



Ciencias Sociales
Universidad de la República



**Programa de
Población**

Universidad de la República
Facultad de Ciencias Sociales
Unidad Multidisciplinaria
Programa de Población

**SERIE TESIS DE MAESTRÍA EN DEMOGRAFÍA Y ESTUDIOS DE
POBLACIÓN**

**Trayectorias biográficas y Calidad de Vida de las
mujeres mayores en dos ciudades de América del
Sur: una aproximación comparativa en
Montevideo y Bogotá.**

Daniella Castro-Barbudo

Serie Maestría en Demografía y Estudios de Población

Documento N° 29

Marzo de 2026

TESIS DE MAESTRÍA EN DEMOGRAFÍA Y ESTUDIOS DE POBLACIÓN

Trayectorias biográficas y Calidad de Vida de las mujeres mayores en dos ciudades de América del Sur: una aproximación comparativa en Montevideo y Bogotá.

Autora: Daniella
Castro-Barbudo

Tutora: Mariana
Paredes Della Croce, Programa de
población, Universidad de La República.

Tribunal:

Karina Batthyány (Universidad de la República, Montevideo, Uruguay)

Juan Manuel García (Universidad Pablo de Olavide, Sevilla, España).

Ángela María Jaramillo (Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia)

Fecha de defensa: 17 de abril de 2026

Castro-Barbudo, Daniella
Trayectorias biográficas y Calidad de Vida de las mujeres mayores
en dos ciudades de América del Sur: una aproximación comparativa en
Montevideo y Bogotá.

Tesis Maestría en Demografía y Estudios de Población -
Montevideo: UR.FCS. Unidad Multidisciplinaria. Programa de Población,
2026

105 h, gráfs. cuadros. (Serie Tesis de Maestría en Demografía y
Estudios de Población, N° 29)

Incluye bibliografía.

Palabras claves: Envejecimiento, Mujeres mayores, Calidad de Vida,
Curso de Vida, América Latina.

Índice

| | |
|---|----|
| Resumen..... | 6 |
| Abstract..... | 6 |
| Introducción..... | 9 |
| Fundamentación..... | 10 |
| Antecedentes..... | 13 |
| <i>Trayectorias biográficas y Curso de Vida en los estudios de población</i> | 13 |
| <i>Envejecimiento y vejez: de los enfoques tradicionales a una mirada feminista</i> | 16 |
| <i>Calidad de Vida: aproximaciones conceptuales y relevancia en el estudio del envejecimiento</i> | 18 |
| Marco teórico..... | 20 |
| <i>Perspectiva feminista y epistemología situada</i> | 20 |
| <i>Enfoque de Curso de Vida y trayectorias biográficas</i> | 21 |
| <i>Envejecimiento desde una perspectiva de género</i> | 22 |
| <i>Calidad de Vida desde una perspectiva feminista y relacional</i> | 23 |
| Metodología..... | 26 |
| <i>Diseño de estudio</i> | 26 |
| <i>Objetivos</i> | 27 |
| General..... | 27 |
| Específicos..... | 27 |
| <i>Recolección y análisis de información cuantitativa</i> | 27 |
| <i>Recolección y análisis de información cualitativa</i> | 28 |
| Resultados..... | 31 |
| <i>Revisión de fuentes cuantitativas en Bogotá y Montevideo</i> | 31 |
| <i>Entrevistas cualitativas a profundidad en Bogotá y Montevideo</i> | 50 |
| Discusión..... | 74 |
| <i>Trabajo remunerado y autonomía económica a lo largo del Curso de Vida</i> | 74 |
| <i>El cuidado como eje transversal y estructurante del Curso de Vida</i> | 77 |
| <i>Construcción de redes de afecto, comunitarias y participación social</i> | 82 |
| <i>Autopercepción de la salud física y emocional</i> | 84 |
| Conclusiones..... | 88 |
| Referencias Bibliográficas..... | 92 |
| Anexos..... | 99 |

Índice de gráficos

| | |
|--|----|
| Gráfico 1 Modelo de Calidad de Vida, Ballesteros (1993) | 24 |
| Gráfico 2 Adaptación modelo de Calidad de Vida en las adultas mayores | 25 |
| Gráfico 3 Distribución por sexo y edad, Uruguay vs Montevideo, 2023. | 32 |
| Gráfico 4 Distribución por sexo y edad, Colombia vs Bogotá, 2023. | 33 |
| Gráfico 5 Distribución de máximo nivel educativo alcanzado generación 1953-1963, Montevideo. 2023. | 34 |
| Gráfico 6 Distribución de máximo nivel educativo alcanzado generación 1953-1963, Bogotá. 2018. | 34 |
| Gráfico 7 Distribución de tipos de hogar generación de 1953-1963, Montevideo, 2023..... | 36 |
| Gráfico 8 Distribución de tipos de hogar generación de 1953-1963, Bogotá, 2018..... | 37 |
| Gráfico 9 Proporción de personas con discapacidad por tramos de edad, Colombia. 2020 ... | 45 |
| Gráfico 10 Tasas de mortalidad por causas, por sexo y grupos de edad, Bogotá, 2023..... | 46 |
| Gráfico 11 Proporción de personas con discapacidad por tramos de edad, Montevideo. 2023 | 48 |
| Gráfico 12 Tasas de mortalidad por causas, por sexo y grupos de edad, Montevideo, 2023. . | 49 |

Índice de tablas

| | |
|---|----|
| Table 1 Fuentes usadas para el análisis cuantitativo..... | 28 |
|---|----|

Índice de anexos

| | |
|--|-----|
| Anexo 1 Grilla de entrevistas con variables socioeconómicas, Montevideo y Bogotá | 99 |
| Anexo 2 Instrumento- Entrevista semiestructurada a profundidad..... | 101 |
| Anexo 3 Consentimiento informado | 104 |

Resumen

A comienzos del siglo XX, la Transición Demográfica transformó de manera acelerada y heterogénea la estructura poblacional de América Latina. Entre sus principales consecuencias se encuentra el aumento sostenido de la esperanza de vida, fenómeno que visibilizó nuevos desafíos vinculados a la salud y a la Calidad de Vida en la vejez, especialmente entre las mujeres. Esto se explica por la persistencia de desigualdades estructurales que, acumuladas a lo largo del Curso de Vida, continúan limitando el ejercicio pleno de derechos y el acceso a condiciones de envejecimiento digno.

En este contexto, el presente estudio analiza la influencia de las trayectorias biográficas en la Calidad de Vida de mujeres mayores en Montevideo y Bogotá. Se adoptó una estrategia metodológica mixta, con preponderancia cualitativa y un diseño longitudinal retrospectivo, sustentado en los enfoques de Curso de Vida y de género. El componente cualitativo consistió en entrevistas semiestructuradas en profundidad realizadas a mujeres de entre 60 y 70 años en ambas ciudades. Complementariamente, se desarrolló un análisis descriptivo de fuentes cuantitativas relevantes sobre Calidad de Vida en los dos contextos.

La investigación contribuye al desarrollo de una demografía crítica e inclusiva, al integrar dimensiones subjetivas, simbólicas y contextuales tradicionalmente relegadas en los estudios poblacionales. Los hallazgos subrayan la importancia de abordar la Calidad de Vida de las mujeres a lo largo de sus trayectorias vitales, a fin de incidir en las condiciones en que transitan al envejecimiento. Desde una perspectiva regional comparada, el estudio fortalece la comprensión de estas trayectorias y aporta al análisis del bienestar en edades avanzadas, particularmente entre las mujeres de la región.

Palabras clave: Envejecimiento, Mujeres mayores, Calidad de Vida, Curso de Vida, América Latina.

Abstract

At the beginning of the twentieth century, the Demographic Transition rapidly and unevenly transformed the population structure of Latin America. Among its main consequences was the sustained increase in life expectancy, a phenomenon that brought new challenges related to health and Quality of Life in advanced age, particularly among women. This situation is explained by the persistence of structural inequalities which, accumulated over the Life Course, continue to constrain the full exercise of rights and access to dignified aging conditions.

Within this context, the present study analyzes the influence of biographical trajectories on the Quality of Life of women in later life in Montevideo and Bogotá. A mixed-methods strategy was adopted, with a predominance of qualitative approaches and a retrospective longitudinal design, grounded in life course and gender perspectives. The qualitative component consisted of in-depth semi-structured interviews conducted with women aged 60 to 70 in both cities. Additionally, a descriptive analysis of relevant quantitative sources on Quality of Life in the two contexts was carried out.

This research contributes to the development of a critical and inclusive demography by integrating subjective, symbolic, and contextual dimensions that have traditionally been overlooked in population studies. The findings highlight the importance of addressing women's Quality of Life across their life trajectories in order to influence the conditions under which they transition into old age. From a comparative regional perspective, the study strengthens the understanding of these trajectories and contributes to the analysis of well-being

in later life, particularly among women in the region.

Keywords: Aging, older women, Quality of Life, life course, Latin America

Agradecimientos

A mi mamá, por su cuidado y su sostén incondicional. Por las largas horas de conversación sobre su vida y sobre la vida de las mujeres de nuestra familia. Este trabajo tiene algo de cada una de ellas, de las que están y de las que ya no, porque sus historias, silencios y luchas también habitan estas páginas.

A mis abuelas, mujeres fuertes que sostuvieron a sus familias con trabajo y afecto, y que me enseñaron, sin saberlo, que el cuidado también es resistencia.

A mis amigxs y confidentes, a quienes están cerca de la cordillera de los Andes y a quienes están aquí, cerquita mío, en el Río de la Plata, que pensaron y repensaron conmigo estas letras. Gracias por hacer del pensamiento un acto colectivo y del diálogo un sostén.

A mi hermana, mi faro y mi maestra de vida, gracias por acompañarme en cada tramo, por ser espejo y refugio, y por ayudarme a volver a mí cuando el camino se vuelve incierto.

A Mariana Paredes, por animarse a acompañarme en el desarrollo de este trabajo, por su generosidad intelectual y su confianza. A Gabriela Pedetti, Santiago Pelufo y Lilibeth Romero por ser espacio seguro donde ir siempre con mis inquietudes académicas y personales. Gracias a ellxs por mostrarme que la academia también puede ser un espacio de crecimiento, rigurosidad y cuidado.

A todas las mujeres que me compartieron sus trayectorias, que me abrieron el corazón y me dejaron entrar en sus mundos, gracias. Este trabajo busca ser un espacio para que sus experiencias sean escuchadas, reconocidas y pensadas colectivamente.

A mi padre, que se fue demasiado pronto y no alcanzó a verme defender este trabajo. Tu memoria fue abrigo y motor en los momentos de cansancio. Donde quiera que estés, estas páginas también te pertenecen.

Finalmente, a mi tribunal, por el tiempo y la dedicación que han destinado a la lectura de este trabajo. Espero que en estas páginas encuentren no sólo un aporte académico, sino también una preocupación honesta por comprender y transformar las desigualdades que marcan la vida de las mujeres.

¹Introducción

La Transición Demográfica (TD, de aquí en adelante) ha sido uno de los procesos estructurales más significativos del siglo XX, caracterizado por el descenso sostenido de la fecundidad y la mortalidad (Dyson, 2013). Estas transformaciones modificaron profundamente la estructura por edad de la población a escala mundial y se manifestaron con particular intensidad en América Latina, donde el envejecimiento poblacional se ha producido de manera acelerada y desigual entre territorios (CEPAL, 2023). En este marco, los avances en materia de salud han permitido reducir la mortalidad en edades tempranas y aumentar la esperanza de vida, contribuyendo a una mejora general en la Calidad de Vida (CV, de aquí en adelante). A raíz de esto, las mujeres, en promedio, han presentado una mayor longevidad en comparación con los hombres.

Sin embargo, una mayor longevidad no garantiza una vejez satisfactoria ni libre de desigualdades. Muchas mujeres mayores enfrentan obstáculos persistentes para ejercer plenamente sus derechos y acceder a condiciones de vida dignas (Paredes, 2020; Scavino, 2020; Aguirre & Scavino, 2018). Estas barreras se vinculan estrechamente con desigualdades de género configuradas a lo largo del Curso de Vida, expresadas en inserciones laborales precarias, una alta dedicación al trabajo doméstico y de cuidados no remunerado, trayectorias con escasa protección social y una mayor exposición a situaciones de dependencia y soledad.

En este sentido, como sostiene Toro (2018), el desempeño simultáneo de estos múltiples roles incide en que muchas de las mujeres mayores actualmente enfrenten condiciones de vulnerabilidad durante su proceso de envejecimiento, así como mayores niveles de dependencia y necesidad de apoyo. No obstante, estas experiencias no se agotan en la adversidad, ya que muchas también desarrollan estrategias para sobreponerse a las dificultades, reconstruir su identidad y encontrar nuevas formas de bienestar y autonomía en la vejez.

A ello se suma que los procesos de envejecimiento y las vejeces han sido históricamente abordados desde una perspectiva predominantemente biomédica, lo que ha limitado una comprensión integral del fenómeno. Esta mirada medicalizada ha tendido a reducir el envejecimiento a una progresiva pérdida de capacidades, desatendiendo sus dimensiones sociales, simbólicas y subjetivas (Toro, 2018). En este contexto, y aunque las investigaciones centradas específicamente en mujeres mayores continúan siendo relativamente escasas, la presente investigación parte de concebir las vejeces como procesos heterogéneos y dinámicos. Las experiencias de las mujeres no se reducen a la fragilidad, el deterioro o la inactividad; por el contrario, esta etapa también puede implicar resignificaciones, redefiniciones identitarias y ejercicio de agencia. Reconocer esta complejidad resulta fundamental para evitar la reproducción de estereotipos que homogeneizan la vejez

¹ El desarrollo de este trabajo fue posible por el apoyo de la beca de finalización de maestría de la Agencia Nacional de Investigación e Innovación bajo el código POS_NAC_2022_1_173927

de las mujeres e invisibilizan la diversidad de trayectorias, aportes y proyectos de vida que sostienen en edades avanzadas.

Partiendo entonces del supuesto de que las vejez no pueden entenderse como una etapa homogénea ni neutral, sino como el resultado de trayectorias vitales atravesadas por desigualdades acumuladas, así como por procesos de reconstrucción personal, el presente estudio se propone comprender cómo las mujeres que están iniciando su vejez (entre 60 y 70 años) perciben su CV en Bogotá y Montevideo. Para ello, se abordan dimensiones vinculadas a la autonomía, el trabajo remunerado y no remunerado, la construcción de redes de apoyo, la enfermedad, la dependencia y la soledad, fenómenos que afectan a muchas mujeres mayores y que se relacionan directamente con los patrones de género que han orientado sus vidas. En este sentido, como señala Freixas (2013), los mandatos de género representan un alto costo en la vejez de muchas mujeres, al condicionar su bienestar y sus posibilidades de envejecer dignamente.

Con el propósito de orientar la lectura del documento, a continuación, se presenta una breve descripción de su estructura. En primer lugar, se abordará la importancia y pertinencia de esta investigación en el contexto de América Latina, una región que en los últimos años ha comenzado a debatir los principales desafíos asociados al envejecimiento poblacional. En este escenario, resulta fundamental reflexionar sobre cómo mejorar el bienestar y las condiciones de vida de las personas mayores, considerando la persistencia de inequidades y desigualdades de género que sitúan a muchas mujeres en posiciones de desventaja a lo largo de sus trayectorias vitales. Luego, se desarrollarán los antecedentes y el marco teórico del estudio, con el fin de comprender la construcción de los conceptos clave que lo sustentan. Posteriormente, se detallará la metodología mixta empleada, describiendo las particularidades de los abordajes cuantitativo y cualitativo. A continuación, se presentarán los resultados obtenidos en los dos contextos analizados y se propondrá una discusión orientada a poner en diálogo estas realidades que, aunque comparten un mismo marco regional, muestran diferencias significativas.

Finalmente, se expondrán las conclusiones, en donde se destaca cómo las experiencias acumuladas a lo largo de la vida influyen en la CV de las mujeres en la vejez y se examina de qué manera las variables consideradas inciden en las diversas formas de envejecer. A partir de estos hallazgos, se subraya la relevancia de los estudios de trayectorias biográficas en la demografía para profundizar en la comprensión de las condiciones de vida, así como la pertinencia del concepto de Calidad de Vida como herramienta analítica para abordar el bienestar de las mujeres en esta etapa.

Fundamentación

A pesar de los avances normativos alcanzados en las últimas décadas a nivel internacional y regional en materia de derechos humanos, género y envejecimiento, persisten profundas brechas entre las declaraciones formales y las condiciones reales de vida de las personas mayores. Existen múltiples instrumentos jurídicos y marcos de

acción internacionales y regionales que han reconocido la necesidad de garantizar la CV, la autonomía, la participación y la no discriminación en la vejez. Sin embargo, estas garantías distan de materializarse plenamente en los contextos latinoamericanos, donde muchas trayectorias vitales están atravesadas por desigualdades estructurales de género, raza, clase y otras dimensiones que condicionan el envejecimiento de las mujeres.

Iniciativas como la *Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo* (1994) marcaron un punto de inflexión al incorporar un enfoque basado en derechos para abordar los desafíos demográficos. Este programa de acción subrayó la necesidad de ampliar el acceso a la salud sexual y reproductiva, reducir la mortalidad y promover la equidad de género. A ello se sumó la creación del *Comité de Género y Población* de la IUSSP en 1990, que impulsó la inclusión de la perspectiva de género en el análisis demográfico. No obstante, su incorporación sostenida ha enfrentado obstáculos no solo técnicos, sino también ideológicos, limitando la producción y financiación de investigaciones que aborden desigualdades de género en los estudios poblacionales (Paredes, 1999).

