ESTILO DE VIDA Y NUEVAS CLASIFICACIONES

El concepto de la vejez es dinámico. Cambia en relación a nuevos conocimientos y estándares configurados desde las distintas ciencias, y en un contexto biopolítico e institucional de cambio demográfico. En este sentido, ocurrió una transición trascendental para los modelos epidemiológicos y demográficos sobre la edad en las décadas de los años 70 y 80. La epidemiología, e.g. el estudio de los

patrones y causas de la enfermedad, cambió su enfoque parcialmente hacia la segunda mitad del siglo XX. Las mejoras ocurridas en los entornos de vida y en relación al estilo de vida durante los siglos XIX y XX cambiaron la causa principal de muerte, pasando de ser enfermedades infecciosas a no infecciosas. Esto aumentó la esperanza de vida y redistribuyó el riesgo de muerte entre los jóvenes, la mediana edad y la vejez. Hacia la década de los 70, existía entre los epidemiólogos la creencia de que el rápido incremento de la esperanza de vida iría disminuyendo. Sin embargo, durante aquel periodo, las tasas de mortalidad entre la gente mayor comenzó a decaer (Olshansky y Ault 1986).

En lo que se ha venido a llamar “La Cuarta Etapa de la Transición Epidemiológica: La Era del Retraso de las Enfermedades Degenerativas” (Olshansky y Ault 1986), se muestra un descenso considerable de las tasas de mortalidad entre las cohortes más viejas. Esta tendencia se explicaba por el aumento de la edad en la que la gente comenzaba a sufrir enfermedades crónicas. Los epidemiólogos explican esta transición debida a las nuevas tecnologías médicas y a la atención a las enfermedades crónicas que las cohortes que se mueven en torno a la vejez, en la década de 1970, fueron experimentado por primera vez a lo largo de su ciclo vital. Este enfoque incluía una reducción de los factores de riesgo en el caso de enfermedades crónicas; fumar menos y realizar más ejercicio, por ejemplo (Olshansky y Ault 1986). Mientras que, hasta la fecha, las políticas poblacionales se habían centrado principalmente en el control de la natalidad (con muchas excepciones importantes, e.g. en el caso de España como muestra Cayuela, 2014), ahora se ponía un énfasis creciente en programas para el mantenimiento de la salud y el estilo de vida (Weisz y Olszynko-Gryn 2010). Al mismo tiempo, el aumento de la esperanza de vida suponía un reto para los sistemas de seguridad social y de asistencia médica (Manton 1991).

Los estándares sobre salud y edad estaban cambiando. Mientras que la edad se clasificaba antes como un estándar presumiblemente estable con expectativas inherentes sobre la salud y el estatus social, este estándar pasaba a individualizarse y empezaba a desintegrarse en las últimas décadas del siglo XX. El aumento del número de intervenciones sobre la salud que se proponían en aquel momento incluían un énfasis en el estilo de vida, situando la salud en todo el espectro de vida y correlacionando el comportamiento en la edad temprana con la salud al final de la vida. En este sentido, el estándar sobre actividad física se consideraba un aspecto cada vez más importante para un proceso de buen envejecimiento (King, Rejeski y Buchner 1998; Buchner y Wagner 1992).

El enfoque en el estilo de vida y las intervenciones sobre la salud formaba parte del bio-giro en medicina. La Biomedicina se ocupa de estudiar programas patológicos y de su evolución en el cuerpo a lo largo del tiempo, estando afectado por factores externos tales como el estilo de vida. Esto cambió la mirada médica, que ahora se proponía prevenir o posponer el inicio de enfermedades al entender los programas patológicos del organismo, en lugar de ocuparse principalmente del diagnóstico y el tratamiento (Clarke et al., 2010). La prevención, el estilo de vida y la promoción de la salud se convirtieron en los estándares provenientes de salud que acabaron alterando los cuidados de salud en la vejez en lo que se ha denominado una “biomedicalización de la vejez” (Estes y Binney 1989). Esto significaba que el envejecimiento no quedaba ya vinculado a la enfermedad o a la invalidez, sino a un incremento de los factores de riesgo (Katz y Marshall 2003).

La biomedicalización alteró también las fases estandarizadas de la vida. Desde una trayectoria de vida compuesta por fases inherentes a ésta (véase ilustración 1), las medidas de vida individualizadas y los estándares de estilo de vida y la biomedicina, permitían ahora una reconfiguración de estas fases y un retraso de la senectud individual (véase ilustración 6). El estilo de vida y la biomedicina delegaron la responsabilidad de una vida larga y sana en el individuo, mucho antes del comienzo de la vejez (Marshall y Katz 2002: 57). Esto significó que los programas gubernamentales en materia de salud tomaran una nueva dirección; su tarea consistía ahora en promocionar el auto-cuidado a lo largo de la vida.

La reconfiguración de las fases de la vida y de la salud como un proceso de vida, tiene consecuencias en las formas en las que se clasifican la edad y la vejez, al menos en tres aspectos. En primer lugar, la categoría de edad perdió sus cualidades causales, lo que significó que la trayectoria de vida varió su estándar ordinal. El enfoque en los procesos y en el estilo de vida llevó a un giro conceptual en la década de los 90, de modo que el término envejecimiento reemplazó a la vejez en muchas instituciones y organizaciones –tanto en los documentos políticos y en los nombres de los programas como en las oficinas encargadas de la vida post-jubilación (en la UE y en la OMS)–. El envejecimiento categoriza entonces el proceso en lugar del número, y esto encajaba mejor con el enfoque epidemiológico centrado en la salud como proceso.

En segundo lugar, cuando la edad es sustituida por el envejecimiento, surgen preguntas en torno a la clasificación de la vejez. ¿Cuándo comienza la vejez? ¿Puede clasificarse utilizando una cifra? La vejez genera una distinción acusada entre aquellos que están incluidos y quienes no, pero el inicio de la vejez difiere entre individuos y se discute si debería clasificarse a través de la edad, el estatus

social, el comportamiento o la edad cronológica. En un intento de deshacer los aspectos marginales sobre la vejez, se ha propuesto el estándar de edad tardía (c.f. Grenier 2012). El término “tardía” inscribe la edad tardía en un proceso a lo largo de la vida –indicando que ha habido una vida antes de la edad tardía–. Mientras que la vejez es una categoría estática que clasifica a un sujeto en relación a la edad, la salud, el estatus social o el comportamiento, la edad tardía tiene la connotación de un proceso en el que el individuo se sitúa ahora en último lugar.

En tercer lugar, las críticas surgidas en contra de la clasificación de la “vejez” apuntan también hacia la forma en la que la vejez se ha utilizado como categoría social, clasificando el comportamiento y la identidad de los individuos en esta categoría. Ser mayor –si esto significa tener más de 65 años, estar débil, necesitar atención, o recibir una pensión estatal– sugiere una identidad y un comportamiento específicos. Pero a menudo, la gente mayor no se identifica con su edad (Kaufman 1986), ni tampoco se comporta siempre tal y como se espera de ellos (Lassen 2015; 2014a). El concepto de estilo de vida permite diferenciar entre trayectorias de vida (e.g. Christensen 2000). De este modo, el concepto de estilo de vida nivela los avances epidemiológicos y biológicos con una idea clásica en gerontología social: la gente mayor conforma un grupo de edad más heterogéneo que otros –referido a menudo como “diferenciación intracohortes”. Esta heterogeneidad se explica tanto socialmente, a partir de la acumulación de experiencias y acontecimientos a lo largo del ciclo vital, como individualmente, en relación a la acentuación de la personalidad a lo largo del tiempo (cf. Dannefer 1987). Sobre todo, esto ha llevado a clasificar a la gente mayor como heterogénea y al proceso de envejecimiento como no causal.

Los diferentes estándares y modelos resumidos hasta el momento en este artículo son ejemplos de cómo se ha formado la vejez en las diferentes ciencias a lo largo del siglo pasado. Aunque nos hemos centrado en sus aspectos conceptuales y científicos, también estarán siempre configurados por su contexto político y cultural. Esto se puede apreciar cuando Fries defiende la supresión de la jubilación obligatoria (Fries 1983: 819), o cuando Settersten Jr. y Mayer critican las clasificaciones del envejecimiento fragmentadas por no ser capaces de captar la experiencia vivida del envejecimiento (1997). En las próximas partes, se describe cómo el conocimiento y los estándares fueron transformados en políticas activas de envejecimiento hacia el cambio de milenio.

ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y EL DESHACER DE LA VEJEZ

El envejecimiento activo puede verse como una herramienta biopolítica con la intención de suscitar el cambio social. El envejecimiento activo hace uso de formas clásicas de intervención en el *bios*, tales como la educación en una conducta adecuada y sana, (e.g. productividad continuada y un alto nivel de actividad), cambios infraestructurales (e.g. centros de cuidados convertidos en centros de actividad y nuevas residencias de ancianos diseñadas para que los residentes participen en las actividades diarias, tales como cocinar y limpiar) y reformas en el mercado laboral (e.g. retraso de la edad de jubilación y transiciones más flexibles hacia la jubilación).

El envejecimiento activo se formó en la UE y la OMS a finales de los años 90. A través de eventos tales como el de Naciones Unidas del año 1999 “Año internacional de las Personas de Edad: Hacia una Sociedad para Todas las Edades”, el celebrado en el año 2002 “II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento: Construir una sociedad para todas las edades”, y el de la Unión Europea del año 2012 “Año Europeo del Envejecimiento Activo y de la Solidaridad Intergeneracional”, se promociona el envejecimiento activo como la solución a los retos que acompañan a las poblaciones envejecidas. La UE y la OMS conforman el concepto de vejez de distintas formas en sus políticas de envejecimiento activo. A continuación, se dedica una parte a cada una de estas dos instituciones con la intención de demostrar que elaboran esta tarea de forma distinta, y así ver cómo cada una de ellas hace uso del conocimiento descrito en la primera parte del artículo.

Junto al sociólogo portugués Tiago Moreira, se ha expuesto anteriormente que el envejecimiento activo es múltiple (Lassen y Moreira 2014). Aunque las políticas de la UE y de la OMS tienen muchos aspectos comunes, no son lo mismo. Las dos políticas se valen de diferentes estándares y modelos de envejecimiento, e intervienen en la vejez de forma distinta. Comparten la idea principal de que el envejecimiento es maleable y ambas defienden las propiedades rejuvenecedoras del ejercicio físico. Sin embargo, las formas de actividad que promocionan son distintas. Por una parte, la política de la UE se interesa principalmente por vidas más prolongadas y sanas, e intenta integrar estas vidas en la organización de la sociedad promocionando la actividad productiva a lo largo de la vejez. Por otra parte, la política de la OMS promociona vidas incluso más largas y sanas a través de actividades físicas, mentales y sociales, así como mediante mejoras en el estilo de vida. Una política se esfuerza por integrar el cambio ocurrido (UE), mientras que la otra se propone la promoción de un cambio más extenso (OMS).

Las políticas de envejecimiento activo combinan la geriatría, bio-gerontología, gerontología social, epidemiología y demografía y, sobre la base de estas formas diferentes de conocimiento sobre el envejecimiento, vierten sus conocimientos en políticas. En esta combinación, el rol de estar en declive, enfermo, ser dependiente y frágil asignado a los mayores queda obsoleto, y se interpreta como un error inherente a la provisión y el sustento ofrecido por el Estado de bienestar. Como afirma Alan Walker, uno de los diseñadores eruditos detrás de las políticas de envejecimiento activo de la UE, en su artículo sobre la emergencia del envejecimiento activo:

(La) asociación entre gente mayor y estado del bienestar tiene consecuencias positivas y negativas para este grupo: resumiendo drásticamente, por una parte, mejoró sustancialmente los estándares de vida en la mayoría de los países de Europa occidental, pero por otra parte contribuyó a su construcción social como dependientes en términos económicos y animó los estereotipos populares y discriminadores sobre la vejez como un periodo de precariedad y fragilidad (Walken 1980; Townsend 1981, 1986; Binstock 1991) (Walter 2009:77).

El envejecimiento activo ha sido sujeto de investigación en el ámbito de la fisiología (Chodzko-Zajko y Schwingel 2009) y de diferentes escuelas de gerontología social (Moulaert y Paris 2013; Williams, Higgs y Katz 2012; Rudman 2006; Walker 2006). En términos crudos y generales, se podría decir que la investigación fisiológica ha subrayado los beneficios de una vejez activa físicamente y que la investigación desde la gerontología social ha criticado el envejecimiento activo por no considerar suficientemente al viejo débil en sus políticas (Boudiny 2012), por no incluir actividades típicas de la vejez tales como la siesta (Venn y Arber 2010), y por marginalizar al anciano físicamente inactivo (Ranzijn 2010). En lugar de estas críticas al envejecimiento activo desde la gerontología social, aquí proponemos que el envejecimiento activo es altamente ambicioso al deshacer la vejez. El envejecimiento activo socava la forma en la que el envejecimiento se ha formado a lo largo del siglo XX. Aunque las críticas mencionadas puedan ser acertadas, pensamos que esta literatura fracasa al no explicar que estos fallos pueden adscribirse a la forma en la que el envejecimiento activo aspira a deshacer la vejez. La debilidad, la siesta o la inactividad física son, desde el discurso del envejecimiento activo, tenidas en cuenta como reliquias de la vejez del siglo XX.