En el ámbito regional, los *Lineamientos para una convención sobre los derechos de las personas mayores* (2009) identificaron como grupos prioritarios a mujeres mayores, personas indígenas y otras poblaciones históricamente vulneradas. Esta propuesta fue la base para la *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores* (2015), que representó un hito jurídico al posicionar derechos como la autonomía, el cuidado a largo plazo, la dignidad en la vejez y una vida libre de violencias. Este instrumento reconoce que muchas violaciones de derechos en la vejez ocurren en el ámbito privado y que la edad se entrecruza con otras formas de discriminación (Huenchuan & Rodríguez-Piñero, 2010).

En paralelo, se han dado otros avances importantes, como *La 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana* (2002), la cual subrayó cómo las condiciones socioeconómicas adversas afectan la CV y perpetúan ciclos de exclusión. Luego, *el Consenso de Montevideo* (2013) llamó a garantizar la participación plena de las personas mayores y mejorar su bienestar, con especial atención a las mujeres. Más recientemente, la *Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*, adoptada por la Organización de Naciones Unidas (ONU, de aquí en adelante) en 2015, reafirmó la igualdad de género (ODS² 5) como eje transversal y promovió las políticas integrales para el bienestar de todas las personas (ODS 3), haciendo énfasis en la reducción de brechas estructurales (Naciones Unidas, 2015).

No obstante, la existencia de este marco normativo no ha logrado revertir las desigualdades que continúan condicionando la vida de muchas mujeres en la región, lo que pone en tensión su alcance efectivo. Las mujeres mayores enfrentan desventajas acumuladas a lo largo de sus trayectorias, expresadas en inserciones laborales precarias, una alta carga de trabajo doméstico y de cuidados no remunerado, baja cobertura previsional, discriminación por edad y género, y una persistente invisibilidad e inherencia en la construcción de políticas

² Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS)

públicas en relación a la vejez. Estas condiciones impactan directamente en su CV y evidencian las limitaciones de los enfoques demográficos tradicionales para captar la diversidad de experiencias que atraviesan los procesos de envejecimiento.

En este sentido, el análisis de las relaciones entre género y comportamiento demográfico plantea un desafío metodológico y epistemológico para la demografía contemporánea. Tradicionalmente centrada en indicadores cuantitativos y agregados, la disciplina ha tendido a invisibilizar las desigualdades de género al definir qué se mide y cómo se mide. Investigadoras como Watkins y Pinelli (Citadas en Paredes, 1999) han advertido que los enfoques clásicos reproducen supuestos estereotipados sobre los roles de mujeres y hombres, lo que limita la comprensión de fenómenos complejos como el envejecimiento. Superar estas limitaciones implica reconocer que el análisis de las relaciones de género requiere incorporar fuentes y marcos analíticos provenientes de otras disciplinas y adoptar una perspectiva situada, capaz de capturar las experiencias, significados y trayectorias que configuran las vejez.

Por lo anterior, el presente estudio busca aportar al campo de la demografía mediante la recuperación de las trayectorias biográficas de mujeres mayores desde un enfoque predominantemente cualitativo. Al centrarse en las experiencias de mujeres entre 60 y 70 años en Bogotá y Montevideo, la investigación se propone visibilizar las desigualdades acumuladas a lo largo del Curso de Vida y tensionar las herramientas analíticas tradicionales de la disciplina. Con ello, se aspira también a contribuir al desarrollo de una demografía más crítica, inclusiva y sensible a las complejidades del envejecimiento de las mujeres en América Latina.

La relevancia de este trabajo radica, asimismo, en su apuesta interdisciplinaria, al articular tres campos fundamentales para el análisis del envejecimiento, 1) la demografía, 2) el enfoque feminista y, 3) los estudios gerontológicos críticos. Desde la demografía, se propone integrar el análisis de trayectorias vitales con aproximaciones cualitativas que permitan captar dimensiones usualmente relegadas en los estudios poblacionales. El feminismo introduce una perspectiva crítica que muestra cómo las desigualdades de género atraviesan el Curso de Vida y se intensifican en la vejez, visibilizando tanto las vulneraciones como las formas de agencia de las mujeres. Así mismo, contribuye a cuestionar la tendencia a concentrar los estudios en etapas tempranas del ciclo vital, dejando un vacío en el análisis de las edades avanzadas (Freixas, 2013). Por su parte, los estudios gerontológicos críticos permiten comprender el envejecimiento como un proceso multidimensional, superando visiones reduccionistas centradas exclusivamente en el deterioro físico. La articulación de estos enfoques posibilita construir una comprensión integral y situada del envejecimiento de las mujeres en la región.

Ahora bien, la elección de Montevideo y Bogotá como escenarios de análisis responde a la necesidad de contrastar dos contextos con dinámicas demográficas y políticas diferenciadas. Uruguay es uno de los países más avanzados de la región en su transición demográfica (TD), lo que ha generado condiciones estructurales propicias para el desarrollo de políticas orientadas a la vejez. No obstante, dicho desarrollo no responde únicamente a dinámicas demográficas, sino también a decisiones de política pública y a una sostenida voluntad

estatal de incorporar el envejecimiento en la agenda social (Carbajal, Ciarniello, Lladó, & Paredes, 2010). En cambio, Colombia se encuentra en pleno proceso de envejecimiento poblacional, con proyecciones que indican un fuerte crecimiento del grupo de 60 y más años en las próximas décadas, especialmente en ciudades como Bogotá. Sin embargo, aún enfrenta importantes desafíos para diseñar respuestas integrales y sostenibles frente a esta transformación (Fernández-Ortiz & Mora-Villalobos, 2022). Comparar estos contextos permite identificar puntos de encuentro y desencuentro, y extraer lecciones que contribuyan a fortalecer el debate regional sobre el envejecimiento con perspectiva de género y de Curso de Vida.

Antecedentes

Trayectorias biográficas y Curso de Vida en los estudios de población

El estudio de las trayectorias biográficas se ha consolidado como una herramienta clave para comprender cómo las experiencias individuales se entrelazan con los procesos sociales y demográficos más amplios. En demografía, como señala Livi-Bacci (1993), el análisis de la formación, supervivencia y desaparición de las poblaciones a lo largo del tiempo se ha enriquecido con enfoques que incorporan la dimensión biográfica, reconociendo que los fenómenos poblacionales también se configuran a través de las vidas concretas de las personas que los protagonizan. Este giro analítico no solo ha transformado la demografía, sino también las ciencias sociales en general, facilitando la incorporación de perspectivas longitudinales para el estudio de las vidas humanas (Courgueau & Leviévre, 2001). En este sentido, autores como Niewiadomsky y de Villers (2002, citados por Cornejo, 2006) subrayan que quienes utilizan el relato de vida en demografía adoptan una investigación inductiva y exploratoria, orientada a comprender en profundidad las experiencias individuales, más que a buscar explicaciones causales rígidas. Esta perspectiva prioriza el sentido y significado que las personas atribuyen a sus propias historias, permitiendo captar la complejidad y diversidad de las trayectorias vitales en un contexto poblacional, social y temporal específico.

Esta valorización de las trayectorias individuales y del relato como vía de comprensión de los fenómenos sociales tiene sus raíces a principios del siglo XX. Según Roberti (2017), este tipo de estudios emergió con fuerza en el marco de la Escuela de Chicago³ y el desarrollo metodológico de la antropología, aunque posteriormente fue objeto de críticas por su supuesta escasa científicidad y falta de representatividad (Piña, 1986), lo que condujo al predominio de los enfoques cuantitativos en la investigación académica. Sin embargo, desde la sociología, el enfoque biográfico ha persistido como una vía legítima para analizar las experiencias personales que los-as sujetos-as construyen a lo largo de la vida, otorgando centralidad a la narración personal, y a los sentidos subjetivos que configuran la identidad y la trayectoria individual. Así, se ha

³ La Escuela de Chicago fue una corriente sociológica desarrollada en la Universidad de Chicago a comienzos del siglo XX, reconocida por su énfasis en la investigación empírica y el estudio de la vida urbana. Entre sus principales aportes metodológicos se encuentra el uso de historias de vida y relatos biográficos como herramientas para comprender la articulación entre experiencias individuales y estructuras sociales, perspectiva que influyó de manera significativa en el desarrollo posterior de los enfoques de curso de vida y en la investigación cualitativa en ciencias sociales. (Reguera, 2010)

reconocido que cada biografía -no solo refleja una historia singular- sino que también permite comprender las tensiones, continuidades y transformaciones sociales más amplias de una época determinada (Pujadas Muñoz, 1992; Balán & Jelin, 1979).

En línea con la relevancia del estudio de las trayectorias biográficas para comprender cómo las experiencias individuales se inscriben en procesos sociales más amplios, en demografía se han desarrollado dos enfoques analíticos longitudinales fundamentales: la óptica generacional y la óptica biográfica o paradigma del Curso de Vida. Estos dos marcos proporcionan un conocimiento mucho más detallado de los retos demográficos que afrontan las sociedades contemporáneas, identificando la forma en que el cambio social se expresa en las trayectorias de vida de las personas (Fernández-Carro, Grande, Miret Gamundi, & Seiz, 2022), y demostrando la forma en que la dinámica poblacional es inseparable del contexto sociocultural donde se produce, ya que las normas y valores sociales condicionan los comportamientos colectivos que subyacen a fenómenos demográficos.

Anudado a lo anterior, la perspectiva del Curso de Vida se consolida en los años setenta en Estados Unidos, como una propuesta multidisciplinaria que toma como unidad de análisis la trayectoria individual en su dimensión temporal, estructural y contextual. Glen Elder, uno de sus principales referentes, conceptualiza el Curso de Vida como “una secuencia de eventos y roles sociales, graduados por la edad, que están incrustados en la estructura social y el cambio histórico” (Elder, 2001). Según el autor, el Curso de Vida se materializa y evoluciona a través de trayectorias simultáneas pertenecientes a diferentes esferas vitales: familia, trabajo, salud, vivienda, etc (Willekens, 1991).

El concepto de *interdependencias* es central en esta perspectiva y alude a la interrelación que mantienen las distintas esferas y trayectorias vitales (Elder, Johnson, & Crosnoe, 2003), implica que los cambios producidos en cualquiera de esas esferas pueden desencadenar modificaciones en las otras. Este enfoque se organiza a partir de cinco postulados fundamentales que orientan la interpretación de las trayectorias: 1) el desarrollo a lo largo del tiempo, que implica una mirada de largo plazo para comprender tanto el cambio social como el desarrollo individual; 2) el principio de tiempo y lugar, que sitúa al sujeto en contextos históricos y geográficos específicos; 3) el principio de *timing*, que destaca cómo el impacto de los eventos varía según el momento vital en que ocurren; 4) el principio de vidas interconectadas, que reconoce la influencia mutua entre las trayectorias de las personas vinculadas; y 5) el principio de agencia, que subraya la capacidad de los individuos para tomar decisiones y construir activamente su propia vida, incluso dentro de marcos estructurales condicionantes.

En América Latina, durante los años 70, surgen en México los primeros estudios sobre trayectorias biográficas a partir de la influencia del desarrollo con la movilidad geográfica y social, vista a través del Curso de Vida. Este enfoque se destacó en el marco de los estudios sociodemográficos (Tuirán, 1999; Ariza & de Oliveira, 2005; Blanco & Pacheco, 2003) y en el campo de los análisis sobre movilidad socio-ocupacional. Esta perspectiva permite identificar cómo la clase, el género, la etnicidad y/o el territorio influyen en las

oportunidades y los recorridos vitales, para evitar lecturas homogeneizadoras de la población. Desde esta mirada, la trayectoria vital se configura por la articulación de múltiples dimensiones: el trabajo, la escolaridad, la maternidad, la migración, entre otras (Blanco & Pacheco, 2003). Su análisis permite captar no solo qué acontecimientos han vivido los sujetos, sino cómo los interpretan, los recuerdan y les otorgan sentido. En este punto, la integración entre el enfoque biográfico y el enfoque del Curso de Vida cobra especial relevancia, ya que permite analizar simultáneamente las estructuras que enmarcan las decisiones individuales y las formas en que las personas se apropian de su historia, con mayor o menor margen de agencia (Elder, Johnson, & Crosnoe, 2003; Bernardi, Huinink, & Settersten, 2019).

En el sustento teórico de las trayectorias se pueden distinguir dos enfoques relevantes. El primero se vincula con la perspectiva bourdiana, que introduce una mirada crítica frente a las explicaciones subjetivistas de la acción. Desde esta óptica, la noción de biografía como una narración coherente de eventos encadenados es cuestionada como una construcción ilusoria de sentido. Bourdieu (1997) plantea que relatar la vida como una secuencia lógica y continua no refleja la complejidad real de la experiencia, sino que responde a una necesidad de dotar retrospectivamente de coherencia a lo vivido. Metodológicamente, esto implica que el o la investigadora no debe asumir la existencia de un hilo conductor subyacente que organice de forma lineal la vida del sujeto. En su lugar, Bourdieu propone entender la trayectoria como “la serie de posiciones sucesivamente ocupadas por un mismo agente (o grupo) en un espacio en sí mismo en movimiento y sometido a incesantes transformaciones” (Bourdieu, 1997, pág. 82). Esta definición sitúa el análisis en la relación dinámica entre el(la) individuo-dua y el campo social, reconociendo que las trayectorias están condicionadas por estructuras sociales cambiantes.

En contraposición a esta mirada estructural, surge un segundo enfoque centrado en las trayectorias subjetivas, propio de las discusiones en torno a la posmodernidad. Esta perspectiva enfatiza el proceso de individualización y la reflexividad de los sujetos, destacando su capacidad de agencia para intervenir activamente en la construcción de sus vidas. Aquí, las trayectorias no se conciben como recorridos lineales ni predeterminados, sino como procesos biográficos complejos, personalizados y abiertos a la variación. El principal aporte de este enfoque reside en la revalorización de la dimensión subjetiva de la experiencia, en tanto expresión de sentidos, decisiones y evaluaciones que las personas hacen de su vida en contextos específicos. Como señalan Fitoussi y Rosanvallon (1997), “lo que hay que describir ya no son únicamente identidades colectivas relativamente estables, sino también trayectorias individuales y sus variaciones en el tiempo” (pág. 31).

En suma, el enfoque del Curso de Vida, con su énfasis en la diversidad de trayectorias biográficas y en su inscripción en contextos históricos y sociales específicos, constituye una herramienta fundamental para analizar cómo las desigualdades se configuran, acumulan y transforman a lo largo del tiempo. Esta perspectiva permite comprender las experiencias individuales en relación con estructuras sociales dinámicas y visibilizar la

producción de trayectorias diferenciadas según género, clase y territorio, entre otros factores (Blanco & Pacheco, 2003).

Envejecimiento y vejez: de los enfoques tradicionales a una mirada feminista

El sostenido aumento de la esperanza de vida ha convertido al envejecimiento en uno de los fenómenos demográficos más significativos de las sociedades contemporáneas. En América Latina, como ya se referenció antes, la TD se intensificó desde la década de 1960, con una rápida reducción de la mortalidad y la fecundidad, dando lugar a un crecimiento sostenido de la población adulta mayor. A diferencia de los países desarrollados, esta transformación ocurrió de forma acelerada, con una velocidad que, según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2012), no permitió adecuar de forma progresiva las políticas sociales, económicas y sanitarias al nuevo escenario.

Este cambio estructural se inscribió en procesos más amplios, como la Transición Epidemiológica, que desplazó la carga de enfermedad, hacia enfermedades crónicas no transmisibles y degenerativas en edades más avanzadas (Omran, 2005); y la Transición Sanitaria, que reformuló el enfoque clásico centrado en la prevención de la muerte, hacia una mirada integral sobre la salud a lo largo del ciclo vital, incluyendo determinantes sociales, ambientales y laborales (CEPAL, 2012). Estos procesos, al modificar los perfiles de morbilidad y mortalidad, contribuyeron decisivamente a colocar al envejecimiento en el centro del debate demográfico, sanitario y social.

Durante décadas, sin embargo, el abordaje del envejecimiento estuvo dominado por una mirada reduccionista, centrada en la enfermedad, la pérdida y la dependencia. El llamado *modelo de disminución* (Alvarado García & Salazar Maya, 2014) concibió la vejez como una etapa de deterioro inevitable, asociada al retiro de la vida activa y a la pérdida progresiva de capacidades, lo que reforzó representaciones estigmatizantes sobre las personas mayores. Este enfoque biologicista y patologizante no solo invisibilizó la heterogeneidad de esta etapa del ciclo vital, sino que no tomó en cuenta la dimensión social e histórica de envejecer. Desde este paradigma, disciplinas como la medicina, la psicología y las ciencias sociales enfocaron sus estudios en las limitaciones funcionales y cognitivas de la vejez, dejando de lado sus potencialidades y diversidad.

A partir de los años 60, emergieron miradas críticas a este enfoque, estudios longitudinales comenzaron a mostrar que el envejecimiento no es un proceso homogéneo ni inevitablemente ligado al deterioro, sino que presenta una gran variabilidad (Moñivas, 1998; Saldise Esandi, 2015). Esta evidencia impulsó la aparición de conceptos como *envejecimiento activo, exitoso o saludable* (Havighurst & Albrecht, 1953; Villar Posada & Triadó Tur, 2006), que pusieron el acento en las condiciones que favorecen una vida plena y significativa en edades avanzadas.

Paralelamente, se consolidó un enfoque de derechos que promovió la noción de las personas mayores como sujetos plenos, con autonomía y agencia, merecedores de condiciones de vida dignas y de participación social

(CEPAL, 2006; Huenchuan, 2010). Este enfoque fue clave para visibilizar que las experiencias del envejecimiento están profundamente atravesadas por desigualdades estructurales acumuladas a lo largo del Curso de Vida, y que estas desigualdades se expresan de forma distinta. De esta manera se fue consolidando un desplazamiento teórico que permitió superar los reduccionismos cronológicos, para abordar el envejecimiento como un proceso socialmente construido, modelado por trayectorias vitales diferenciadas.