Como se ha descrito en las secciones anteriores, están emergiendo al mismo tiempo dos fenómenos en contraste: el reto que significa una población envejecida en aumento y la idea sostenida científicamente que explica que el envejecimiento es maleable. Las políticas sobre envejecimiento de la UE y de la OMS navegan en este marco. Intentan resolver el problema de las poblaciones envejecidas circunscribiéndolas a políticas, en relación a una mayoría de teorías científicas que abogan por las cualidades rejuvenecedoras de la actividad física. La actividad no es solamente beneficiosa para los fondos públicos –también beneficia a la salud, la productividad, la longevidad, la calidad de vida y el continuo placer por la vida de los ciudadanos–. De este modo, la actividad se convierte en una herramienta que puede resolver los problemas del envejecimiento de la sociedad *así como* el declive funcional individual y la pérdida de calidad de vida que generalmente se asocia a la vejez:

Europa se enfrenta un periodo de oportunidades poco conocido para responder a los desafíos económicos asociados con el envejecimiento de la población y para mejorar la calidad de vida de sus ciudadanos (CE, 1999: 1).

EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN LA OMS

Desde la OMS, el envejecimiento activo se construyó en torno a la actividad física. Hasta los años 90 había opiniones divergentes sobre los beneficios de la actividad física en la vejez (a menudo era considerado como algo peligroso y perjudicial), pero con el advenimiento de un cuerpo de numerosas investigaciones que sugerían los beneficios de la actividad física, la OMS recogió una gama de expertos intelectuales para desarrollar las “Pautas de Heidelberg para promover la actividad física entre las Personas Mayores” (OMS, 1996), con las que se pretendía promover de forma unánime la actividad física entre los mayores. Siendo físicamente activos, las personas mayores podrían posponer la senectud y alargar sus vidas, de modo que las campañas que promovían la actividad física podían incluir ahora a estas personas. Era entonces el momento de mostrar cómo un estilo de vida sano podía conducir a una vejez buena y prolongada, en la que se podían plantear nuevos intereses y se podía continuar participando en la sociedad.

En los años 90, los programas y las agendas políticas de la OMS sustituían el término “*vejez*” por el de “*envejecimiento*”. Este cambio de vocabulario indicaba un giro que se centraba en la totalidad del ciclo vital. Las políticas de envejecimiento no están exclusivamente dirigidas a los mayores; se refieren a

todos los grupos de edad, ya que todo el mundo está envejeciendo (Kalache y Kickbusch 1997). Sin embargo, un aspecto capital del “Programa de Salud y Envejecimiento” se dedicaba a mejorar la salud de las personas mayores y prevenir el problema de declive en la vejez. Cuando el epidemiólogo Alexandre Kalache ocupó el puesto de director del programa en 1995, la teoría de la compresión de la morbilidad se convirtió en parte integral de la política de envejecimiento de la OMS. Como ya se ha mostrado, la compresión de la morbilidad explica las posibilidades de posponer la senectud y de extender la vida a través del estilo de vida. A lo largo de los años 80, Kalache utilizó esta teoría en su trabajo sobre el rápido declive de la fertilidad y las tasas de mortalidad en los países del tercer mundo (Kalache, Veras y Ramos 1987; Kalache y Gray 1985). Estos países no tenían los medios para hacerse cargo de una creciente vejez en sus poblaciones. Kalanche defendía la posibilidad de extender los programas de mantenimiento de la salud de Occidente al resto del mundo, de modo que las poblaciones ancianas de los países pobres pudieran mantenerse sanas durante su vejez. El trabajo de Kalache mostró las posibilidades de la morbilidad por compresión, ya que se repetían las mismas tendencias respecto a problemas de salud en el Sur global como en Occidente. La OMS creó un estándar común para las intervenciones en salud global, que debían concretarse en la prevención y el estilo de vida para garantizar vidas prolongadas y sanas.

El informe de 1998 “Envejeciendo – Estando bien” (OMS, 1998) señalaba la importancia de la actividad física en relación al mantenimiento de la capacidad funcional del individuo. La capacidad funcional sitúa la salud en el día a día al sugerir que debería definirse como la salud para funcionar, en lugar de la ausencia de enfermedad, ya que muchas personas mayores se sienten bien a pesar de tener enfermedades (Lassen, 2015; Laukkanen et al., 1997). 1999 fue el “Año Internacional de las Personas Mayores” de las Naciones Unidas, y el envejecimiento activo se formalizó como una política de la OMS en esta materia a través del informe “Envejecimiento: Explorando los Mitos” (OMS, 1999). El informe consistía en una mezcla de argumentos, modelos, teorías, estándares y problemas basados en una variedad de disciplinas, que juntas producían una idea común sobre la vejez basada en la actividad y que, en palabras del director general de la OMS Gro Harlem Brundtland, implicaba “toda dimensión de nuestras vidas: física, mental, social y espiritual” (OMS, 1999: 2). Este informe situaba el declive como un problema central del envejecimiento. Mientras que el declive se incluía en “la capacidad de nuestros sistemas biológicos”, la velocidad del declive estaba “en gran medida determinada por factores externos”, que

podían tanto acelerar el declive (e.g. fumar) o revertirlo (e.g. aumentando el nivel de forma física del individuo) (OMS, 1999: 14).

El último párrafo de la introducción del informe manifestaba que el objetivo del informe era explorar mitos y *“sugerir maneras por las que los individuos y quienes hacen las políticas puedan pasar de los principios a la práctica para convertir el Envejecimiento Activo en una realidad global”* (OMS, 1999: 3). El informe terminaba con la clasificación de 11 individuos y 11 categorías de intervención política en envejecimiento activo. De este modo, se emprendían intervenciones estratégicas nacionales articuladas a largo plazo; tales como *“incorporar el ejercicio en el currículo escolar”* y proponer técnicas a pequeña escala que pudieran mejorar la salud a lo largo del ciclo vital; o como *“dar de mamar a los bebés durante al menos 4 meses”* y realizar ejercicio de forma regular desde la edad temprana y a lo largo del resto de etapas; ¡andar, subir escaleras, y las tareas del hogar son formas de ejercicio efectivas! (OMS, 1992: 21). Con este informe se hizo obvio que el envejecimiento activo se ocupa de la totalidad del ciclo vital. Utiliza técnicas biopolíticas con el objetivo de crear ciudadanos que vivan más tiempo y de manera más sana en el periodo de la vejez. Esto requiere de intervenciones en el estilo de vida que deben comenzar con la conducta que tenga la madre antes de la fecundación.

ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN LA UE

El envejecimiento activo en la UE se puede entender como una respuesta política a la construcción social de la vejez. El cambio de las expectativas culturales en relación a la vejez y la creación de vidas laborales más largas van de la mano, ya que el objetivo es hacer que la gente se de cuenta de las ventajas de una vida laboral más extensa. La UE sitúa los patrones de jubilación obligatoria y jubilación anticipada como un producto de la sociedad industrial y los Estados de bienestar del siglo XX. Estos productos están obsoletos en la actualidad debido a un cambio en las condiciones laborales y a la existencia de gente con mejor salud que vive más tiempo. El objetivo del envejecimiento activo está en generar economías sostenibles a partir de los muchos recursos que los ancianos pueden proveer, y asegurar una mejora en los estándares de vida y mayor calidad de vida para los mayores que, hasta la fecha, se encontraban sin poder y amansados como consecuencia de la jubilación obligatoria.