En este marco, la vejez comenzó a pensarse no como un momento fijo ni universal, sino como una experiencia plural que varía según los sentidos culturales asignados a la edad y las condiciones materiales y simbólicas de cada persona (Osorio, 2010; Ballesteros, 1997). En lugar de hablar de “*la vejez*”, algunas teóricas influenciadas por el feminismo propusieron el uso del término “*vejeces*”, con el fin de reconocer la diversidad de formas de envejecer, moldeadas por factores como el género, el trabajo, la maternidad, el cuidado y el acceso a recursos sociales. Esta conceptualización permite articular la dimensión subjetiva de la experiencia vital con los condicionamientos estructurales que atraviesan la vida desde la infancia y que se expresan con particular intensidad en la vejez.

Desde esta perspectiva, los datos demográficos adquieren un nuevo significado. Las mujeres no solo constituyen la mayoría de la población adulta mayor en América Latina, sino que además viven más que los hombres, configurando lo que se ha denominado la *feminización del envejecimiento*. Se trata de una realidad ampliamente documentada, en casi todos los países de la región, la esperanza de vida femenina supera a la masculina en al menos cinco años (CEPAL, 2023). Sin embargo, esta mayor longevidad no implica necesariamente una mejor CV, ya que suele estar acompañada por mayores niveles de fragilidad económica, menor cobertura previsional y una mayor exposición a situaciones de dependencia. Por ello, la incorporación de una perspectiva de género resulta imprescindible no solo desde el punto de vista analítico, sino también ético y político, al permitir reconocer y atender las necesidades específicas de una mayoría femenina que envejece en condiciones desiguales.

La perspectiva de género ha sido crucial en este giro conceptual. Al visibilizar el sesgo androcéntrico presente en buena parte de los estudios gerontológicos tradicionales, los feminismos han contribuido a desenmascarar cómo las relaciones de género estructuran diferencialmente las trayectorias vitales y, con ello, los modos de envejecer. Numerosas investigaciones han mostrado que las condiciones de vulnerabilidad que enfrentan muchas mujeres mayores no son producto de su edad biológica, sino el resultado de desigualdades acumuladas a lo largo del Curso de Vida, como el acceso desigual a la educación, la precariedad laboral, la brecha salarial, el menor acceso a pensiones y, sobre todo, la carga histórica del trabajo doméstico y de cuidados no remunerado (Huenchuan, 2010; Toro, 2018).

En este marco, la salud y el cuidado emergen como dimensiones fundamentales para comprender el envejecimiento desde una perspectiva de género. El enfoque feminista en salud ha demostrado que los problemas de las mujeres mayores no son exclusivamente biológicos, sino que están profundamente vinculados

a las condiciones sociales, económicas y culturales que estructuran sus vidas. La desigualdad en el acceso a recursos, la violencia de género, la medicalización de sus cuerpos y la desvalorización de sus malestares específicos son elementos clave que afectan su bienestar (Artiles Visbal, 2007; Monroy Muñoz, 2012). Como advierte la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), el género puede por sí solo generar desigualdades sanitarias y también reforzar otras desventajas asociadas a la edad, la clase o la etnia.

Además, el trabajo de cuidados, mayoritariamente asumido por mujeres a lo largo de toda la vida, tiene un impacto central en sus trayectorias vitales y en la CV en la vejez. Lejos de ser una actividad ocasional, el cuidado constituye una dimensión estructural de las sociedades, indispensable para el sostenimiento de la vida (Tronto, 2013). Las mujeres mayores no solo han sido proveedoras históricas de cuidados, muchas veces sin reconocimiento ni compensación, sino que también se convierten en receptoras de cuidados en contextos donde estos servicios están limitados o recargan a otras mujeres de la familia. Esta doble experiencia como sujetas que cuidan y que son cuidadas, evidencia cómo el sistema de cuidados, cuando no es redistribuido ni reconocido; reproduce y profundiza desigualdades a lo largo del Curso de Vida, afectando de manera diferencial mucho más a las mujeres.

Calidad de Vida: aproximaciones conceptuales y relevancia en el estudio del envejecimiento

Desde las nuevas perspectivas que replantean el envejecimiento y las vejeces, surge con fuerza el interés por el estudio de la Calidad de Vida, concebida como una herramienta para garantizar condiciones que permitan un desarrollo integral, y la autorrealización personal. Según la CEPAL (2006), este enfoque promueve políticas que fortalezcan las capacidades individuales y colectivas para ejercer derechos, asegurar condiciones de vida dignas, satisfacer necesidades básicas en un marco de justicia, y eliminar prácticas que vulneren estos principios. En este marco, se intensifican los estudios centrados en los procesos personales y psicosociales que inciden en la percepción del bienestar, así como aquellos que evalúan la CV a nivel poblacional, contribuyendo al diseño de políticas públicas e intervenciones sociales (Michalos, 2004).

El concepto de CV es relativamente reciente. Algunos-as autores-as sitúan su origen en la década de 1950, en el contexto del crecimiento del modelo económico capitalista. En ese período, surgieron preocupaciones por el impacto negativo de la industrialización sobre el medio ambiente y las condiciones de vida deterioradas a pesar del desarrollo económico (Leva, 2005). Este contexto se caracterizó por un consumo irracional de recursos y un incremento de las desigualdades sociales, lo que derivó en una creciente insatisfacción colectiva. En esta línea, McCall (1975) identifica dos factores clave en el surgimiento del interés por la CV, por un lado, la falta de correspondencia entre los avances materiales y el bienestar subjetivo; y por otro, la necesidad de contar con nuevos indicadores que orientaran las políticas públicas desde una mirada más integral del bienestar.

Para 1954, la ONU impulsó un esfuerzo para clarificar el concepto de CV, identificando doce dimensiones fundamentales que incluían tanto factores materiales como inmateriales: salud, alimentación, educación,

vivienda, condiciones laborales, situación laboral, consumo, seguridad individual y bienestar (1954). Décadas más tarde, el *Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento* (2002), recogido por CEPAL (2006), subrayó que la CV en la vejez depende de los avances en tres áreas prioritarias: la integración de las personas mayores en el desarrollo, el fomento de la salud y el bienestar, y la creación de entornos propicios. En este marco, la OMS (2002) definió la CV como la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones, lo que resalta la centralidad de la dimensión subjetiva y contextual del concepto.

No obstante, diversos-as autores-as han cuestionado la primacía de indicadores económicos o materiales para evaluar la CV, dada su incapacidad para reflejar el bienestar psicológico y social, así como para visibilizar el trabajo no remunerado y las desigualdades en la distribución de recursos (Blanco , 1985). Este cuestionamiento ha dado lugar a perspectivas más complejas que integran tanto elementos objetivos como subjetivos.

Durante los años 80, el concepto de CV ingresó con fuerza al ámbito de la salud, inicialmente vinculado a indicadores de morbilidad y esperanza de vida. Sin embargo, pronto se evidenció que este enfoque era insuficiente para captar la complejidad de la salud y el bienestar en diferentes grupos poblacionales (Herrera & Guzmán, 2012). Cardona, Estrada y Agudelo (2006) señalan que la CV debe interpretarse siempre dentro de un sistema de valores, pues se trata de una evaluación subjetiva de la experiencia vital.

Desde una perspectiva relacional y territorial, Blanca Valdivia (2020) sostiene que hablar de CV implica emitir un juicio de valor sobre cómo vive un grupo en un contexto espacial y temporal determinado. En este sentido, el concepto está atravesado por construcciones sociales y valores colectivos. En sintonía, Annas (1996) señala que los deseos personales están moldeados por las condiciones sociales. En sociedades donde las oportunidades para las mujeres han sido históricamente limitadas, una estrategia adaptativa común ha sido ajustar los deseos a las posibilidades reales. Esto muestra cómo el género afecta diferencialmente las condiciones de vida de hombres y mujeres, incidiendo tanto en el acceso como en la calidad de los recursos disponibles.

Para Herrera y Guzmán (2012), la CV se concibe como una vida digna, en la que las personas se sienten realizadas en la medida en que logran sus objetivos. Esta vivencia es subjetiva y contextual, pero se sostiene sobre condiciones concretas como una buena salud física y psíquica; un estatus socioeconómico que facilite la integración social; acceso a la cultura y a bienes y servicios; reconocimiento social de derechos y capacidades; un entorno ecológico saludable; y un sentido de pertenencia a una sociedad justa, con garantías jurídicas y participación ciudadana (pág. 68). En la vejez, la CV se vincula especialmente con la capacidad para mantener la autonomía, tomar decisiones y desempeñar funciones cotidianas, lo que requiere considerar tanto elementos objetivos (como redes de apoyo y condiciones materiales) como subjetivos (satisfacción, percepción del bienestar) (CEPAL, 2006).

Amartya Sen (1996), en una crítica contundente a las visiones economicistas donde se prioriza la visión

materialista que reduce la CV al mero consumo o acumulación de bienes materiales, propone una perspectiva centrada en las capacidades reales de las personas para hacer y ser aquello que valoran, superando así una concepción restringida del bienestar basada exclusivamente en el consumo. En sintonía, Blanco (1985) cuestiona que el bienestar se reduzca a la acumulación de bienes, y reorienta el debate hacia la satisfacción, la felicidad y la realización personal. Dunning et al. (2006), por su parte, destacan que, aunque la CV es una valoración individual, está profundamente influenciada por los valores comunitarios y el contexto social. En este marco, Di Pace, Suárez y Calello (2012) agrupan las principales aproximaciones a la CV en tres corrientes: 1) como parámetros socioeconómicos y habitacionales comparables; 2) como superación de la esfera material (visión postmaterialista); y 3) como equilibrio entre necesidades y satisfacción (el “tener” y el “ser”). En suma, en América Latina, destaca el concepto de “buen vivir”, que cuestiona el modelo capitalista y eurocéntrico, apostando por un bienestar vinculado al convivir, el cuidado y la reciprocidad (Rodríguez-Villasante, 2014).

Finalmente, es importante señalar que el debate en torno a la CV ha generado distintas aproximaciones según se privilegie su dimensión objetiva o subjetiva. Valdivia (2020) identifica tres grandes corrientes: 1) enfoques centrados en las condiciones objetivas del entorno; 2) aproximaciones subjetivas, que consideran las percepciones de los sujetos; y 3) enfoques integradores. La primera corriente se basa en datos cuantitativos para evaluar el acceso a bienes y servicios, mientras que la segunda recoge información cualitativa sobre bienestar percibido, satisfacción personal y felicidad. Este estudio se nutre de ambas perspectivas, combinando el análisis de fuentes secundarias con una aproximación cualitativa centrada en las trayectorias de vida de mujeres mayores. Desde esta perspectiva, la CV se concibe como una construcción compleja y dinámica, influida por factores externos (económicos, sociales, ambientales) e internos (psicológicos, emocionales), lo que justifica una metodología mixta que supere la dicotomía entre lo objetivo y lo subjetivo, permitiendo una comprensión más profunda y situada del bienestar en las vejees.

Marco teórico

Perspectiva feminista y epistemología situada

Este trabajo se enmarca en una perspectiva feminista que cuestiona la neutralidad del conocimiento producido históricamente desde una mirada androcéntrica, occidental y distante. La epistemología feminista permite visibilizar cómo las jerarquías de género, en diálogo con otras categorías como la edad, la clase, la raza o la etnia, condicionan tanto las formas de vivir como las formas de conocer. Como plantea Norma Blázquez (2012), las epistemologías feministas no solo denuncian los vacíos y sesgos sexistas en la ciencia tradicional, sino que ofrecen herramientas conceptuales y metodológicas para construir conocimientos más inclusivos, contextualizados y transformadores.

Desde esta posición, se reconoce que el conocimiento no es neutral, sino situado, y que las relaciones entre quienes investigan y quienes son investigadas están atravesadas por relaciones de poder que deben ser reconocidas y reflexionadas. En este sentido, esta investigación se distancia de la supuesta “objetividad” clásica, entendida como una forma de control patriarcal, y se alinea con la propuesta de “objetividad fuerte” de Sandra Harding (2012), que propone incorporar voces y experiencias múltiples, especialmente aquellas históricamente silenciadas, como las de las mujeres mayores.

Además, se articulan dos aproximaciones dentro de este marco: por un lado, la teoría del punto de vista feminista (Hartsock, 1983; Keller, 1985; Harding, 1986), que reconoce el valor epistemológico de la experiencia situada de las mujeres, y por otro, el feminismo posmoderno (Heckman, 1990; Haraway, 1988), que advierte sobre los riesgos de esencializar una única voz femenina y enfatiza la pluralidad de experiencias, identidades y formas de acercarse al mundo. Así, el conocimiento se concibe como una construcción plural, relacional y en constante transformación, desde un “aquí y ahora” que rechaza verdades totalizantes.

Esta base epistemológica no solo guía la interpretación teórica, sino que también está presente en las decisiones metodológicas, el diseño de instrumentos y el posicionamiento de la investigadora, que se reconoce como sujeta implicada en el proceso de conocimiento.

Enfoque de Curso de Vida y trayectorias biográficas

Como se pudo evidenciar en lo anterior, el enfoque de Curso de Vida ofrece un marco comprensivo para analizar el envejecimiento como un proceso acumulativo, dinámico y contextualizado. En lugar de concebir las vejez como una etapa aislada o como un destino biológico, esta perspectiva permite situarlas en el entramado de eventos, transiciones, oportunidades y restricciones que marcan la biografía de las personas desde su nacimiento hasta la edad adulta. De este modo se pone énfasis en cómo las condiciones estructurales, como el acceso desigual a la educación, al trabajo, al cuidado o a la salud, van configurando trayectorias vitales diferenciadas.

Desde este enfoque, las vejez no se entienden únicamente como un marcador cronológico, sino como el resultado de una historia de vida, en la que se entrelazan factores individuales, familiares, sociales e históricos. La noción de trayectoria biográfica permite atender tanto a las continuidades como a las rupturas que configuran los modos de envejecer, reconociendo la agencia de las sujetas, así como los condicionantes estructurales que modelan sus experiencias.

Particularmente en el caso de las mujeres, este enfoque resulta clave para comprender cómo las desigualdades de género acumuladas a lo largo del Curso de Vida producto de la división sexual del trabajo, la desigual distribución del cuidado o la segmentación del mercado laboral impactan de forma directa en sus condiciones materiales y simbólicas en las edades adultas. Como plantea Huenchuan (2010), la vulnerabilidad en la vejez suele tener su origen en las inequidades acumuladas a lo largo del ciclo vital, las cuales restringen oportunidades

desde etapas iniciales de la vida y configuran desventajas persistentes. En este sentido, las trayectorias no constituyen meras secuencias de eventos, sino procesos biográficos que articulan dimensiones estructurales, simbólicas y afectivas, permitiendo comprender las vejeces como construcciones sociales situadas.

Envejecimiento desde una perspectiva de género

Pensar el envejecimiento desde una perspectiva de género implica cuestionar las formas tradicionales en que ha sido estudiado, visibilizando cómo las experiencias de envejecer están profundamente atravesadas por desigualdades estructurales que afectan de forma diferenciada a mujeres y hombres. Si bien el envejecimiento es un proceso biográfico universal, su manifestación concreta está mediada por factores sociales, culturales y económicos que operan durante todo el Curso de Vida.

Como ya se expuso anteriormente, los estudios sobre las vejeces han adoptado una mirada androcéntrica que ha invisibilizado las trayectorias y condiciones particulares de las mujeres mayores. Esta investigación se propone justamente descentrar esa visión, abordando el envejecimiento de las mujeres como una experiencia social situada, atravesada por múltiples desigualdades acumuladas a lo largo del tiempo. Como señala Toro (2018), el sesgo de género presente en gran parte de la gerontología ha impedido comprender la forma en que las estructuras y culturas afectan específicamente la forma en que las mujeres envejecen.

A lo largo del ciclo vital, las mujeres enfrentan obstáculos y restricciones vinculadas a la asignación de roles de género, la sobrecarga de responsabilidades de cuidado, la precarización laboral y la menor valoración social de sus trayectorias. Estas desigualdades, que suelen estar naturalizadas, inciden directamente en las condiciones materiales y subjetivas del envejecimiento. Desde esta perspectiva, el análisis de las vejeces de las mujeres debe contemplar tanto las condiciones objetivas de vida, como las formas en que las mujeres construyen y habitan su experiencia, en función de lo vivido y de las expectativas culturales que pesan sobre ellas.

Un eje clave en esta parte es el cuidado, históricamente atribuido a las mujeres y escasamente reconocido como trabajo. Siguiendo a Fisher y Tronto (1990, citadas en Tronto, 2020), el cuidado puede entenderse como una actividad amplia que abarca todo lo que hacemos para mantener, perpetuar y reparar nuestro mundo, de modo que podamos vivir lo mejor posible. Ese mundo incluye nuestros cuerpos, relaciones, entornos y formas de vida. Desde esta definición, el cuidado es una práctica vital y profundamente política, que sostiene la vida y la reproducción social, y cuya invisibilización ha contribuido a reforzar la desigual posición de las mujeres en el acceso a recursos, derechos y reconocimiento.