Durante los años 90, el término envejecimiento reemplazó al de vejez en la UE. Y, al igual que en la OMS, la UE utilizó el “Año Internacional de las Personas Mayores” de Naciones Unidas, 1999, como un momento favorable para articular

una nueva política de envejecimiento. En la “Conferencia sobre Envejecimiento Activo” de 1999, la Comisión Europea invitó a los diseñadores de políticas e investigadores en áreas tales como empleo, pensiones, envejecimiento sano y cuidado a la vejez (Comisión Europea, 1999). La UE se inspiró en el tema del año de Naciones Unidas “Hacia una sociedad para todas las edades” y empleó un vocabulario de envejecimiento activo, con conceptos tales como participación, contribución, independencia y salud. Sin embargo, la política de envejecimiento activo de la UE difiere en muchas formas de la política de la OMS. Las políticas de la UE pretenden crear reformas sobre jubilación, gestión de la edad, solidaridad entre generaciones y aumento de la productividad en la vejez. Las políticas se entienden con la intención de aumentar la calidad de vida y el bienestar en la vejez y, de este modo, se considera que cumplen tanto las expectativas económicas como que son moralmente correctas (Walker 2001: 1).

En este contexto, “moralmente correctas” se refiere a la anulación o la posposición de una vejez estratificada, pasiva. Al extender la vida laboral en lo que hasta la fecha se consideraba como vejez, la contribución de la gente a la sociedad también se extiende, y se evitan los males económicos asociados con el “tsunami de plata”. A la vez que esto genera vidas laborales más largas, también se dirige a producir sujetos post-jubilación más sanos y activos (CE, 1999). Al trabajar más tiempo, la gente mayor pospone el declive y continúa contribuyendo y participando en la sociedad. Pero parece que “moralmente correcto” se refiere también a la responsabilidad individual hacia la colectividad. Mientras que las políticas de la OMS se centran en la salud de la población a través de estilos de vida sanos y se ocupa del estilo de vida individual para alcanzar este objetivo, la política de la UE invoca a la responsabilidad individual cuando se trata de alcanzar una economía sostenible, problematizando los largos periodos de jubilación y llamando a la solidaridad intergeneracional (Walker 2002). Esta solidaridad es tanto un intento para prevenir la discriminación por edad en el puesto de trabajo como para cambiar los patrones de la pre-jubilación, ya que esto genera una demanda desproporcionada en aquellos de mediana edad, a los que se les requiere que generen la subsistencia de los jóvenes, la educación y aquellos de prolongada vejez, a nivel poblacional.

La teoría de la dependencia estructurada (Townsend 1981) es central en la política de envejecimiento activo de la UE. Uno de los padres fundadores de la gerontología social británica, Peter Townsend (1928-2009), explicaba que la dependencia de los mayores tenía sus causas en las estructuras y las instituciones de los Estados de bienestar, que facilitaban la pasividad, la jubilación temprana y la negación de derechos basados en la edad cronológica. Un alumno de

Townsend, el ya mencionado Alan Walker, ha sido una figura clave en la gerontología social británica a lo largo de las últimas décadas. Fue invitado como ponente clave en la “Conferencia sobre Envejecimiento Activo” de 1999. Desde entonces ha constituido una fuente importante de inspiración para la política de envejecimiento activo de la UE, y ha publicado extensamente en relación a este tema (e.g. 2009; 2006; 2002). Cuando la dependencia estructurada se transformó en política, se propuso cambiar las estructuras que generaban la dependencia de los mayores. Al entender que la vejez está incrustada en determinadas instituciones sociales, cambiar estas instituciones es también una forma de cambiar la pasividad y las expectativas culturales hacia la vejez. De esta manera, la política de la UE intenta reestructurar la vejez y acortar las vidas pasivas que son a menudo resultado de los patrones de una jubilación temprana.

La política de envejecimiento activo de la UE configura la actividad productiva y la participación en sociedad como propios de la buena vejez. Como en el caso de la OMS, se considera que la actividad es sana y opuesta a la pasividad. Sin embargo, la política de la UE no considera que la pasividad sea únicamente insana, también la considera asocial e injusta ya que el colectivo de trabajadores pagará los años durante los que un individuo se favorezca de las pensiones públicas. La jubilación anticipada se considera como un hecho de pasividad y lleva a una conducta pasiva durante la vida posterior a esta jubilación, pudiendo conducir a la soledad, el declive y la dependencia. Las reformas sobre las pensiones persiguen extender las vidas laborales y complicar el acceso a la jubilación anticipada, pero al mismo tiempo generan un camino intermedio bajo la forma de calendarios de jubilación más flexibles. Así, aunque tanto desde las políticas de la UE como de la OMS se presenta la actividad como rejuvenecedora, difieren en los tipos de actividades que promocionan y en las teorías científicas a las que recurren. A pesar de que ambas instituciones potencialmente deshacen la vejez, la OMS lo realiza a través de intervenciones en el estilo de vida que de forma idealista generan vidas sanas desde el nacimiento hasta la muerte –y por tanto no se experimentan experiencias de declive ni de senectud–, mientras que la UE lleva a cabo este fin reorganizando la sociedad, de modo que desaparecen las estructuras que generan una vejez pasiva y dependiente.

¿QUÉ SIGNIFICA SER MAYOR? A MODO DE CONCLUSIÓN

A lo largo del artículo se ha mostrado cómo el conocimiento sobre la vejez y el envejecimiento ha ido desestabilizando el proceso de envejecimiento desde mediados del siglo XX. El envejecimiento ha resultado ser más maleable, evitable

y negociable de lo que se pensaba con anterioridad –y de ahí que se haya convertido en un objeto de intervención biopolítica–. El discurso y las políticas sobre envejecimiento activo hacen uso de esta maleabilidad para preguntarse, de forma radical, qué significa ser viejo. Si todos podemos –a través de las intervenciones adecuadas en nuestro estilo de vida o mediante un cambio en las instituciones de bienestar– vivir con buena salud hasta que muramos, o al menos experimentar un periodo muy corto de senectud y morbilidad, entonces está desapareciendo la idea de la vejez como un largo periodo de declive tras la jubilación. Si ser mayor significa también estar activo, participar en sociedad y en las comunidades locales, tomar el control de la propia vida, ser independiente con respecto a los servicios de bienestar, trabajo, matrimonio o divorcio, entonces quizá la vejez no está en desacuerdo con el envejecimiento activo. Sin embargo, si la vejez significa declive, dependencia, soledad y pasividad, entonces el envejecimiento activo deshace la vejez. Por supuesto, seguirá habiendo gente mayor dependiente y débil –como se ha mostrado en el artículo la edad está todavía relacionada con un incremento en los factores de riesgo– pero si se alcanzan los objetivos del envejecimiento activo, entonces el discurso sobre la vejez quedará completamente circunscrito.

Aunque el envejecimiento activo forma parte en algunos aspectos de una transformación discursiva y biopolítica del ciclo vital, también es importante señalar que el envejecimiento activo no es único. El conocimiento sobre el envejecimiento es tan diverso y específico que resulta difícil concebir este campo como resultado de un único conocimiento en su formación discursiva. Como se ha indicado, aunque tanto la UE como la OMS presentan que la actividad sea rejuvenecedora, los tipos de actividad que persiguen y sus técnicas biopolíticas difieren. Mientras que la política de envejecimiento activo de la OMS pretende que la vida pueda alargarse, la política de la UE cambia las estructuras sociales de modo que encajen con una vida extensa ya existente. Mientras que la política de la OMS promueve cambios más amplios en relación a cómo puede comprimirse la morbilidad, la política de la UE se adapta a los cambios que ya han ocurrido. Pero ambas políticas presentan teorías que desestabilizan y desnaturalizan la vejez (e.g. la morbilidad por compresión y la dependencia estructurada), y las dos abordan la conducta problemática de la población (e.g. la pasividad). Y ambas políticas sitúan un estilo de vida activo como el ideal para una buena vejez.

La conducta de la población cambia cuando se pospone la jubilación, cuando los centros de actividad emergen en los municipios locales, cuando las intervenciones en los estilos de vida permiten una actividad física mayor, cuando la gente está más sana en la vejez, y se espera entonces que sea independiente y se

cuide a sí misma, que la gente mayor se involucre en trabajo voluntario y en realizar deportes o cuando viajan, tienen citas, se divorcian, se casan, etc. En este sentido, la vejez se ha alterado hasta tal punto que las políticas de envejecimiento activo pueden ser vistas como un intento de eliminar lo que tiene de “viejo” la vejez. Al mismo tiempo, las políticas de envejecimiento activo parecen muy imprecisas cuando se trata de delinear iniciativas locales. Pero muchas iniciativas sociales van surgiendo –centros de actividad, foros virtuales y testimonios de voluntarios mayores al respecto– a través de organizaciones de base e iniciativas patrocinadas por las políticas de envejecimiento activo en municipios y en la UE.

Mientras tanto, una gran parte de la población envejecida no está llevando una buena vejez tal y como se representa desde el envejecimiento activo. La vejez no puede simplemente deshacerse. Como se ha descrito en algunos trabajos anteriores (Lassen 2015; Lassen, Bønnelycke y Otto 2015; Lassen 2014a; 2014b), los sujetos de investigación en los distintos trabajos de campo etnográfico durante la realización del trabajo de Tesis Doctoral en el que se inspira este trabajo no están en sintonía con esta vida laboral prolongada, el estilo de vida sano y esa búsqueda de actividad constante que describe el envejecimiento activo. La gente mayor que se ha estudiado, negocia y re-articula los ideales de envejecimiento activo, al tiempo que los integra en sus propias prácticas. Los modelos de la buena vida siempre excluyen algunos e incluyen otros, pero los modelos del envejecimiento activo son a menudo negociables y adaptables al día a día, hasta tal punto que pueden ser adaptados y apropiados por muchos. Por tanto, mientras algunos entienden que el imperativo de una vejez activa es demasiado exigente, también se adscriben a la creencia de que la buena vejez consiste en muchas actividades, independencia y la habilidad de tener el control de la vida propia. Siendo esto así, la circunscripción biopolítica de la vejez tiene éxito, pero siempre con los giros y paradojas propias inscritas en la complejidad de las vidas cotidianas.

ILUSTRACIONES



Ilustración 1. “Vida y edad del hombre”, por Currier e Ives, app. 1848. De Thane, 2005: 260.

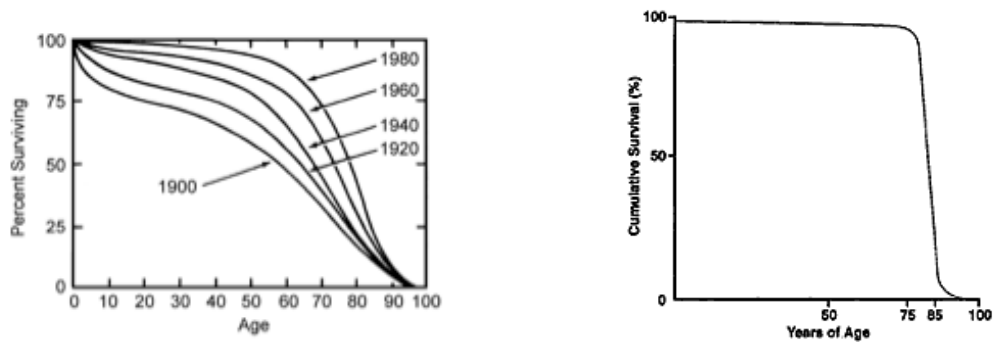


Ilustración 2. Modelos de morbilidad comprimida. Imagen Izquierda: El cambio en la curva de supervivencia en los Estados Unidos en el siglo XX (Fries, 1983: 806). Imagen Derecha: La curva ideal de la vida es rectangular con un 100% de las personas sobreviviendo hasta el máximo lapso vital (Fries y Crapo, 1981: inicio).

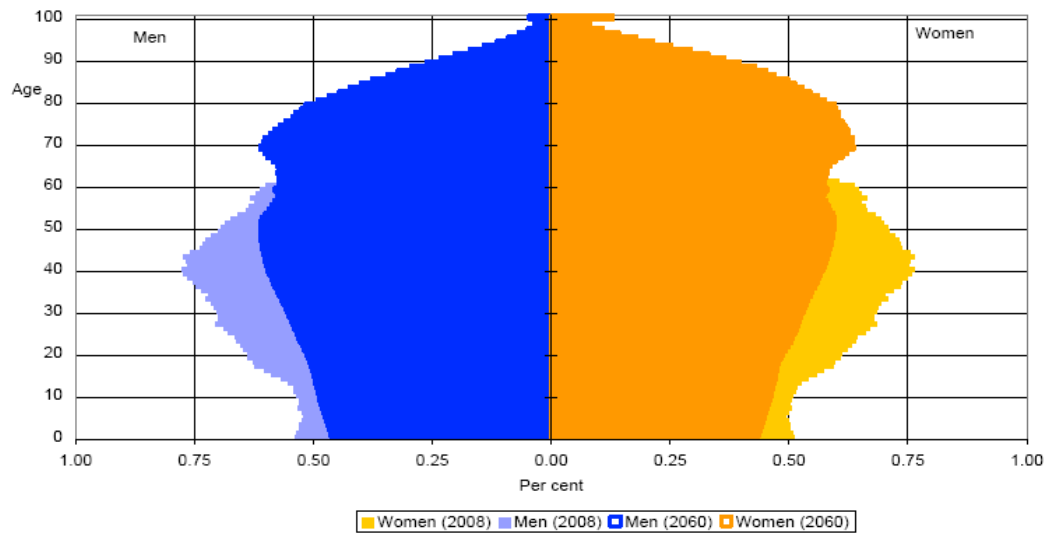


Ilustración 3. Dos ejemplos de pirámide poblacional como fue incluida en el Atlas Estadístico de los Estados Unidos por Francis Amasa Walker en 1874. De: <http://www.handsomeatlas.com/us-census-statistical-atlas-1870>. Acceso el 17 de mayo de 2014.