La teorización del cuidado ha sido desarrollada por diversas corrientes feministas, por la academia y por organizaciones sociales, que han problematizado su invisibilización y su asignación histórica a las mujeres (Gilligan, 2003; Tronto, 1993/ 2020; Carrasco, 2006; Batthyány, 2015). Desde la ética del cuidado hasta la economía feminista y los estudios latinoamericanos sobre organización social del cuidado, estas

contribuciones han mostrado que el cuidado no constituye una disposición natural femenina, sino un trabajo socialmente organizado y desigualmente distribuido, fundamental para la sostenibilidad de la vida y el funcionamiento de las economías contemporáneas. Esto ha impulsado el reconocimiento del cuidado en sus tres dimensiones: el derecho a cuidar, el derecho a ser cuidado y el derecho al autocuidado. (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2025), permitiendo colocar al cuidado en el centro de la agenda pública, posibilitando el reconocimiento de que son las mujeres quienes asumen de manera desproporcionada este trabajo, muchas veces en condiciones precarias y sin remuneración, lo que implica una vulneración tanto de sus derechos como de los derechos de quienes reciben cuidados. En este sentido, el derecho al cuidado se vincula estrechamente con otros derechos fundamentales, como el derecho a la vida, a la salud, a la seguridad social, al trabajo y a la educación.

Desde perspectivas críticas como las de Fraser (2016) y Federici (Federici, 2013), el cuidado ocupa un lugar central en el análisis de las lógicas de acumulación capitalista, en la medida en que el sistema económico depende del trabajo (mayoritariamente femenino) que garantiza la reproducción cotidiana de la fuerza de trabajo. Sin alimentación, salud, limpieza y atención diaria, la economía no podría sostenerse. Sin embargo, este trabajo permanece en gran medida invisibilizado y desvalorizado, lo que genera efectos acumulativos en las trayectorias de las mujeres. El mandato de cuidado afecta directamente sus vidas en la dimensión material, limitando la participación plena en el mercado laboral, generando interrupciones en las carreras profesionales y reduciendo ingresos, y en la dimensión simbólica, moldeando identidades, expectativas y valoraciones sociales. Estas consecuencias se acumulan a lo largo del tiempo y se expresan con particular intensidad en la vejez, a través de menores pensiones, mayor dependencia económica y sobrecarga física y emocional.

Tal como señala la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer (1999, citada en Huenchuan, 2010), las desigualdades de edad y género están estrechamente vinculadas con la pobreza, y su impacto más fuerte se manifiesta en las mujeres mayores. No se trata de una coincidencia, sino del resultado de múltiples formas de exclusión que se han acumulado históricamente. Como se ha mencionado anteriormente, comprender el envejecimiento desde una perspectiva feminista implica, entonces, analizar cómo esas desigualdades de género estructuran no solo las condiciones de vida en las vejez, sino también las posibilidades de agencia, reconocimiento y bienestar.

Calidad de Vida desde una perspectiva feminista y relacional

El concepto de CV ha sido históricamente abordado desde diversas disciplinas, con enfoques que oscilan entre dimensiones objetivas (como ingresos, salud o vivienda) y otras más subjetivas (como la percepción de bienestar o satisfacción personal). Sin embargo, muchas de estas aproximaciones han estado atravesadas por visiones normativas, economicistas y androcéntricas, que tienden a invisibilizar la diversidad de experiencias vitales y, en particular, las desigualdades que enfrentan las mujeres mayores.

Desde una perspectiva feminista y relacional, este trabajo propone una comprensión crítica y situada de la CV, que reconozca tanto la pluralidad de trayectorias como las relaciones de poder que configuran las condiciones de vida. Esta mirada parte de la base de que la CV no puede entenderse como un estado estático ni universal, sino como una construcción dinámica que se produce en la interacción entre sujetos y contextos, en el marco de estructuras sociales, culturales y económicas específicas.

Autores como Vela y Sabeh (2001) han propuesto modelos que integran tres dimensiones fundamentales para comprender la CV en la vejez: 1) la dimensión psicológica, vinculada a la percepción subjetiva del bienestar y la satisfacción con la vida; 2) la dimensión social, que incluye factores como el acceso a la salud, la educación, las relaciones sociales, el trabajo y el tiempo libre; y 3) la dimensión ecológica, entendida como la congruencia entre los deseos, necesidades y aspiraciones de las personas y las posibilidades reales de satisfacción que ofrece su entorno. Estos marcos resultan particularmente útiles para el análisis del envejecimiento en las mujeres, en tanto permiten capturar las múltiples interacciones entre condiciones estructurales, experiencias subjetivas y desigualdades de género.

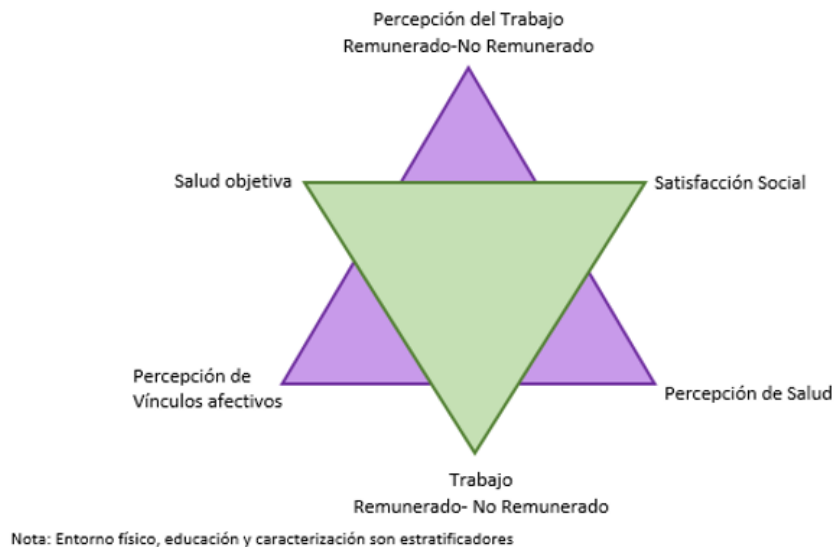
Complementariamente, el modelo desarrollado por Ballesteros y ampliado junto a Maciá (1993), pionera en el estudio de la CV en personas mayores, aporta un enfoque integral que articula factores objetivos (estado de salud, habilidades funcionales, recursos económicos, acceso a servicios, etc.) con dimensiones subjetivas como la satisfacción vital, el sentido de pertenencia o las relaciones afectivas. (Gráfico 1) Este modelo ha sido clave para desarrollar una mirada no reduccionista de la vejez, al reconocer la influencia de variables sociales, culturales y emocionales en la CV.



Fuente: Ballesteros y Maciá (1993), recuperado en Saldise (2015)

Desde esta investigación, se retoman estos aportes proponiendo una adaptación de dicho modelo para el análisis específico de la vida de las mujeres mayores, centrando la atención en tres ejes interrelacionados (Gráfico 2): a) el trabajo remunerado y no remunerado a lo largo del Curso de Vida, b) los vínculos afectivos y las redes sociales, c) la salud física y emocional autopercibida. Estas dimensiones no sólo permiten observar desigualdades acumuladas, sino también comprender cómo las mujeres resignifican su bienestar y su lugar en el mundo en esta etapa de la vida.

Gráfico 2 Adaptación modelo de Calidad de Vida en las adultas mayores



Fuente: Elaboración propia con base en los postulados de Ballesteros y Mácia (1993).

Asimismo, se incorpora el enfoque de la CV relacional, propuesto por autoras feministas como Blanca Valdivia (2020), quien sostiene que toda medición o juicio sobre la CV implica una atribución de valor, es decir, una evaluación social sobre cómo viven ciertos grupos en determinados contextos. Desde esta perspectiva, hablar de CV no puede desvincularse de preguntas por la justicia social, la distribución del cuidado, el reconocimiento simbólico y la posibilidad de vivir vidas que las propias personas consideren valiosas. Este enfoque también se apoya en los planteamientos de Amartya Sen (1996), quien, desde una crítica al paradigma economicista, propone evaluar el bienestar a partir de las “capacidades” reales de las personas para hacer y ser aquello que valoran, en función de sus circunstancias. En contextos donde las mujeres han tenido históricamente menos oportunidades, las capacidades no pueden evaluarse sin considerar las restricciones impuestas por los mandatos de género, la división sexual del trabajo y la distribución desigual de los recursos. Por ende, la CV, entendida desde un enfoque feminista, se convierte, no solo en una categoría analítica, sino en un horizonte ético y político. Implica preguntarse no solo cómo viven las mujeres mayores, sino también cómo quieren vivir, y qué condiciones estructurales, simbólicas y relacionales hacen posible, o dificultan, esas formas de vida deseadas.

Metodología

Diseño de estudio

Este estudio se inscribe en una perspectiva epistemológica feminista y situada, que reconoce la implicación de la investigadora en la producción del conocimiento, así como la validez de las experiencias subjetivas como fuente legítima de saber. Esta postura, en línea con autoras como Harding (1996) y Blázquez Graf (2012), cuestiona la supuesta neutralidad de los enfoques tradicionales y aboga por una ciencia comprometida con la transformación social y el reconocimiento de las voces históricamente silenciadas. Desde esta perspectiva, recuperar las trayectorias de vida de mujeres adultas mayores en contextos latinoamericanos no solo permite reconstruir biografías individuales, sino también visibilizar las estructuras que han condicionado sus recorridos vitales.

En coherencia con este posicionamiento, se adopta un diseño de investigación de tipo mixto con preponderancia cualitativa. La combinación de métodos cuantitativos y cualitativos busca alcanzar una comprensión más profunda e integral del objeto de estudio, tal como lo proponen Hernández-Sampieri y Mendoza (2018). Este enfoque mixto resulta particularmente pertinente en estudios de tipo longitudinal y retrospectivo, ya que posibilita la reconstrucción de trayectorias biográficas a partir de la articulación entre datos objetivos y subjetivos a lo largo del Curso de Vida.

Desde el componente cuantitativo, se realizará una revisión de información secundaria de corte transversal, que permitirá identificar y contextualizar algunos patrones y tendencias en variables sociodemográficas y económicas vinculadas a las trayectorias de las mujeres adultas mayores en Bogotá y Montevideo. Como señala Creswell (2003), el abordaje de problemas complejos requiere el uso de evidencia tanto numérica como textual. En este sentido, los datos cuantitativos contribuirán a contextualizar las condiciones estructurales que enmarcaron las experiencias de estas mujeres.

El componente cualitativo, por su parte, se desarrollará desde una aproximación fenomenológica de tipo descriptivo e interpretativo, centrada en la reconstrucción de experiencias de vida a partir del análisis de narrativas. Siguiendo a Creswell (2003), esta estrategia permite captar dimensiones que escapan a la medición objetiva, tales como las percepciones, emociones y significados atribuidos por las participantes a sus trayectorias. Las entrevistas biográficas permitirán recuperar las voces de las mujeres y comprender cómo han resignificado los eventos de sus vidas en función de su contexto histórico, social y de género.

La articulación entre ambos enfoques favorecerá la triangulación de datos, lo que fortalecerá la validez del estudio. Como señalan Johnson et al. (2004), los diseños mixtos pueden priorizar uno de los enfoques o equilibrarlos según las necesidades del estudio. En este caso, se privilegia la mirada cualitativa, en tanto permite explorar en profundidad las vivencias subjetivas y las construcciones simbólicas en torno a la CV en las vejeces.

El enfoque cuantitativo actúa como complemento, aportando elementos estructurales para una interpretación más contextualizada de los hallazgos. Esta combinación metodológica es clave para abordar la complejidad de las trayectorias biográficas, entendidas como procesos dinámicos atravesados por desigualdades de género, clase y generación.

Objetivos

General

Comprender la relación entre trayectorias biográficas y Calidad de Vida de las mujeres que comienzan a transitar la vejez (entre 60 y 70 años) en las ciudades de Montevideo y Bogotá.

Específicos

Objetivo 1: Analizar de manera comparada información proporcionada por fuentes de datos cuantitativas disponibles en Uruguay y Colombia sobre la temática de Calidad de Vida en las mujeres que comienzan a transitar la vejez (entre 60 a 70 años).

Objetivo 2: Comprender la noción de Calidad de Vida en las vejez desde una perspectiva subjetiva, a partir del análisis de trayectorias biográficas de mujeres mayores (entre 60 a 70 años) en Montevideo y Bogotá.

Objetivo 3: Identificar semejanzas y diferencias entre los contextos de ambas ciudades, situando el análisis en el marco de los debates latinoamericanos sobre envejecimiento y género.

Recolección y análisis de información cuantitativa

El componente cuantitativo de este estudio adopta un diseño transversal descriptivo, orientado a caracterizar las condiciones de vida de las mujeres adultas mayores en dos contextos latinoamericanos: Bogotá y Montevideo. Este enfoque permite capturar una “instantánea” de la situación actual en ambas ciudades, facilitando la comparación entre contextos diversos (Liu, 2008 y Tucker, 2004 citados en Hernández-Sampieri y Mendoza (2018). La selección de un diseño transversal responde a la necesidad de contar con un panorama general de las dimensiones “objetivas” de la CV en la vejez, en articulación con el análisis cualitativo posterior.

La población objetivo está compuesta por mujeres mayores de 60 años, siguiendo el criterio establecido por la CEPAL (2006), el cual señala que existe un consenso regional en considerar esta edad como el umbral de entrada a la vejez, así como una etapa de transición en el Curso de Vida, ya que para muchas mujeres implica la salida del mundo laboral, el replanteamiento de proyectos vitales y la redefinición de roles familiares y sociales. Esta elección permite analizar con mayor precisión las condiciones estructurales en las que se inicia el proceso de envejecimiento.

La información se obtuvo a partir del uso de fuentes cuantitativas secundarias oficiales disponibles en Colombia y Uruguay (Tabla 1). Las encuestas y censos seleccionados fueron:

Table 1 Fuentes usadas para el análisis cuantitativo

| País | Fuente | Año | Tipo de datos | Variables relevantes | Observaciones/limitaciones |
|-----------------|---|--------------|--------------------------------------|--|---|
| Colombia | Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV) | 2018 | Censo nacional | Estructura por sexo y edad a partir de proyecciones y estimaciones de población, Nivel Educativo | Datos poco recientes pero con universalidad, no da mucha información sobre el bienestar ni la calidad de vida |
| | Estadísticas Vitales (EV) | 2023 | Registros Administrativos | Mortalidad por causas por edad y sexo | |
| | Encuesta de Calidad de Vida (ECV) | 2020 2023 | Encuesta por muestreo probabilístico | Percepciones de bienestar | La calidad de los micro datos no es buena, no tiene preguntas retrospectivas |
| | Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) | 2021 | Encuesta por muestreo probabilístico | Fuerza de trabajo, vivienda | Trabaja con una muestra y no aborda variables de Calidad de Vida |
| Uruguay | Censo Nacional de Población (CNP) | 2023 | Censo nacional | Estructura por sexo y edad, salud, Fuerza de trabajo, nivel educativo | Universalidad pero pocas variables para poder ver la calidad de vida |
| | Estadísticas Vitales (EV) | 2023 | Registros Administrativos | Mortalidad por causas por edad y sexo | |
| | Encuesta Continua de Hogares (ECH) | 2020 2023 | Encuesta por muestreo probabilístico | Fuerza de trabajo, salud, educación, vivienda | Trabaja con una muestra y no aborda variables de Calidad de Vida |

Fuente: Construcción propia

El análisis de los datos se realizó con el apoyo de los programas Microsoft Excel (v.2.2.4) y R (v.4.5.1), utilizando técnicas estadísticas descriptivas (como frecuencias o porcentajes), orientadas a organizar y explorar variables sociodemográficas clave como estructura por sexo y edad, nivel educativo, configuración del hogar, tipo de actividad (remunerada o no), acceso a protección social y bienestar físico.

Si bien estas fuentes permiten generar una caracterización básica de las condiciones de vida de las mujeres mayores, presentan limitaciones relevantes en cuanto a la posibilidad de analizar significados, subjetividades y trayectorias vitales. La diversidad en los instrumentos, los enfoques de relevamiento de la información, las unidades de análisis, los años en que se realizaron, la propia limitación de cada instrumento, impone desafíos para la comparabilidad directa entre países y entre fuentes. En este sentido, el análisis cuantitativo no busca una comparación estrictamente homogénea, sino la identificación de patrones generales y puntos de contraste contextuales. Además, este componente cumple una función complementaria, ya que sirve de base para contextualizar y enriquecer el análisis cualitativo, permitiendo comprender cómo las trayectorias biográficas se inscriben en entornos estructurales diferenciados.

Tal como señalan Hernández-Sampieri y Mendoza (2018), la combinación de métodos cuantitativos y cualitativos contribuye a generar inferencias más sólidas y matizadas. En este estudio, la triangulación metodológica busca articular información objetiva sobre desigualdades estructurales con las vivencias, decisiones y sentidos que las mujeres mayores otorgan a su proceso de envejecimiento.

Recolección y análisis de información cualitativa

El componente cualitativo de esta investigación tiene como objetivo desarrollar un análisis interpretativo

mediante conceptos y relaciones emergentes a partir de datos brutos, con el fin de construir un esquema explicativo teórico (Strauss & Corbin, 2002). Para ello, se realizaron entrevistas en profundidad y su posterior codificación siguiendo los principios de la Teoría Fundamentada, entendida como un método sistemático que permite construir teorías de alcance medio a partir del análisis riguroso y progresivo de datos cualitativos (Charmaz, 2012).

Entre junio de 2023 y junio de 2025 se realizaron un total de 40 entrevistas en profundidad: 20 en Bogotá y 20 en Montevideo, dirigidas a mujeres entre 60 y 70 años⁴. Esta franja etaria se considera una etapa de transición clave en la vejez, caracterizada por cambios significativos como la salida del mundo laboral, con sus consecuencias en la percepción de seguridad económica y sentido de futuro. Se eligió este método porque sitúa el relato como objeto de análisis, reconociendo que la narración de experiencias personales se construye dentro de un contexto histórico y cultural determinado. Esta perspectiva permite conectar biografía, historia y estructura social, ya que cada experiencia vivida remite a procesos sociales más amplios (Riessman, 2002).