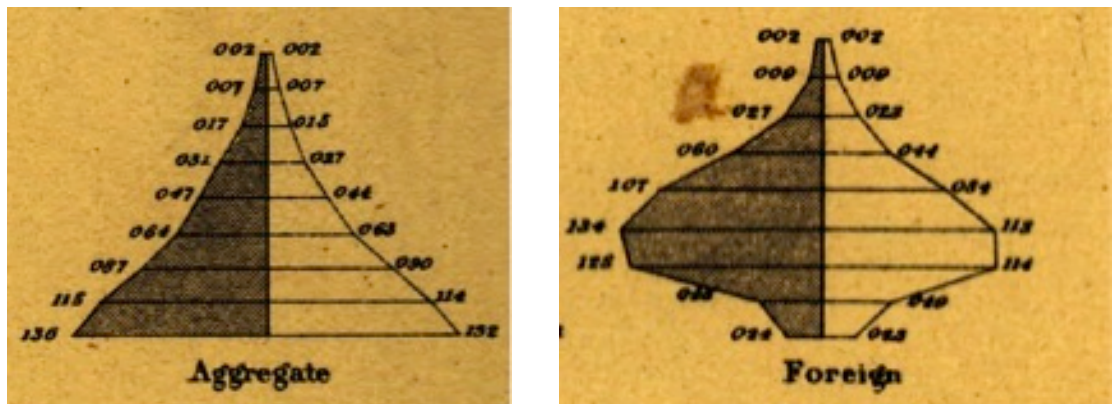


Ilustración 4. Pirámide poblacional combinada de los 27 Estados Miembros de la UE, basada en registros de 2008 y proyectados hacia 2060. De: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php?title=File:Population_pyramids_-_EU27_2008_2060.PNG&filetimestamp=20090618142755. Acceso el 17 de mayo de 2014.

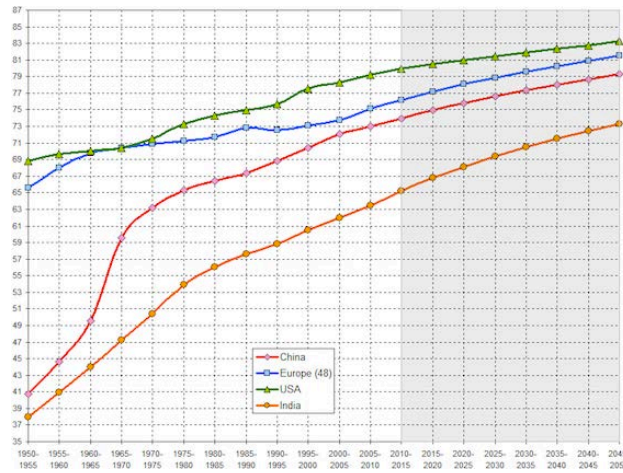


Ilustración 5. Expectativas de vida al nacer: 1950-2050 (ambos sexos). http://www.china-profile.com/data/fig_WPP2008_LO_1.htm. Acceso el 28 de mayo de 2014.

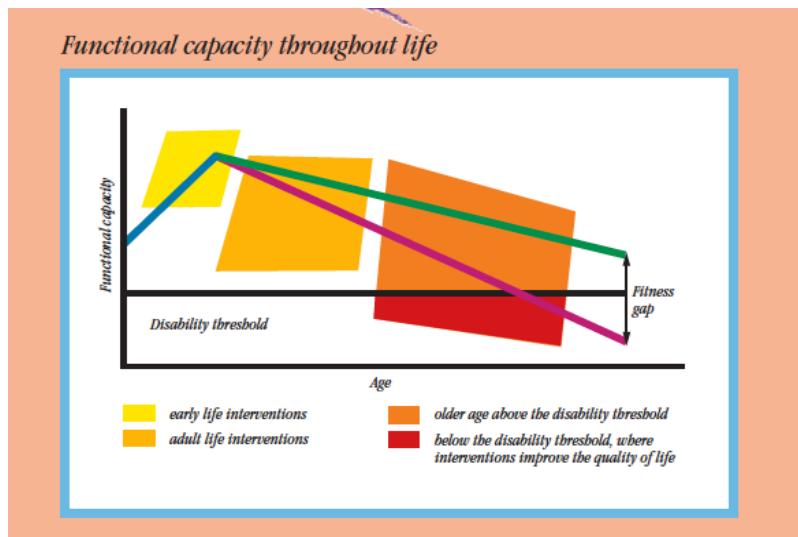


Ilustración 6. Capacidad funcional a lo largo de la vida, como fue proyectada por la OMS en el informe de 1999 “¡Envejecimiento! Explorando los mitos”. Mientras el modelo sigue la misma trayectoria que la escalera del siglo XIX (ilustración 1), ahora habilita diferentes líneas de declive causadas por la conducta vital y las tempranas y adultas intervenciones vitales (OMS, 1999: 14).

BIBLIOGRAFÍA

- BAARS, J. (2009): "Problematic foundations: Theorizing time, age, and aging", en *Handbook of theories of aging*, edited by Bengtson, V.L., Silverstein, M., Putney, N.M. & Gans, D., New York, Springer Publishing Company, pp. 87-99.
- BINSTOCK, R.H. (1991): "From the great society to the aging society – 25 years of the Older Americans Act", *Generations*, 15(3): 11-18.
- BIRREN, J.E. (1959): "Principles of research on aging", en *Handbook of aging and the individual: Psychological and biological aspects*, pp. 2-42.
- BIRREN, J.E. (1999): "Theories of aging: A personal perspective", en *Handbook of theories of aging*, edited by Bengtson, V.L. & Schaie, K.W., New York, Springer Publishing Company, pp. 459-71.
- BIRREN, J.E. & CUNNINGHAM, W.R. (1985): "Research on the psychology of aging: Principles, concepts and theory", en *Handbook of the psychology of ageing*, edited by Birren, J.E. & Schaie, K.W., New York, Van Nostrand Reinhold Company, pp. 5-45.
- BLAAKILDE, A.L. & NILSSON, G. (eds.), (2014), *Nordic Seniors on the move. Mobility and migration in later life*. Lund, Lund Studies in Art & Cultural Sciences, vol. 4.
- BOUDINY, K. (2012): "'Active ageing': from empty rhetoric to effective policy tool", *Ageing and Society*, 33(6): 1077-98.
- BOURLIÉRE, F. (1970), *The assessment of biological age in man*, Geneva, World Health Organization.
- BUCHNER, D.M. & WAGNER, E.H. (1992): "Preventing frail health", *Clinics in Geriatric Medicine*, 8(1): 1-17.
- CAVAN, R.S., BURGESS, E.W., HAVIGHURST, R.J. & GOLDHAMER, H. (1949): *Personal Adjustment in Old Age*, Chicago, Science Research Associates, Inc.
- CHODZKO-ZAJKO, W., & SCHWINGEL, A. (2009): "Transnational strategies for the promotion of physical activity and active aging: The World Health Organization model of consensus building in international public health", *Quest*, 61(1): 25-38.
- CHRISTENSEN, K. (2000): *Hvorfor ældes vi forskelligt?*, København, Gyldendal.
- CHRISTENSEN, K., DOBLHAMMER, G., RAU, R. & VAUPEL, J.W. (2009): "Ageing populations: the challenges ahead", *The Lancet*, 374(96): 1196-1208.