Es importante señalar que el trabajo de campo se extendió por un periodo de dos años, lo cual puede haber introducido variaciones en los relatos recogidos debido a cambios en el contexto social o en la propia percepción subjetiva de las participantes. Asimismo, la evolución del rol de la investigadora (su escucha, sus preguntas y su posicionamiento frente al campo) pudo haber influido en el desarrollo de las entrevistas y en la construcción de categorías analíticas. Estos posibles sesgos fueron asumidos como parte del proceso investigativo, desde una postura epistemológica que reconoce el carácter situado y dinámico de la producción de conocimiento cualitativo. Para mitigar estos efectos, se mantuvo un registro sistemático del trabajo en territorio a través de un diario de campo, y se procuró una coherencia metodológica entre las decisiones tomadas en distintas fases de la investigación.

La muestra fue intencionada, con criterios de inclusión previamente definidos: mujeres entre 60 y 70 años, residentes en Bogotá o Montevideo, que pudieran y quisieran compartir sus experiencias biográficas en una entrevista en profundidad. La selección se realizó mediante el método de bola de nieve, contactando inicialmente a mujeres de redes personales, profesionales o comunitarias, quienes a su vez refirieron a otras posibles participantes. Este procedimiento permitió acceder a casos diversos, con trayectorias laborales y familiares heterogéneas, aunque también implicó limitaciones en términos de representatividad.

Si bien el nivel educativo no constituyó un criterio de selección *a priori*, la muestra quedó conformada mayoritariamente por mujeres con educación media y superior, lo que supuso una menor presencia de experiencias asociadas a niveles educativos bajos. Este sesgo responde, en parte, a los mecanismos de convocatoria y a las redes de contacto activadas durante el trabajo de campo. Sin embargo, el nivel educativo fue recuperado durante el análisis como una característica relevante para comprender diferencias en las

⁴ En anexo 1 se incluye una tabla resumen con las entrevistas y algunas variables relevantes sociodemográficas.

trayectorias de las participantes, particularmente en relación con sus oportunidades laborales, el acceso a recursos y las condiciones en que transitan el envejecimiento. En consecuencia, los resultados no buscan representar estadísticamente a las mujeres mayores de ambas ciudades, sino comprender experiencias situadas dentro de este universo específico en base al criterio de saturación teórica de información que se retoma más adelante.

La técnica de recolección de información fue la de entrevistas semiestructuradas en profundidad⁵, que permitió una flexibilidad en las respuestas y facilitó la generación de narrativas amplias. Según Valles (1997), el enfoque semiestructurado es útil en estudios cualitativos porque combina preguntas guía con la libertad de las entrevistadas para explorar temas nuevos que consideran relevantes. Este instrumento tuvo como objetivo “Recolectar información para la reconstrucción de las trayectorias biográficas de las mujeres”.

Las entrevistas recopilaron información valiosa en torno al objetivo planteado hasta que se cumplió la saturación teórica⁶ o se reunieron los datos convincentes y sólidos que respalden las categorías de interés. Las preguntas iniciales se realizaron a partir de la literatura revisada y fueron transformándose a medida que el campo avanzaba y se identificaban categorías emergentes, algo muy propio de la investigación cualitativa, ya que los conceptos *a priori* fueron provisionales y evolucionaron a partir de datos reales. (Strauss & Corbin, 2002). Otra consideración importante es que se partió de la idea que la objetividad completa es imposible, dado que siempre va a haber un componente de subjetividad. La objetividad será empleada a partir de la apertura, voluntad de escucha y de darle la voz a las entrevistadas, así desde comprender y reconocer que lo que conoce la investigadora suele estar basado en sus valores, cultura, educación y experiencias que trae consigo a la investigación, y que pueden ser diferentes de las entrevistadas. (Bresler 1995 y Cheek 1996, citados en Strauss y Corbin, 2002) Las entrevistas tuvieron una duración de 60 a 90 minutos. Después de leer, aceptar y firmar un consentimiento informado, fueron grabadas, transcritas y anonimizadas para garantizar la confidencialidad.⁷

Los datos se codificaron mediante la revisión repetida de las transcripciones, a partir de las herramientas que proporciona el software Atlas, ti versión 25. Se buscó que las categorías de codificación se ajustaran al propósito del estudio, los códigos se basaron en la interacción entre la investigadora y las transcripciones, como breves etiquetas que se construyen a medida que se interactúa con los datos (Charmaz, 2012). Se usó una codificación axial, en donde las categorías teóricas se relacionaron con subcategorías que fueron surgiendo en el campo, y ayudaron a formar explicaciones más precisas y completas del fenómeno. (Strauss y Corbin, 2002)

⁵ Para ver el instrumento ir al Anexo 2.

⁶ “Se considera que una categoría está saturada cuando ya no emerge información nueva durante la codificación, o sea, cuando en los datos ya no hay nuevas propiedades, dimensiones, condiciones, acciones/interacciones o consecuencias. La saturación consiste más bien en alcanzar el punto en la investigación, cuando la recolección de datos parece ser contraproducente porque lo nuevo que se descubre no le añade mucho a la explicación.” (Strauss y Corbin, 2002)

⁷ Los relatos presentados en este trabajo tienen nombres ficticios que escogieron las propias entrevistadas, y están acompañados de las edades y la ciudad a la que pertenecen para facilitar la identificación y lectura. Para ver el formato de Consentimiento Informado ver Anexo 3

El análisis de las entrevistas fue abordado siguiendo los principios de la Teoría Fundamentada, que, según Charmaz (2012), proporciona herramientas explícitas para el estudio de procesos y fomenta una apertura a las interpretaciones teóricas que surjan durante el análisis de los datos. En este caso, se buscaron patrones recurrentes en las historias de las participantes en relación con las tres dimensiones de estudio, para luego generar categorías analíticas que permitan una comprensión más profunda de sus experiencias. Este enfoque fue útil para identificar cómo las mujeres mayores en Bogotá y Montevideo conceptualizan su CV dentro de las dimensiones del trabajo remunerado y no remunerado, las redes de apoyo y afectos y la percepción de la salud física y mental. Sumado a esto, se usaron algunos principios del análisis narrativo, en el que la narración de las entrevistadas fue tratada no solo como un vehículo de transmisión de información, sino como una construcción social que organiza y da significado a sus experiencias (Riessman, 2000). En este contexto, las entrevistas a profundidad se usaron para captar las experiencias subjetivas de las participantes y para analizar cómo construyen sus relatos en torno a las categorías construidas *a priori* sobre CV, ya que la construcción de un segmento narrativo para el análisis está muy influida por las teorías de las que partimos, las preferencias disciplinarias y las preguntas de investigación. (*ídem*)

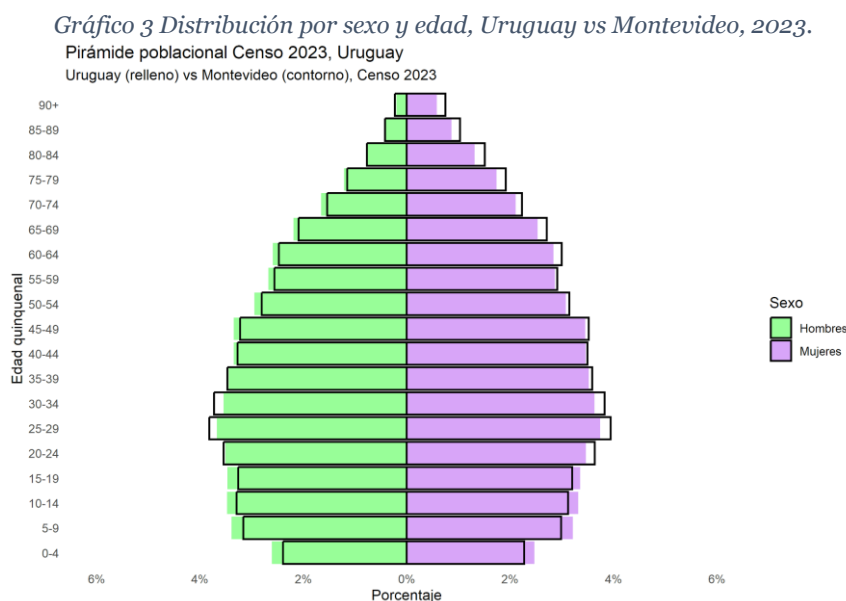
Por último, es importante recordar que las narraciones de las mujeres fueron analizadas, como ya se había dicho antes, desde el enfoque de género y de Curso de Vida. En el primero, será relevante la normatividad que el género impone estructuralmente a cada historia. En el segundo, se considera la edad, que igualmente impone el contexto cultural, y las etapas comunes que las participantes reconocen en su trayectoria de vida (Toro, 2018). De igual forma fue importante entender que las narraciones de las mujeres son unidades discursivas de creación de significado, por esto las verdades de los relatos narrativos no residen en su fiel representación de un mundo pasado, sino en las cambiantes conexiones que forjan entre pasado, presente y futuro. De esta manera las historias se sitúan en épocas y contextos concretos, para adquirir sentido en relación con los marcos sociales e históricos en los que se desarrollan. Las narraciones de las mujeres sobre sus problemas son obras de la historia, tanto como lo son sobre las personas, los espacios sociales que habitan y las sociedades en las que viven (Riessman, 2000). En consecuencia, las formas en que las mujeres perciben el bienestar y el Curso de Vida en la actualidad no son equivalentes a las de generaciones anteriores.

Resultados

Revisión de fuentes cuantitativas en Bogotá y Montevideo

En Uruguay, los datos demográficos muestran un envejecimiento muy avanzado, con una pirámide poblacional invertida en los grupos de mayor edad y un marcado sobre-envejecimiento a partir de los 60 años (Gráfico 3). Esta estructura, cada vez más rectangular, refleja tanto el aumento en la esperanza de vida como el peso demográfico de las personas mayores, especialmente de las mujeres. En 2023, según el censo poblacional el país contaba con 3.499.451 habitantes, de los cuales 1.302.950 residían en Montevideo (INE, 2025), el 47,2 % correspondía a hombres y el 52,8 % a mujeres. Esto permite evidenciar que la pirámide poblacional de

Montevideo reproduce la dinámica nacional asociada a un envejecimiento acentuado y una feminización de la vejez. Este fenómeno ha sido vinculado a los logros históricos del país en materia educativa y de sistema sanitario universal, que han contribuido a mejorar las condiciones de vida en la población adulta mayor (Paredes, Ciarniello, & Brunet, 2010). Sin embargo, también implica que un número creciente de mujeres mayores vive más años en soledad o con mayores niveles de dependencia (Aguirre & Scavino, 2018; Monteiro & Bonilla, 2020). En Montevideo esta tendencia resulta aún más visible, lo que plantea desafíos en torno al acceso a cuidados, a redes de apoyo y a recursos que garanticen una vejez digna (Scavino, 2023).

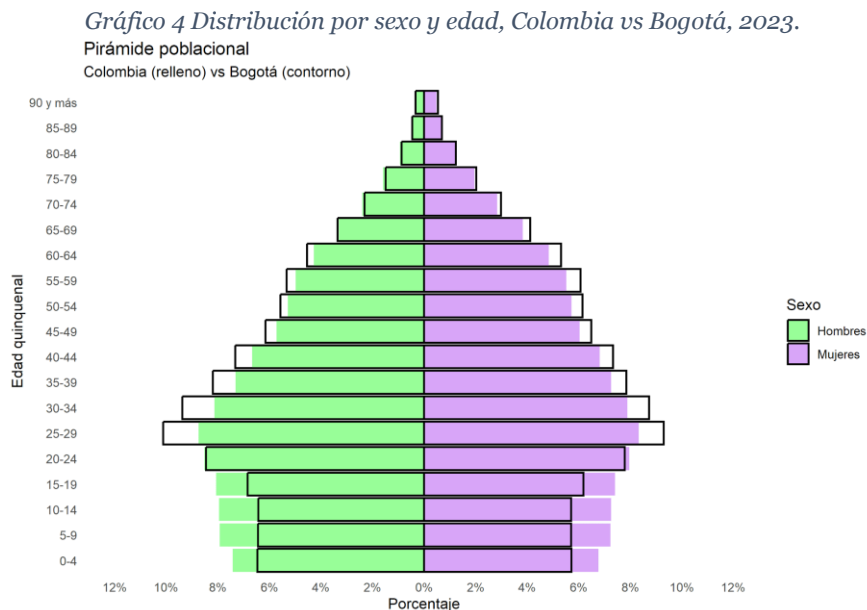


Fuente: Construcción propia a partir de los datos del Censo de Población 2023, INE.

En Colombia y en particular en Bogotá, las proyecciones realizadas a partir del censo de 2018 muestran para 2023 una pirámide aún con base relativamente ancha (Gráfico 4), lo que refleja una Transición Demográfica menos avanzada. No obstante, el país atraviesa un proceso de envejecimiento acelerado, caracterizado por el incremento sostenido de la población mayor de 60 años, especialmente entre las mujeres. Se estima que para 2030 este grupo representará el 17,5 % de la población total (DANE, 2021). Un rasgo destacado de esta transformación es la feminización del envejecimiento, explicada principalmente por la sobremortalidad masculina en edades avanzadas (Huenchuan, 2010). Como resultado, la relación de feminidad⁸ en los mayores de 60 años pasó de 112 mujeres por cada 100 hombres en 1985, a 119 mujeres por 100 hombres en 2020, con una proyección de 126,6 mujeres por 100 hombres para 2040 (Fundación Saldarriaga, Fedesarrollo, PROESA, DANE, 2023). Aun así, la estructura poblacional de Colombia sigue siendo más joven que la de Uruguay. En Bogotá, para 2023 se observa una alta proporción de población entre los 20 y 35 años, junto con una reducción de niños-as de 0 a 14 años respecto al promedio nacional. A partir de los 55 años, la población mantiene o incrementa su peso relativo, evidenciando un proceso de envejecimiento en curso, aunque todavía con

⁸ La relación de feminidad es un indicador que muestra el número de mujeres por cada 100 hombres.

predominio de edades productivas. En 2018, Colombia registraba 44.164.417 habitantes, de los cuales 7.181.469 residían en Bogotá, donde el 52,2 % eran mujeres y el 47,8 % hombres (DANE, 2025).

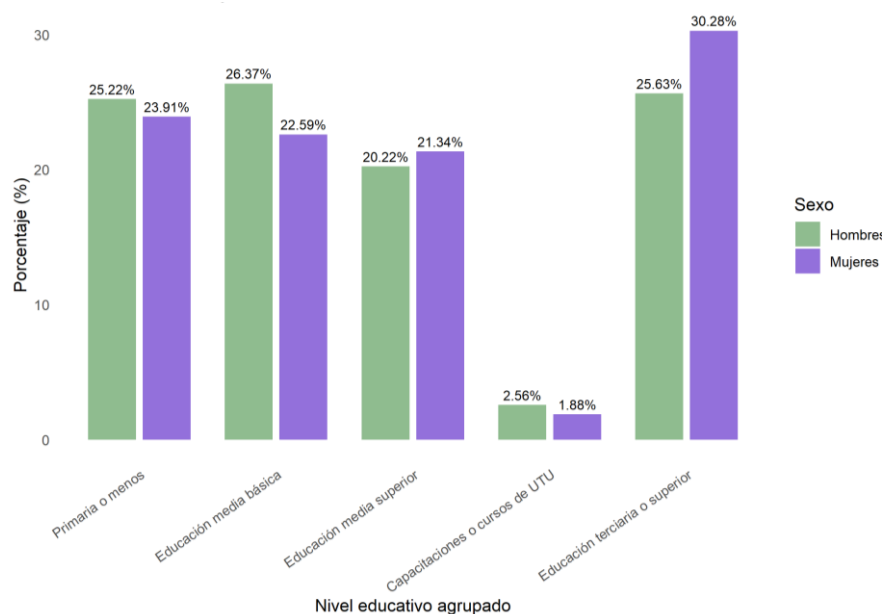


Fuente: Construcción propia a partir de los datos de proyecciones basados en el Censo de Población 2018, DANE.

Esta diferencia entre Montevideo y Bogotá es clave, ya que anticipa los desafíos vinculados a la CV de las mujeres mayores (dependencia, soledad, acceso a cuidados y persistencia de desigualdades de género), los cuales se presentan de forma más aguda y urgente en Montevideo, aunque comienzan a adquirir una relevancia creciente en Bogotá.

Con respecto a la educación, en Uruguay, en el caso de las generaciones nacidas en 1953 a 1963 en Montevideo, estudiadas en esta investigación, la distribución educativa muestra un perfil marcado por la expansión de la educación secundaria y terciaria en estas generaciones (Gráfico 5). Un cuarto de la población alcanzó únicamente la primaria o menos, aunque este porcentaje es menor que en otros grupos etarios más antiguos. La educación media básica y media superior concentran una gran parte de la cohorte (alrededor del 47% en conjunto), lo que indica que para muchos el tránsito educativo se interrumpió en niveles intermedios. En cuanto al acceso a la educación terciaria y universitaria, destaca que aproximadamente el 30% de las mujeres completaron este nivel, superando a los hombres, que alcanzan un 25%. Esta diferencia sugiere una temprana feminización en la culminación de estudios superiores en la capital, en contraste con la ligera mayor presencia masculina en niveles técnicos o de capacitación laboral. El panorama refleja, así, un proceso de ampliación de las oportunidades educativas en Uruguay, aunque con persistencias de desigualdad según sexo y tipo de formación. Así mismo, en Montevideo, según los datos del Censo 2023, en las generaciones de 1953 a 1963, el 83% de los hombres sabía leer y escribir frente a un 16% que no, mientras que entre las mujeres el 88% declaró saber leer y escribir, frente a un 11% en condición de analfabetismo, lo que permite entender los rezagos educativos que aún se mantienen.