- CLARKE, A.E., SHIM, J.K., MAMO, L., FOSKET, J.R. & FISHMAN, J. (2010): “Biomedicalization; A theoretical and substantive introduction”, en *Biomedicalization: Technoscience, health and illness in the U.S.*, edited by Clarke, A.E., Mamo, L., Fosket, J.R., Fishman, J. & Shim, J.K., Durham & London, Duke university Press, pp. 1-44.
- COMFORT, A. (1972): “Measuring the human ageing rate”, *Mechanisms of Ageing and Development* (1): 101-10.
- COWDRY, E. V. (ed.). (1939): *The problems of aging: Biological and medical aspects*, The University of California.
- CUMMING, E., & HENRY, W. E., (1961): *Growing old: The process of disengagement*, Basic Books.
- CZAJA, S.J. & LEE, C.C. (2007): “The potential influence of the internet on the transition to older adulthood”, en *New Dynamics in Old Age: Individual, Environmental and Societal Perspectives*, edited by Wahl, H., Tesch-Römer, C. & Hoff, A., Amityville, NY, Baywood Publishers, pp. 239-51.
- COMISIÓN EUROPEA (1999): *Active ageing - Conference report*. Brussels, European Commission.
- DAMSHOLT, T. & JESPERSEN, A.P. (2014): “Innovation, Resistance or Tinkering - Rearticulating Everyday Life in an Ethnological Perspective”, *Ethnologia Europaea* 44(2): 17-30.
- DANNEFER, D. (1987): “Aging as intracohort differentiation: Accentuation, The Matthew effect, and the life course”, *Sociological Forum*, 2(2): 211-36.
- DELAFUENTE, J. C. (2009): “The silver tsunami is coming: will pharmacy be swept away with the tide?”, *American journal of pharmaceutical education*, 73(1).
- ESTES, C.L. & BINNEY, E.A. (1989): “The biomedicalization of aging: Dangers and dilemmas”, *The gerontologist*, 29(5): 587-96.
- FOUCAULT, M. (1994): “Security, territory, population”, en: *Ethics, subjectivity and truth. Vol. 1.*, Penguin Books, pp. 67-71.
- FOUCAULT, M. (2004): *The birth of biopolitics. Lectures at the Collège de France 1978-1979*, New York, Palgrave Macmillan.
- FRIES, J.F. (1980): “Aging, natural death, and the compression of morbidity”, *The New England Journal of Medicine*, 303(3): 130-35.
- FRIES, J.F. (1983): “The compression of morbidity”, *The Milbank Memorial Fund quarterly. Health and society*, 61(3): 397-419.

- FRIES, J.F. & CRAPO, J.M. (1981): *Vitality and aging: implications of the rectangular curve*, San Francisco, WH Freeman and company.
- FRY, C.L. (2006): "The social construction of age and the experience of aging in the late twentieth century", en *New Dynamics in Old Age: Individual, Environmental and Societal Perspectives*, edited by Wahl, H., Tesch-Römer, C. & Hoff, A., Amityville, NY, Baywood Publishers, pp. 11-23.
- GRENIER, A. (2012): *Transitions and the lifecourse: Challenging the constructions of 'growing old'*, Policy Press.
- HALL, G. S. (1922): *Senescence – The last half of life*, New York, Appleton.
- KALACHE, A. & GRAY, J.A.M. (1985): "Health problems of older people in the developing world", en *Principles and practice of geriatric medicine*, edited by M. S. J. Pathy, Chichester, John Wiley & Sons, pp. 1279-87.
- KALACHE, A. & KICKBUSCH, I. (1997): "A global strategy for healthy ageing", *World Health*. 50(4): 4-5.
- KALACHE, A., VERAS, R. P. & RAMOS, L. R. (1987): "The ageing of the worlds population. A new challenge (O envelhecimento da populacao mundial. Um desafio novo)", *Rev. Saúde Pública*, 21(3): 200-10.
- KATZ, S. (2009): *Cultural aging: Life course, lifestyle and senior worlds*, Ontario, Canada, University of Toronto Press.
- KATZ, S. & MARSHALL, B. (2003): "New sex for old: lifestyle, consumerism, and the ethics of aging well", *Journal of Aging Studies*, 17(1): 3-16.
- KAUFMAN, S. (1986): *The Ageless Self*, Wisconsin, The University of Wisconsin Press.
- KING, A.C., REJESKI, W.J. & BUCHNER, D.M. (1998): "Physical activity interventions targeting older adults: A critical review and recommendations", *American Journal of Preventive Medicine*, 15(4): 316-33.
- KIRKWOOD, T.B.L. (2005): "The biological science of human aging", en *The Cambridge handbook of age and ageing*, edición de Johnson, M.L. Bengtson, V.L., Coleman, P.G & Kirkwood, T.B., New York, Cambridge University Press, pp. 72-84.
- KOHLI, M. (2007): "The institutionalization of the life course: looking back to look ahead", *Research in Human Development*, 4(4): 253-71.

- KOLLAND, F. (2007): "The new leisure world of modern old age: New aging on the bright side of the street?", in *New Dynamics in Old Age: Individual, Environmental and Societal Perspectives*, edited by Wahl, H., Tesch-Römer, C. & Hoff, A., Amityville, NY, Baywood Publishers, pp. 213-37.
- LASSEN, A.J. (2014a): "Billiards, rhythms, collectives – Billiards at a Danish activity centre as a culturally specific form of active ageing", *Ethnologia Europaea*, 44(1): 57-74.
- LASSEN, A.J. (2014b): "Active ageing and the unmaking of old age: The knowledge productions, everyday practices and policies of the good late life", Tesis Doctoral, Saxo Institute, University of Copenhagen.
- LASSEN, A.J. (2015): "Keeping disease at arm's length: How older Danish people distance disease through active ageing" *Ageing & Society*, 35(7): 1364-83.
- LASSEN, A.J., BØNNELYCKE, J. & OTTO, L. (2015): "Innovating for 'active ageing' in a public-private innovation partnership: Creating doable problems and alignment", *Technological Forecasting and Social Change*, 93: 10-18.
- LASSEN, A.J. & MOREIRA, T. (2014): "Unmaking old age – Political and cognitive formats of active ageing", *Journal of Aging Studies*, 30(1): 33-46.
- LAUKKANEN P., SAKARI-RANTALA R., KAUPPINEN M. AND HEIKKINEN E. (1997): "Morbidity and disability in 75- and 80-year-old men and women. A five-year follow-up. Functional capacity and health of elderly people - the Evergreen project" in *Scandinavian Journal of Social Medicine Suppl.*53, pp. 79-100.
- LAWTON, M.P. & BRODY, E.M. (1969): "Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living", *Gerontologist*, 9: 179-86.
- LEONARD, T.C. (2005): "Retrospectives – Eugenics and economics in the Progressive Area", *Journal of Economic Perspectives*, 19(4): 207-24.
- MANTON, K. G. (1991): "The dynamics of population aging: Demography and policy analysis", *The Milbank Quarterly*, 69(2): 309-38.
- MARSHALL, B. & KATZ, S. (2002): "Forever functional: Sexual fitness and the ageing male body", *Body & Society*, 8(4): 43-70.
- MINOT, C.S. (1908): *The problem of age, growth, and death: a study of cytomorphosis, based on lectures at the Lowell Institute, March 1907*. GP Putnam's sons.