Gráfico 5 Distribución de máximo nivel educativo alcanzado generación 1953-1963, Montevideo. 2023.

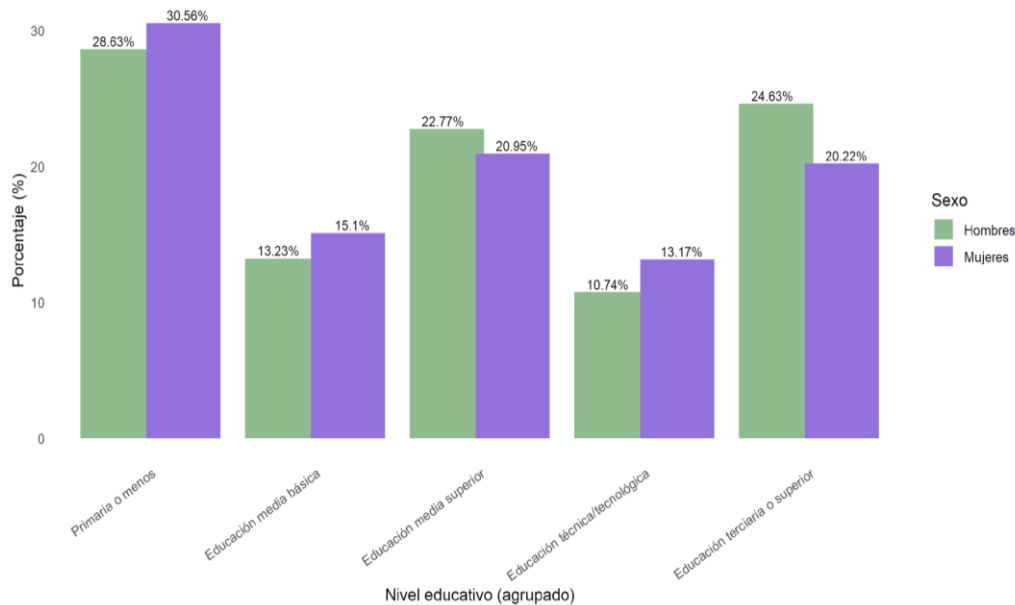


Fuente: Construcción propia a partir de los datos del Censo de Población 2023, INE.

*Nota metodológica: Para el caso de Montevideo, la variable de nivel educativo original fue recodificada con el objetivo de construir categorías comparables con las utilizadas para Bogotá. La recategorización se realizó de la siguiente manera: (0, 1, 2 y 12) = *Primaria o menos*; (4) = *Educación media básica*; (5) = *Educación media superior*; (6) = *Capacitaciones o cursos de UTU*; (7 a 10) = *Educación terciaria o superior*. Los códigos 8888 y 9898 fueron clasificados como *No relevado* e *Ignorado*, respectivamente.

En Bogotá, como se puede ver en el Gráfico 6, según los datos del censo de 2018 la generación nacida entre 1953 y 1963 presenta un perfil educativo distinto al observado en Montevideo. Alrededor de un tercio de las mujeres alcanzó únicamente primaria o menos, superando a los hombres en este nivel, lo que refleja las brechas de género que persistían en el acceso a la educación en esas cohortes. La educación media superior tiene una representación relevante (20–23%), aunque con ligera mayor presencia de los hombres. En la educación técnica y tecnológica, las mujeres muestran una participación más destacada. En cuanto a la educación terciaria y universitaria, cerca de una quinta parte de los hombres la alcanzó frente a una cuarta parte de las mujeres, lo que evidencia una brecha educativa menos favorable para las mujeres que la observada en Montevideo. El panorama bogotano, en suma, refleja una transición educativa con avances importantes en cobertura, pero todavía marcada por desigualdades estructurales y de género más pronunciadas.

Gráfico 6 Distribución de máximo nivel educativo alcanzado generación 1953-1963, Bogotá. 2018.



Fuente: Construcción propia a partir de los datos del Censo de Población 2018, DANE.

* Nota metodológica: Para Bogotá, se excluyeron los casos sin información (valores perdidos y código 99). La recategorización se realizó de la siguiente manera: (1, 2 y 10) = *Primaria o menos*; (3) = *Educación media básica*; (4) = *Educación media superior*; (5, 6 y 7) = *Educación técnica/tecnológica*; (8 y 9) = *Educación terciaria o superior*. Los demás valores fueron clasificados como *Otro*.

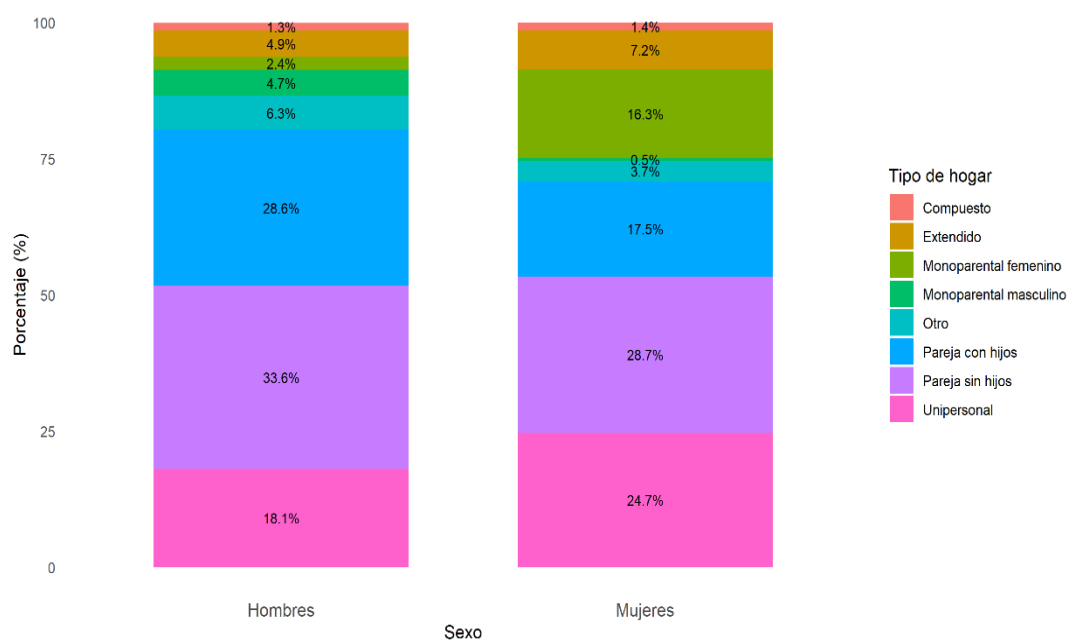
En el contexto nacional de Colombia, los datos de analfabetismo y escolaridad de las personas de 60 años y más permiten dimensionar mejor estos resultados. Según cifras del DANE (2021), el 87% de los hombres y el 86% de las mujeres declararon saber leer y escribir, mientras que el 12% de los varones y el 13% de las mujeres permanecían en condición de analfabetismo. A nivel territorial, Bogotá destacaba como la ciudad con mejores indicadores: en 2020, solo el 4,3% de las personas mayores reportaban no haber accedido a educación, mientras que un 36,6% había completado la primaria, 29,8% la secundaria y 29,5% alcanzó educación superior (Fundación Saldarriaga, Fedesarrollo, PROESA y DANE, 2023). Estas cifras ilustran el contexto general de la población mayor, que, si bien no coincide exactamente con la cohorte de estudio, permite entender los rezagos educativos que aún se mantienen y que, probablemente, también impactarán en las trayectorias de quienes en 2018 hacían parte de las generaciones estudiadas.

En síntesis, los contrastes educativos entre Montevideo y Bogotá muestran que las cohortes de mujeres y hombres nacidos entre 1953 y 1963 transitaban procesos marcados por desigualdades de género y por la expansión desigual de los sistemas educativos. Mientras en Montevideo se consolidaba una mayor inclusión de mujeres en la educación superior, en Bogotá persistían rezagos y desventajas para las mujeres, especialmente en los niveles básicos y terciarios. Estas trayectorias no solo reflejan las oportunidades educativas disponibles en cada contexto, sino que también condicionan las posibilidades de inserción laboral y autonomía económica, aspectos centrales para comprender la CV de las mujeres mayores en ambas ciudades.

Sobre la conformación de los hogares, en Montevideo, como se observa en el Gráfico 7, la estructura residencial de esta cohorte presenta un claro predominio de los arreglos nucleares con pareja, tanto con hijos-as (28,6% en hombres y 17,5% en mujeres) como sin ellos-as (33,6% y 28,7%, respectivamente). Este patrón da cuenta de la

persistencia del modelo conyugal incluso en la vejez temprana, en la medida en que una proporción significativa de la generación permanece vinculada a la vida en pareja en distintas fases del ciclo de vida familiar. No obstante, emergen diferencias de género relevantes: mientras los hombres se concentran de manera más homogénea en hogares conyugales, las mujeres presentan una mayor diversificación de arreglos residenciales. En particular, destacan por su elevada presencia en hogares unipersonales (24,7%) y monoparentales (16,3%), cifras considerablemente superiores a las de los hombres (18,1% y 4,7%, respectivamente), así como por una mayor participación en hogares extendidos (7,2% frente a 4,9%). De este modo, la estructura de los hogares evidencia una mayor heterogeneidad femenina frente a la relativa homogeneidad masculina.

Gráfico 7 Distribución de tipos de hogar generación de 1953-1963, Montevideo, 2023.



Fuente: Construcción propia a partir de los datos del Censo de Población 2023, INE.

En este contexto, el crecimiento de los hogares unipersonales responde tanto a procesos de individualización como a experiencias de divorcio/separación o pérdida conyugal (viudez), configurando situaciones ambivalentes que pueden interpretarse simultáneamente como expresiones de autonomía residencial y como escenarios de mayor exposición a la soledad, especialmente cuando las redes comunitarias son débiles. La evidencia muestra que las personas mayores que viven solas registran niveles más altos de soledad subjetiva, fenómeno que afecta con mayor intensidad a las mujeres y se profundiza en contextos de viudez. (Monteiro & Bonilla, 2020; Aguirre Cuns & Scavino Solari, 2018).

En conjunto, estas transformaciones permiten visibilizar el avance de la segunda transición demográfica⁹ en el país y su articulación con procesos más amplios de individualización característicos de la modernidad tardía.

⁹ Cuando se hace referencia a la “segunda transición demográfica”, hacemos referencia a la teoría demográfica expuesta por Ron Lesthaeghe y Dirk van de Kaa, la cual expone los cambios experimentados por las familias europeas en la década del sesenta como el aumento del divorcio, la reducción de la nupcialidad y fecundidad, y el aumento de las uniones consensuales y los nacimientos

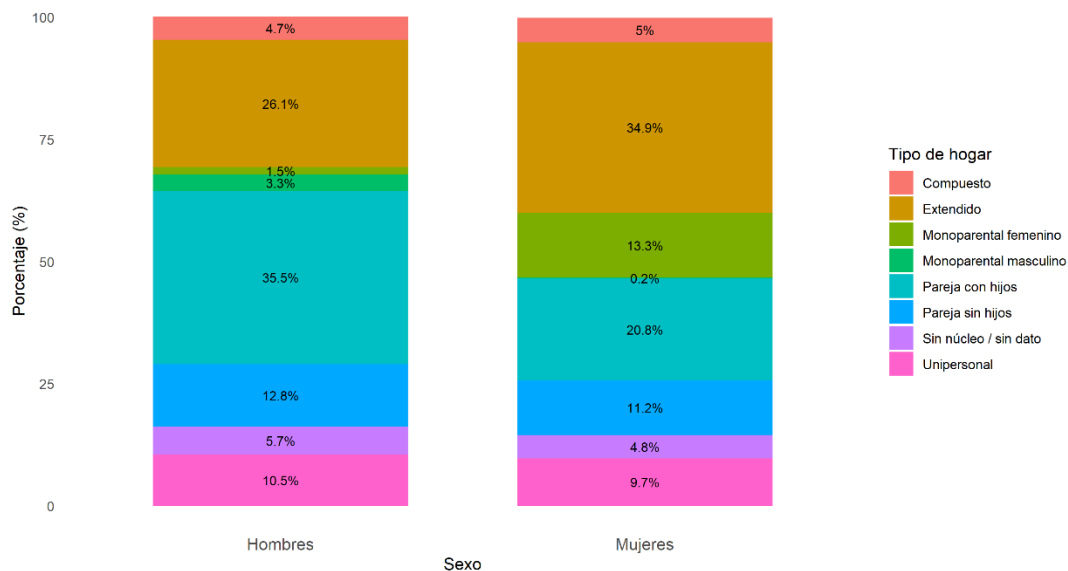
En un contexto de mejora relativa de las condiciones económicas y de ampliación de recursos para la vida independiente, la residencia en solitario puede constituir una opción viable y socialmente valorada; sin embargo, también plantea desafíos relevantes en términos de organización del cuidado, sostenimiento de la autonomía y reconfiguración de los apoyos en la vejez (Cabella, Fernández Soto, & Prieto, 2015; Aguirre & Scavino, 2018; Scavino, 2023).

Por otro lado, en Bogotá (Gráfico 8) la estructura residencial de la cohorte nacida entre 1953 y 1963 muestra configuraciones diferenciadas pero interrelacionadas entre mujeres y hombres, que dan cuenta de la persistencia de arreglos familiares multigeneracionales. Los hombres se concentran principalmente en hogares nucleares con hijos-as (35,5%), mientras que las mujeres lo hacen en mayor medida en hogares extendidos (34,9%), lo que sugiere que, aunque ambos continúan vinculados a la vida familiar, su posición dentro de ella tiende a ser distinta: ellos más asociados a la unidad conyugal con descendencia directa y ellas a redes de coresidencia ampliada, que integran a otros parientes. Esta pauta también se refleja en la mayor presencia femenina en hogares monoparentales (13,3% frente a 3,3% en los hombres), evidenciando que las mujeres asumen con más frecuencia la jefatura y la organización cotidiana del hogar sin pareja.

A su vez, aunque los hogares extendidos tienen también un peso importante entre los hombres (26,1%), en su caso suelen coexistir con mayores proporciones de arreglos nucleares tradicionales y con una presencia algo más elevada en hogares unipersonales (10,5% frente a 9,7% en mujeres) o nucleares sin hijos-as (12,8% frente a 11,2% en mujeres). En conjunto, más que mostrar trayectorias separadas, estos datos revelan un entramado relacional en el que las formas de convivencia de hombres y mujeres se complementan y sostienen mutuamente, pero descansan de manera desigual en el trabajo de cuidado y en la responsabilidad por mantener los vínculos intergeneracionales, tareas que continúan recayendo con mayor intensidad en las mujeres, incluso en etapas avanzadas del Curso de Vida.

Gráfico 8 Distribución de tipos de hogar generación de 1953-1963, Bogotá, 2018.

fuera del matrimonio legal (Lesthaeghe, 2024). En Uruguay, a partir del segundo quinquenio de la década de los ochenta se presenció una transformación rápida y nueva en las familias uruguayas, los casamientos descendieron a la mitad, los divorcios se duplicaron y las uniones libres comenzaron a ser una alternativa cada vez más frecuente frente al matrimonio legalizado, “la conjunción de las tendencias demográficas y del cambio en las pautas de nupcialidad y divorcio ha redundado en la transformación de la estructura de hogares. El aumento de la esperanza de vida y el envejecimiento de la población han significado una mayor representación de los hogares unipersonales y de aquellos conformados únicamente por una pareja. En su amplísima mayoría estos hogares se integran por personas que sobrepasan los sesenta años.” (Cabella, 2007)



Fuente: Construcción propia a partir de los datos del Censo de Población 2018, DANE.

En este sentido, el caso colombiano muestra una dinámica distinta a la observada en Montevideo. Si bien los hogares unipersonales y la convivencia exclusiva en pareja han crecido de manera sostenida desde la década de 1970, este proceso se desarrolla en un contexto de profundas desigualdades sociales y con una fuerte persistencia de los hogares extendidos, especialmente entre las mujeres mayores (Jaramillo, 2020). La pertenencia a estos hogares ha funcionado históricamente como una estrategia central de protección social y de organización del cuidado, favoreciendo la construcción de redes afectivas amplias y formas de apoyo intergeneracional (Hernández-Bello, 2022). Cuando emergen hogares unipersonales en este contexto, suelen hacerlo en condiciones de mayor vulnerabilidad, asociadas a inseguridad económica, trayectorias laborales precarias, debilidad de las redes sociales y una valoración negativa de la soledad (Jaramillo, 2020).

En síntesis, mientras que en Montevideo los hogares unipersonales reflejan el impacto de una transición demográfica avanzada y ponen en evidencia la tensión entre autonomía y soledad en la vejez, en Bogotá estos arreglos residenciales se inscriben mayormente en estrategias familiares frente a la vulnerabilidad estructural. Así, las tipologías de hogar no solo describen formas de convivencia, sino que revelan modos diferenciados de envejecer, atravesados por desigualdades de género, disponibilidad de recursos y formas situadas de organización del cuidado.

Sobre la situación de vulnerabilidad, en Uruguay, y particularmente en Montevideo, el análisis de las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI, de aquí en adelante) permite observar un escenario distinto. Si bien los-as adultos-as mayores presentan en general menores niveles de carencias que otros grupos etarios, las desigualdades persisten entre quienes viven solos-as. Aguirre y Scavino (2018) destacan que el 17,7% de los hogares unipersonales de personas mayores registraba al menos una NBI, aunque la incidencia de tres o más carencias era mayor entre varones (9%) que entre mujeres (1,5%), mostrando una mayor vulnerabilidad masculina en hogares solitarios. A su vez, Brunet y Márquez (2016) señalan que la proporción de personas

mayores sin NBI tiende a crecer con la edad, lo cual no necesariamente implica mejores condiciones de vida, sino una relativa ventaja respecto a grupos más jóvenes. Sin embargo, la dimensión territorial en Montevideo muestra fuertes contrastes, debido a que mientras los barrios costeros exhiben bajos niveles de NBI, en la periferia la proporción de hogares de mayores con al menos una carencia crítica alcanza entre el 17% y el 43% (Scavino, 2023). Este panorama se complejiza con la reciente reforma jubilatoria de 2023, que eleva la edad de retiro a 70 años, proyectando un posible deterioro de los ingresos y la autonomía de las personas mayores (CINVE, 2022; Sanromán, 2021, citados en Scavino, 2023).

En el caso colombiano, la situación de pobreza en la vejez muestra un panorama complejo y heterogéneo. Aunque los-as adultos mayores presentan una incidencia de pobreza monetaria inferior al promedio nacional, la vulnerabilidad sigue siendo significativa. Entre 2019 y 2020, la proporción de personas mayores en hogares pobres pasó de 24,1% a 28,4%, afectando a cerca de 1,8 millones de individuos, lo que refleja la fragilidad de esta población frente a crisis coyunturales como la pandemia (DANE, 2021). A su vez, el 18% de los mayores experimentaba pobreza multidimensional, principalmente en ámbitos como educación, vivienda y acceso a servicios básicos, lo que revela desigualdades estructurales acumuladas a lo largo del Curso de Vida. Estos datos sugieren que las desigualdades de género, además de la pobreza económica, se traducen en condiciones de vulnerabilidad diferenciadas en las vejeces.

La comparación entre ambos contextos evidencia diferencias relevantes. En Colombia, la pobreza en la vejez se expresa con mayor fuerza en términos de ingresos y en la persistencia de privaciones multidimensionales, ligadas a un menor desarrollo de la seguridad social y a la fuerte incidencia de desigualdades de género en los cuidados y en la institucionalización. En contraste, en Uruguay, aunque las personas mayores muestran en promedio mejores condiciones relativas, subsisten brechas de género y desigualdades espaciales marcadas en Montevideo, que vinculan pobreza y segregación urbana. En conjunto, estas evidencias permiten afirmar que la pobreza en la vejez, lejos de ser un fenómeno homogéneo, se encuentra atravesada por las trayectorias laborales y de cuidado, así como por los contextos institucionales y territoriales en los que transcurre la vida de las personas mayores.

En continuidad con las diferencias observadas en la configuración de los hogares, los datos permiten situar estas formas de convivencia en relación con transformaciones más amplias de la inserción laboral y los regímenes de protección social en cada contexto. En Colombia, la mayor participación femenina en el mercado laboral desde la década de 1970 ha estado asociada a cambios estructurales como la caída de las tasas de fecundidad, la Transición Demográfica, la urbanización y la expansión educativa (Chenery, 1986). Esta incorporación se dio tanto en el trabajo asalariado como en el independiente. La tasa global de participación femenina en áreas urbanas mostró un crecimiento sostenido durante las décadas de 1980 y 1990, pasando del 37 % en 1982 al 56 % en 2000, y alcanzando cerca del 60 % en el presente siglo, reduciendo parcialmente la brecha frente a los hombres (Pineda Duque & Munévar, 2020).

No obstante, este aumento de la participación se ha desarrollado en un mercado laboral caracterizado por una informalidad persistente y estructuralmente elevada. Para 2023, la informalidad alcanza el 56 % a nivel nacional y cerca del 32 % en Bogotá, aun siendo esta una de las ciudades con mayor formalidad relativa (Banco de la República, 2025). Esta informalidad se concentra especialmente en el trabajo por cuenta propia y el empleo doméstico, sectores altamente feminizados, con escasas posibilidades de cotización regular al sistema pensional. Como resultado, solo una minoría de la población logra cumplir los requisitos para acceder a una pensión contributiva, lo que obliga a muchas personas a continuar trabajando de manera informal en edades avanzadas. Estas condiciones ayudan a explicar la persistencia de arreglos residenciales extensos como estrategia de sostenimiento económico y de organización del cuidado en la vejez.

Sobre lo anterior, en 2020, en Colombia la participación laboral de las mujeres de 60 años y más fue menor que la de los hombres de este mismo grupo de edad. Para este mismo año, el 64% de las mujeres mayores ocupadas trabajó por cuenta propia, el 10,9% se ocupó como empleadas particulares y el 7,9% fueron empleadas domésticas, esta última actividad es realizada en mayor proporción por las mujeres mayores que por los hombres en esta misma etapa del ciclo vital (Becerra, Ramírez Bustamante, Piñeros Ruíz, Tribín, & Gonzáles, 2023). Sobre el tiempo que dedicaban al trabajo remunerado, los hombres de 60 años o más lo hacían en promedio de 8 horas diarias, mientras que los hombres jóvenes- adultos entre 29 y 59 años dedicaban, en promedio, más de 9 horas por día. Por el contrario, las mujeres de 60 años o más, dedicaban un promedio de 5 horas diarias al trabajo remunerado; en comparación con las mujeres jóvenes- adultas entre 10 y 59 años que dedicaban más de 7 horas diarias (DANE, 2021).

En contraste, en Uruguay, para el 2020, el 54,9% de las mujeres de 14 años y más forman parte de la población económicamente activa, en comparación con el 70,7% de los varones, adicionalmente existe una brecha salarial del 18% (Zurbrigg, 2021) con importantes repercusiones en las mujeres, evidenciando la desigualdad en el acceso al trabajo y las retribuciones económicas que las mismas reciben. En el país, en 2020, según los datos de la Encuesta Continua de Hogares (ECH) citada por Scavino (2023), el 42,7% de las mujeres y el 62,2% de varones se encontraban empleados en el mercado laboral. Sumado a lo anterior, un 20,6% estaban vinculados al mundo laboral desde la informalidad (19% mujeres y 23% varones). En términos agregados, la informalidad (calculada a partir de la proporción de trabajadores que no contribuyen a la seguridad social) descendió del 41 % en 2004 al 24 % en 2013 (Amarante, Arim, & Yapor, Desigualdad e informalidad en el Uruguay, 2015), ubicándose en 22,7 % a nivel nacional en 2024 (INE, 2024).

Sobre la situación del trabajo remunerado en las/os adultas/os mayores, para el año 2011 según el censo referenciado por Brunet y Márquez (2016), de las/os adultas/os mayores entre 65 y 74 años, el 77,5% (69% varones, 83,9% mujeres) hacían parte de la población que no estaba vinculada al mercado laboral, seguido del 19,7% (27% varones, 13,7% mujeres) que aún estaban ocupadas-os. De las/os adultas/os mayores entre 75 y 84 años, el 91,4% no estaba vinculada-o al mercado laboral (88,9 % varones, 92,9% mujeres), mientras que

solo el 7,1% estaba ocupado-a. Por último, en el rango entre 85 años y más, el 89% no estaba vinculado al mercado laboral (91,1% varones, 88,2% mujeres), y solo el 1,2% estaba ocupada-o (2,5% varones, 0,64 % mujeres). Por lo que se puede observar que lo que más prevalece en estos rangos de edad es la no vinculación al mercado laboral, sin embargo, un porcentaje importante sigue estando ocupada-o en el primer rango entre los 65 y 74 años, disminuyendo a medida que aumenta la edad (Aguirre y Scavino, 2018). Cuando se leen estos resultados con perspectiva de género, se pueden analizar cómo diferentes trayectorias laborales entre varones y mujeres, en donde el 23,9% de los varones mayores se encuentra en el mercado de empleo, en comparación al 10,7% de las mujeres, estableciéndose una brecha de género de 13,2%. Lo mismo sucede en relación con la no vinculación en el mercado laboral, donde se observa que las mujeres son 13,3% más que los varones. (Aguirre y Scavino, 2018). Así mismo, se puede evidenciar que más de un tercio de los varones adultos mayores en el primer rango de edad trabajan, en comparación a que casi un quinto de las mujeres adultas mayores de ese mismo rango de edad que trabajan. Por otro lado, las mujeres que no están vinculadas al mercado laboral ¹⁰ de 65 años o más son 13,3% más que los varones, lo que quiere decir que mientras las mujeres están sobrerrepresentadas en la categoría “inactivas”, los varones se acumulan en la categoría de jubilados (*idem*).

A pesar de lo anterior, en Montevideo la evidencia muestra que el sistema previsional uruguayo ofrece mayores niveles de cobertura y previsibilidad en comparación regional, vinculados a un proceso sostenido de formalización laboral, reducción de la informalidad y disminución de la desigualdad salarial desde mediados de la década de 2000 (Amarante, Arim, & Yapor, 2015). En Uruguay, alrededor del 81 % de las personas de 65 años y más accede a pensiones contributivas, y cerca del 90 % cuenta con cobertura sanitaria, lo que ubica al país entre los de mayor protección social en América Latina (Ocampo & Gómez-Arteaga, 2017). La expansión del empleo formal, el fortalecimiento del salario mínimo y la ampliación de derechos asociados a la seguridad social contribuyeron a mejorar las condiciones de aseguramiento, particularmente entre los asalariados privados y el trabajo doméstico (Amarante, Arim, & Yapor, 2015).

El sistema previsional uruguayo se organiza bajo un modelo mixto instaurado por la Ley N.º 16.713¹¹, que combina un pilar público de reparto administrado por el Banco de Previsión Social (BPS) con un componente de capitalización individual (Aguirre & Scuro Somma, 2010). Este diseño articula solidaridad intergeneracional y ahorro personal, al tiempo que garantiza prestaciones mínimas ajustadas según la evolución de los salarios,

¹⁰ Aguirre y Scavino (2018), exponen que la categoría de "inactividad" asignada a las personas adultas mayores que han cesado su participación en el mercado laboral remunerado ha sido ampliamente cuestionada por académicas feministas. Esta definición, que se limita a la producción de bienes y servicios para el mercado (remunerados en dinero o especie), invisibiliza otras formas de contribución social, como el trabajo de cuidados. Esta investigación NO usa el término de inactividad, justificando que las mujeres aún siguen activas en el trabajo no remunerado en muchos escenarios.

¹¹ “La reforma del sistema de jubilaciones y pensiones que se implantó en Uruguay a través de la Ley 16.713 de 1995 transformó el sistema estatal en un sistema caracterizado por la literatura especializada como mixto. Es mixto porque tiene dos componentes: el régimen llamado de jubilación por solidaridad intergeneracional o de reparto, a cargo del Banco de Previsión Social, y el de jubilación por ahorro individual, a cargo de las Administradores de Fondos de Ahorro Provisional privadas y una pública (AFAP), en que cada trabajador/a con su ahorro forma un capital que le generará una pasividad en el futuro.” (Aguirre & Scuro Somma, 2010)

contribuyendo a preservar el poder adquisitivo en la vejez (Aguirre & Scavino, 2018; Scavino, 2023). Asimismo, existen prestaciones no contributivas, como la pensión por vejez y programas asistenciales, que amplían la inclusión de personas mayores sin historia contributiva suficiente. Sumado a esto, las reformas implementadas entre 2006 y 2009 introdujeron medidas orientadas a mejorar la equidad de género, entre ellas el reconocimiento de un año de aportes por cada hijo-a, la flexibilización de los requisitos jubilatorios y la formalización de sectores altamente feminizados como el trabajo doméstico (Aguirre & Scavino, 2018). Estas transformaciones favorecieron la expansión de la cobertura en las mujeres, particularmente las que tienen trayectorias laborales intermitentes.

En cifras, en 2011, el 77,9 % de las personas de 65 a 74 años estaba jubilado-a o pensionado-a (78 % de los varones y 77 % de las mujeres); esta proporción ascendía al 90 % entre quienes tenían 75 a 84 años (92 % varones y 88 % mujeres) y se ubicaba en 86 % entre los mayores de 85 años (90 % varones y 85 % mujeres) (Brunet & Márquez, 2016). Los datos muestran que la cobertura tiende a ampliarse con la edad, pero también revelan brechas persistentes por sexo. En particular, solo el 62,2 % de las mujeres mayores percibe jubilación frente al 84 % de los varones, mientras que cerca del 8 % de las mujeres de 65 años y más permanece fuera del sistema por dedicarse al trabajo no remunerado (unas 22.185 mujeres frente a aproximadamente 1.500 varones) (Brunet & Márquez, 2016). Las desigualdades también se expresan en los montos: el 75 % de quienes reciben las prestaciones más bajas son mujeres, en tanto los varones representan el 63,6 % de quienes acceden a las jubilaciones más altas (Aguirre & Scavino, 2018). En términos de ingresos, las jubilaciones femeninas son en promedio un 32 % menores (alrededor de 6.269 pesos menos), y hacia el 2020, unas 27.000 mujeres mayores de 65 años no contaban con ingresos personales, situación que afectaba solo al 1,9 % de los varones (Scavino, 2023). En conjunto, estos elementos indican que, aun dentro de un sistema de amplia cobertura, las desigualdades de género en la vejez reflejan desventajas acumuladas a lo largo del Curso de Vida y los efectos persistentes de la división sexual del trabajo (SEDESOL, 2010).

En el caso colombiano, el sistema previsional es altamente segmentado, ya que el acceso y resultados dependen en gran medida de la estabilidad laboral y del nivel de ingresos acumulado a lo largo de la vida. El modelo combina un componente contributivo, basado en las cotizaciones asociadas al empleo, con programas no contributivos orientados a la población vulnerable.

El esquema contributivo corresponde al Sistema General de Pensiones (SGP, de aquí en adelante), al que deben aportar obligatoriamente trabajadores dependientes e independientes con una cotización equivalente al 16 % del ingreso base. Dentro de este sistema coexisten dos regímenes, 1) el Régimen de Prima Media (RPM, de aquí en adelante), de carácter público y solidario, financiado bajo lógica de reparto intergeneracional, y 2) el Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad (RAIS, de aquí en adelante), administrado por fondos privados y basado en cuentas de capitalización individual. Mientras el RPM exige una edad mínima de retiro (57 años para mujeres y 62 para hombres) y al menos 1.300 semanas cotizadas para acceder a una pensión, en el RAIS el beneficio

depende del capital acumulado durante la vida laboral. En ambos casos, la posibilidad real de pensionarse está fuertemente condicionada por trayectorias laborales continuas y formales, poco frecuentes en contextos de alta informalidad (Bosch, Berstein, Castellani, Oliveri, & Villa, 2015).

Como resultado, aunque una proporción importante de la población realiza aportes en algún momento de su vida, solo alrededor de 1 de cada 4 personas en edad de jubilación accede efectivamente a una pensión contributiva (Becerra et al., 2023). Las brechas de género se configuran desde la etapa activa, ya que las mujeres presentan menores tasas de participación laboral, mayor desempleo y trayectorias más interrumpidas, lo que se traduce en menores niveles de cotización. En cifras, solo el 26,2 % de mujeres se encuentra aportando al sistema de jubilación frente a 34,3 % de hombres. A ello se suma una persistente brecha salarial (entre 17,5 % y 28,8 % menos ingresos que los hombres) que reduce tanto la capacidad de contribuir como el monto final de las pensiones. En consecuencia, solo el 20,4 % de las mujeres en edad de retiro recibe ingresos pensionales, frente al 31 % de los hombres. (*Ídem*)

Ante esta baja cobertura, el sistema se complementa con mecanismos no contributivos como los Beneficios Económicos Periódicos (BEPS, de aquí en adelante) y el programa Colombia Mayor, dirigidos a personas que no lograron cumplir los requisitos para pensionarse (Bosch, Berstein, Castellani, Oliveri, & Villa, 2015). Estos programas amplían la cobertura, pero otorgan transferencias significativamente inferiores al salario mínimo, lo que los sitúa más como estrategias de alivio a la pobreza que como verdaderos sistemas de seguridad económica en la vejez (Pineda Duque & Munévar, 2020).

En cifras, para 2020, solo el 25,5 % de las personas en edad de pensión recibía una prestación contributiva, lo que evidencia el carácter restringido del sistema frente al conjunto de la población mayor. La cobertura era mayor entre los hombres (30,8 %) que entre las mujeres (22,4 %), configurando una brecha de 8,4 puntos porcentuales; en términos relativos, por cada mujer pensionada había 1,37 hombres en esa condición. En Bogotá, esta desigualdad se reproduce con claridad, ya que el 37,3 % de las personas mayores contaba con pensión, mientras que el 62,7 % carecía de ella; entre los hombres, el 44,8 % estaba pensionado frente al 33,4 % de las mujeres, lo que supone una brecha de 11,4 puntos porcentuales (DANE, GEIH 2020). Aunque del total de pensionados el 81 % corresponde a personas que superan la edad legal de retiro (alrededor de 1,7 millones de personas en promedio mensual, con ligera mayoría femenina), esta aparente sobrerrepresentación de mujeres se explica por su mayor longevidad y no por mejores trayectorias de acceso al sistema (Becerra, Ramírez Bustamante, Piñeros Ruíz, Tribín, & Gonzáles, 2023). La limitada cobertura contributiva se complementa con programas asistenciales como Colombia Mayor, que en 2020 benefició a cerca de 1,38 millones de personas, con una participación mayoritaria de mujeres (58,7 %) (*Ídem*). En conjunto, estos datos muestran que la protección económica en la vejez descansa más en mecanismos compensatorios que en derechos previsionales consolidados, reforzando la idea de que las mujeres se encuentran más expuestas a situaciones de vulnerabilidad en edades avanzadas.

En materia de salud, la Transición Demográfica ha evidenciado que las mujeres tienden a ser más longevas que los hombres, por lo cual tienen una mayor presencia entre las personas de 60 años o más. Sin embargo, como ya se ha referenciado, una vida más prolongada no siempre se asocia con una vida libre de enfermedad. Diversos estudios muestran una alta prevalencia de enfermedades crónicas, y de deficiencias físicas y cognitivas que, al interactuar con barreras sociales y del entorno, pueden derivar en situaciones de discapacidad múltiple (Naciones Unidas, 2019).