- MOREIRA, T. (2015): "Unsettling standards: The biological age controversy", *The Sociological Quarterly*, 56: 18-39.
- MOREIRA, T. & PALLADINO, P. (2009): "Ageing between gerontology and biomedicine", *BioSocieties*, 4(4): 349-65.
- MOREIRA, T. & PALLADINO, P. (2011): "Population laboratories' or laboratory populations? Making sense of the Baltimore Longitudinal Study of Aging 1965-1987", *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, 42(3): 317-27.
- MOULAERT, T., & PARIS, M. (2013): "Social Policy on Ageing: The Case of "Active Ageing" as a Theatrical Metaphor", *International Journal of Social Science Studies*, 1(2): 113-23.
- NEUGARTEN, B.L. & HAGESTAD, G.O. (1976): "Age and the life course", in *Handbook of aging and the social sciences*, edición de Binstock, R. & Shanas, E., New York, Van Nostrand Reinhold Company, pp. 35-55.
- OLSHANSKY, J.S. & AULT, A.B. (1986): "The fourth stage of the epidemiological transition: The age of delayed degenerative diseases", *The Milbank Quarterly*, 64(3): 355-91.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1996): *The Heidelberg Guidelines for promoting physical activity among older persons*, Geneva, World Health Organization.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1998): *Growing older – Staying well. Ageing and physical activity in everyday life*, Geneva, World Health Organization.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1999): *Ageing: Exploding the Myths*, Geneva, World Health Organization.
- PEARL, R. (1928): *The rate of living*. New York: A.A. Knopf.
- POLLAK, O. (1948): *Social Adjustment in Old Age; A Research Planning Report*, New York, Social Science Research Council.
- RANZIEN, R. (2010): "Active ageing – Another way to oppress marginalized and disadvantaged elders?: Aboriginal elders as a case study", *Journal of Health Psychology*, 15(5): 716-23.
- RUDMAN, D. L. (2006): "Shaping the active, autonomous and responsible modern retiree: An analysis of discursive technologies and their links with neo-liberal political rationality", *Ageing and Society*, 26(2): 181-201.

- CAYUELA, S. (2014): *Por la grandeza de la patria: La biopolítica en la España de Franco (1939-1975)*, Madrid, FCE.
- SETTERSTEN, JR, R.A. & MAYER, K.U. (1997): "The measurement of age, age structuring, and the life course", *Annual review of sociology*, 23: 233-61.
- STENNER, P., MCFARQUHAR, T. & BOWLING, A. (2011): "Older people and 'active ageing': subjective aspects of ageing actively", *Journal of Health Psychology*, 16(3): 467-77.
- THANE, P. (2005): *The long history of old age*, London, Thames & Hudson.
- TOWNSEND, J., GODFREY, M. & DENBY, T. (2006): "Heroines, villains and victims: older people's perceptions of others", *Ageing & Society*, 26(6): 883-900.
- TOWNSEND, P. 1963. *The family life of old people: an inquiry in East London*, London, Penguin Books.
- TOWNSEND, P. (1981): "The structured dependency of the elderly: A creation of social policy in the twentieth century", *Ageing and Society*, 1(1): 5-28.
- TOWNSEND, P. (1986): "Ageism and social policy", en *Ageing and social policy*, Aldershot, UK, Gower, pp. 15-44.
- UNIÓN EUROPEA (2012): *Pension adequacy in the European Union 2010-2050*. Brusel, European Commission.
- VENN, S., & ARBER, S. (2010): "Day-time sleep and active ageing in later life", *Ageing and Society*, 31(2): 197-216.
- WAHL, H., TESCH-RÖMER, C. & HOFF, A. (2007): "Searching for the new dynamics in old age: a book opener", en *New Dynamics in Old Age: Individual, Environmental and Societal Perspectives* Amityville, edited by Wahl, H., Tesch-Römer, C. & Hoff, A., NY, Baywood Publishers, pp. 1-10.
- WALKER, A. (1980): "The social creation of poverty and dependency in old age", *Journal of Social Policy* 9(1): 49-75.
- WALKER, A. (2002): "A strategy for active ageing", *International Social Security Review*, 55(1): 121-39.
- WALKER, A. (2006): "Active ageing in employment: Its meaning and potential", *Asia-Pacific Review* 13(1): 78-93.
- WALKER, A. (2009): "Commentary: the emergence and application of active aging in Europe", *Journal of Aging & Social Policy*, 21(1): 75-93.

WALKER, F.A. (1874): *Statistical atlas of the United States (1870)*, New York, Julius Bien, Lith.

WEISZ, G. & OLSZYNSKO-GRYN, J. (2010): "The theory of epidemiologic transition: The origins of a citation classic", *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 65(3): 287-326.

WILLIAMS, S. J., HIGGS, P. & KATZ, S. (2012): "Neuroculture, active ageing and the 'older brain': problems, promises and prospects", *Sociology of Health & Illness* 34(1): 64-78.

Recibido: 20 de agosto de 2015

Aceptado: 14 de septiembre de 2015

Aske Juul Lassen es Doctor en Etnología por la Universidad de Copenhague (Dinamarca). Su investigación explora las nuevas formas del envejecimiento, de la salud y del curso de la vida en la actualidad. Su trabajo etnográfico se caracteriza por una clara vocación interdisciplinar, y ha participado en varios trabajos colectivos como "Getting old and keeping going: The motivation technologies of active aging in Denmark", junto a A. P. Jespersen, publicado en *Successful aging: A 21st century obsession* (Rutgers University Press), y publicado trabajos individuales en prestigiosas revistas como "Keeping disease at arm's length: How older Danish people distance disease through active ageing", en *Ageing & Society* (2015, 35:7, pp. 1364-83). Su investigación actual se centra en cómo las normas internacionales sobre el envejecimiento activo se transforman continuamente en las prácticas locales, así como los hábitos alimenticios y el consumo de proteínas entre los acianos en Dinamarca. Es editor de la revista danesa *Gerontologi*, y uno de los miembros más destacados del recién creado *Centro de Investigación de la Salud*, en la Facultad de Humanidades de la Universidad de Copenhague (www.humhealth.ku.dk). ajlas@hum.ku.dk