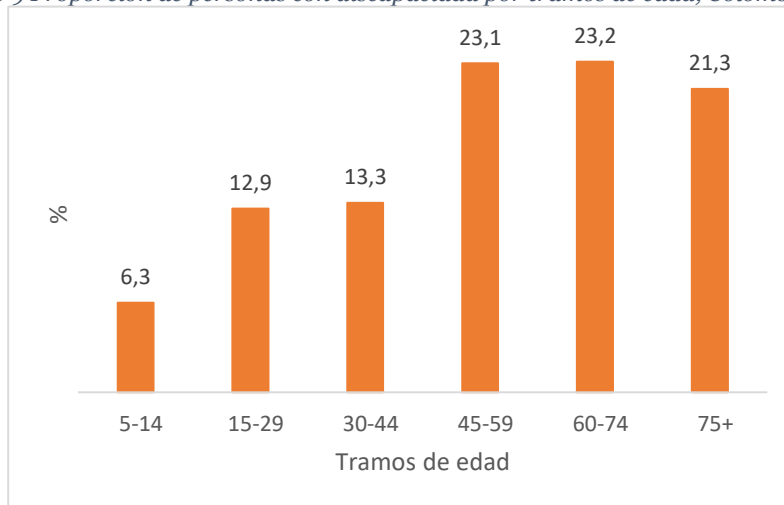
Estas desigualdades se profundizan en el caso colombiano por el modelo de aseguramiento instaurado a partir de la Ley 100 de 1993, que configuró un sistema orientado por lógicas de mercado, basado en el aseguramiento individual y la competencia regulada. Este esquema, centrado históricamente en la atención de la enfermedad más que en la prevención, segmenta a la población entre régimen contributivo y subsidiado, fragmenta la provisión de servicios entre aseguradores y prestadores, y reproduce brechas en el acceso efectivo y en la calidad de la atención según la capacidad de pago (Hernández-Bello, 2022; Pineda Duque & Munévar, 2020). Para las mujeres mayores, esto implica no solo afrontar los procesos propios del envejecimiento, sino también asumir la gestión cotidiana del cuidado en un sistema complejo, atravesado por barreras administrativas, económicas y territoriales que trasladan a los hogares, y particularmente a ellas, la responsabilidad práctica de garantizar la atención.

Los datos muestran que esta organización institucional se articula con condiciones de salud más desfavorables en la vejez. En 2020, el 18,7 % de las personas adultas mayores de 60 años en Colombia presentaban alguna discapacidad; de ellas, el 55,8 % reportaba dificultades visuales, el 40,7 % limitaciones para moverse o caminar y el 22,4 % problemas auditivos (DANE, 2021). Además, el 23,2 % de las personas con discapacidad se concentraba entre los 60 y 74 años, y el 55 % correspondía a mujeres, evidenciando una mayor feminización de la dependencia funcional. Aunque la afiliación al sistema de salud es alta (97,6 % de las mujeres ocupadas de 60 años y más frente a 96,1 % de los hombres) predominan las afiliaciones al régimen subsidiado (51,0 % de las mujeres y 57,3 % de los hombres), lo que refleja trayectorias laborales precarias y menor acceso a beneficios asociados a la formalidad. En contraste, solo el 43,1 % de las mujeres mayores ocupadas se encontraba en el régimen contributivo (DANE, 2021), situación que suele implicar mayores restricciones en oportunidad, continuidad y especialización de la atención.

Este escenario se traduce en un claro gradiente etario del deterioro en salud. Como se puede evidenciar en el Gráfico 9, según datos de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (2020), la proporción de personas con discapacidad aumenta sostenidamente con la edad, pasando de 6,3 % en el grupo de 5 a 14 años a 12,9 % entre los 15 y 29, y alcanzando niveles mucho más altos desde la mediana edad: 23,1 % entre los 45 y 59 años, 23,2 % entre los 60 y 74, y 21,3 % en los 75 años y más. Las limitaciones funcionales, por tanto, no aparecen únicamente en la vejez avanzada, sino que se acumulan a lo largo del Curso de Vida como resultado de

desigualdades laborales, económicas y de acceso a servicios, configurando trayectorias de envejecimiento marcadas por la necesidad temprana de cuidados.

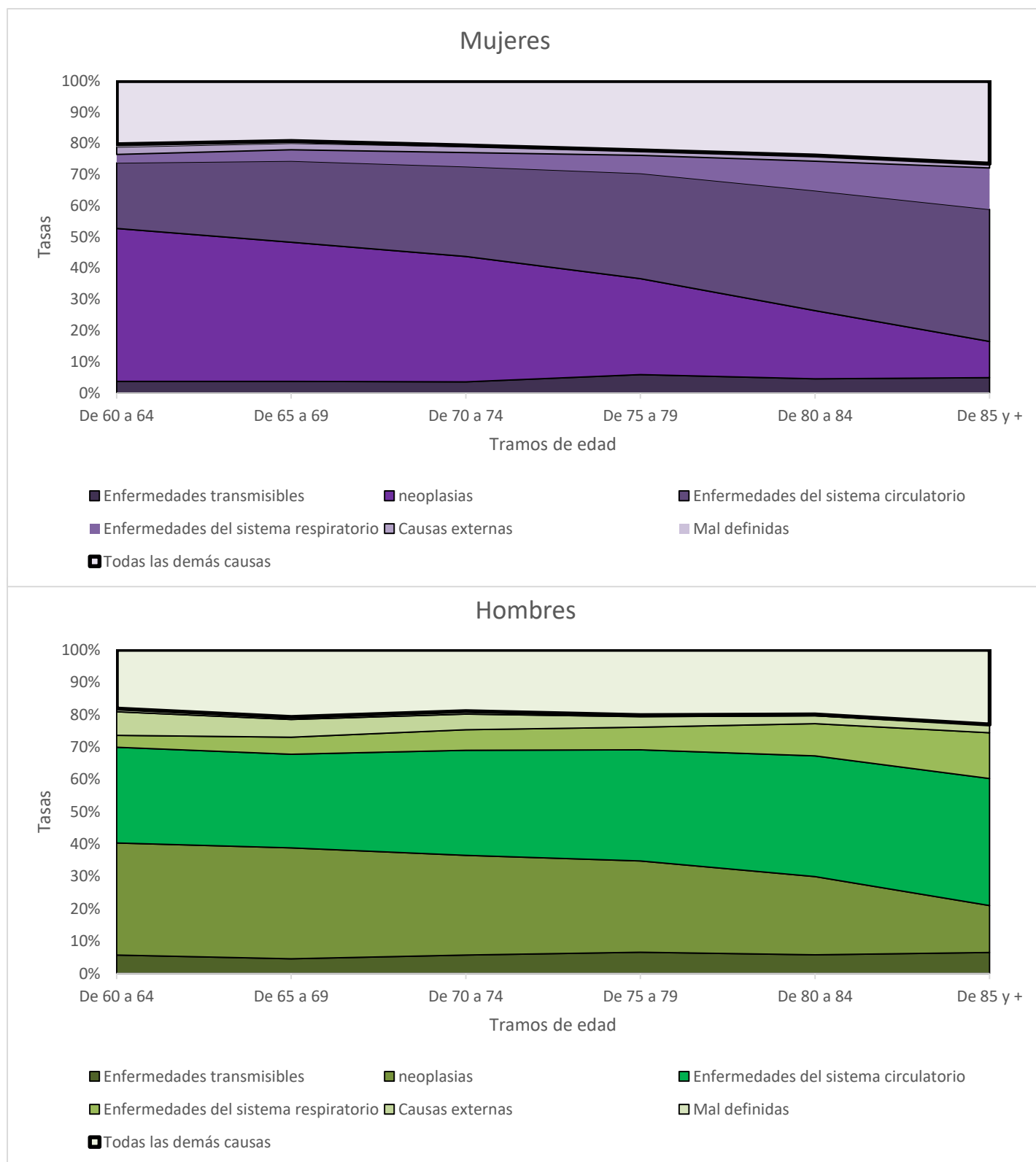
Gráfico 9 Proporción de personas con discapacidad por tramos de edad, Colombia. 2020



Fuente: DANE, Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2020. En DANE, 2021

A su vez, las tasas de mortalidad por causas en Bogotá en el año 2023 (Gráfico 10) evidencian una Transición Epidemiológica avanzada, caracterizada por el predominio de enfermedades no transmisibles en los grupos de mayor edad. Entre las mujeres destacan las enfermedades del sistema circulatorio y las neoplasias como principales causas de defunción, mientras que las causas externas pierden relevancia con el envejecimiento. En los hombres se observa un patrón similar, aunque con mayor presencia relativa de enfermedades respiratorias y causas externas en edades más tempranas del tramo analizado. En conjunto, estos datos indican que el envejecimiento en Bogotá se define menos por eventos agudos que por la convivencia prolongada con enfermedades crónicas, discapacidad y dependencia funcional, lo que incrementa la demanda de atención continua y de arreglos de cuidado sostenidos que, en la práctica, siguen descansando mayoritariamente en el trabajo no remunerado de las familias y, especialmente, de las mujeres.

Gráfico 10 Tasas de mortalidad por causas, por sexo y grupos de edad, Bogotá, 2023.



Fuente: Construcción propia con datos de Estadísticas Vitales del DANE, 2023.

*Nota metodológica: Las tasas se calcularon considerando como numerador el número de personas fallecidas por la causa analizada en el tramo de edad específico, y como denominador la población total correspondiente a ese mismo tramo de edad. El resultado se expresa por 100.000 habitantes.

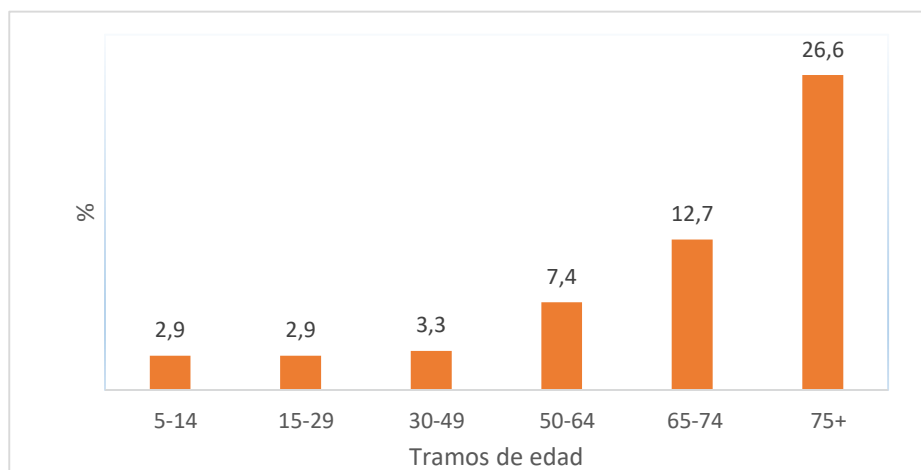
En contraste, Montevideo se inscribe en un régimen de bienestar con mayor protagonismo estatal en la organización de la salud y los cuidados. La creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS, de aquí

en adelante) en 2008 constituyó un punto de inflexión al ampliar la cobertura, integrar prestadores públicos y privados bajo reglas comunes y avanzar hacia un modelo más universalista de atención (Amarante, Arim & Yapor, 2015; Paredes, 2020). A ello se sumó el desarrollo del Sistema Nacional Integrado de Cuidados en 2015, que reconoció el cuidado como un problema social y no exclusivamente familiar, promoviendo servicios, transferencias y apoyos destinados a personas cuidadoras y en situación de dependencia. Estas transformaciones, junto con la formalización de sectores históricamente excluidos, como el trabajo doméstico, contribuyeron a mejorar las condiciones materiales de la vejez y a reducir la centralidad de los arreglos informales en la provisión cotidiana de bienestar (Aguirre & Scavino, 2018; Scavino, 2023).

Sin embargo, la existencia de un entramado institucional más robusto no elimina las desigualdades de género acumuladas a lo largo del Curso de Vida. Diversos estudios muestran que muchas mujeres uruguayas alcanzan la vejez en situaciones de desventaja, lo cual condiciona tanto su autonomía económica como su experiencia subjetiva del envejecimiento y la salud. Aun en un contexto de cobertura prácticamente universal del sistema sanitario, las mujeres presentan mayores niveles de morbilidad que los varones, expresión de la conocida *paradoja de género en salud*, ya que viven más tiempo, pero lo hacen en promedio con mayor carga de enfermedad y limitaciones funcionales (Paredes, 2020).

En términos de morbilidad, Montevideo muestra un incremento de las limitaciones funcionales con la edad, aunque con una progresión más tardía que la observada en contextos de menor protección social. La proporción de personas con discapacidad se mantiene baja en edades jóvenes y comienza a aumentar de forma más marcada a partir de los 50 años, concentrándose especialmente en los grupos de 65 años y más. Lo anterior se puede ver en el Gráfico No 10, donde en el 2023, la proporción de personas con discapacidad se mantiene en 2,9 % entre los 5 y 14 años y 2,9 % entre los 15 y 29, asciende levemente a 3,3 % entre los 30 y 49 años, y comienza a aumentar con mayor intensidad a partir de los 50 años con 7,4 % entre los 50 y 64, seguido de 12,7 % entre los 65 y 74 años y 26,6 % en los 75 años y más. Este patrón sugiere que la pérdida de autonomía se posterga hacia edades avanzadas, en un escenario donde la cobertura sanitaria y previsional ha permitido amortiguar los efectos acumulativos del envejecimiento. No obstante, entre las mujeres de 75 años y más se observa una mayor incidencia de limitaciones en actividades básicas de la vida diaria y en la movilidad fuera del hogar, lo que evidencia una mayor exposición a situaciones de dependencia en edades avanzadas (Paredes, 2020).

Gráfico 11 Proporción de personas con discapacidad por tramos de edad, Montevideo. 2023



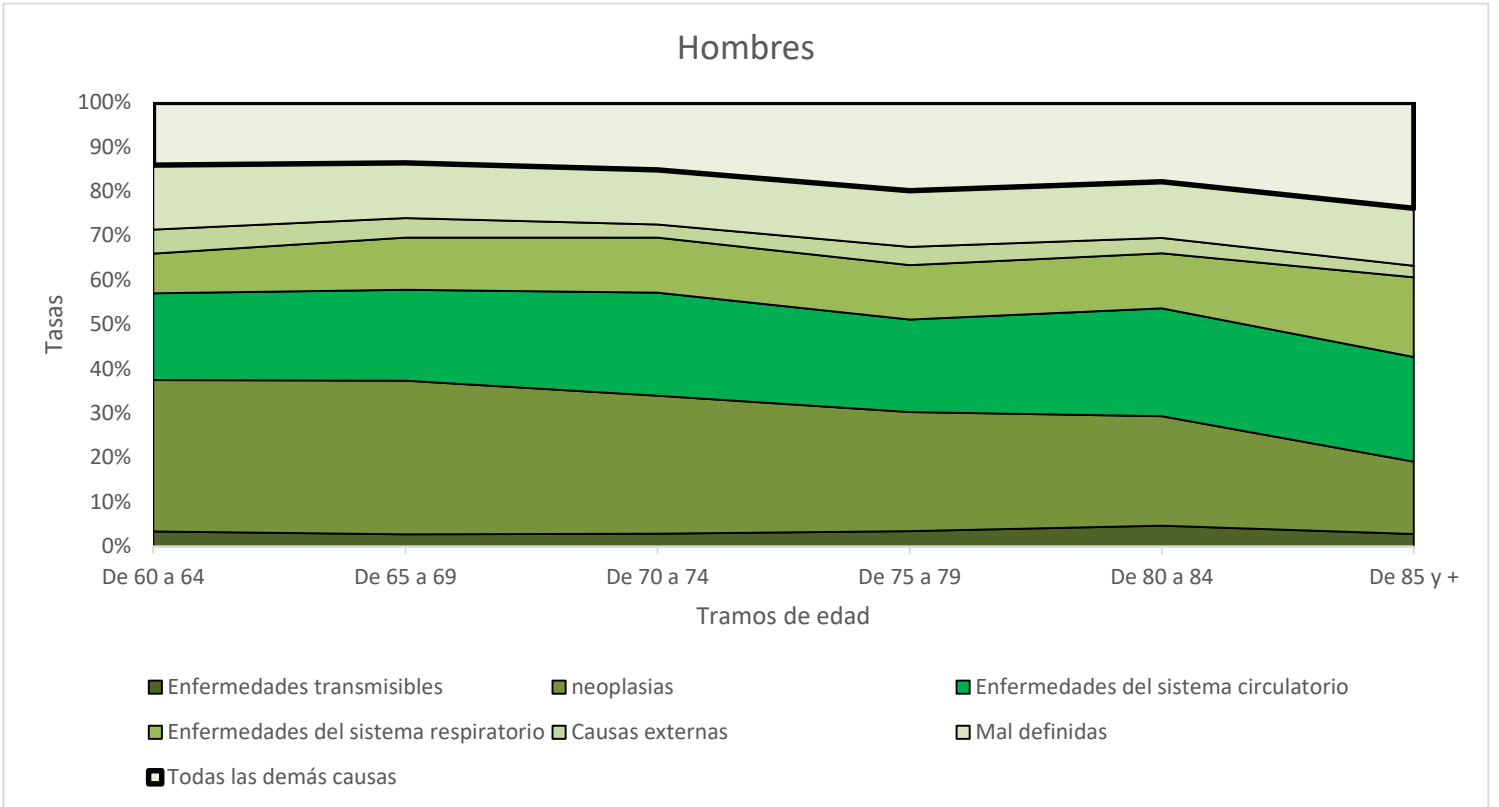
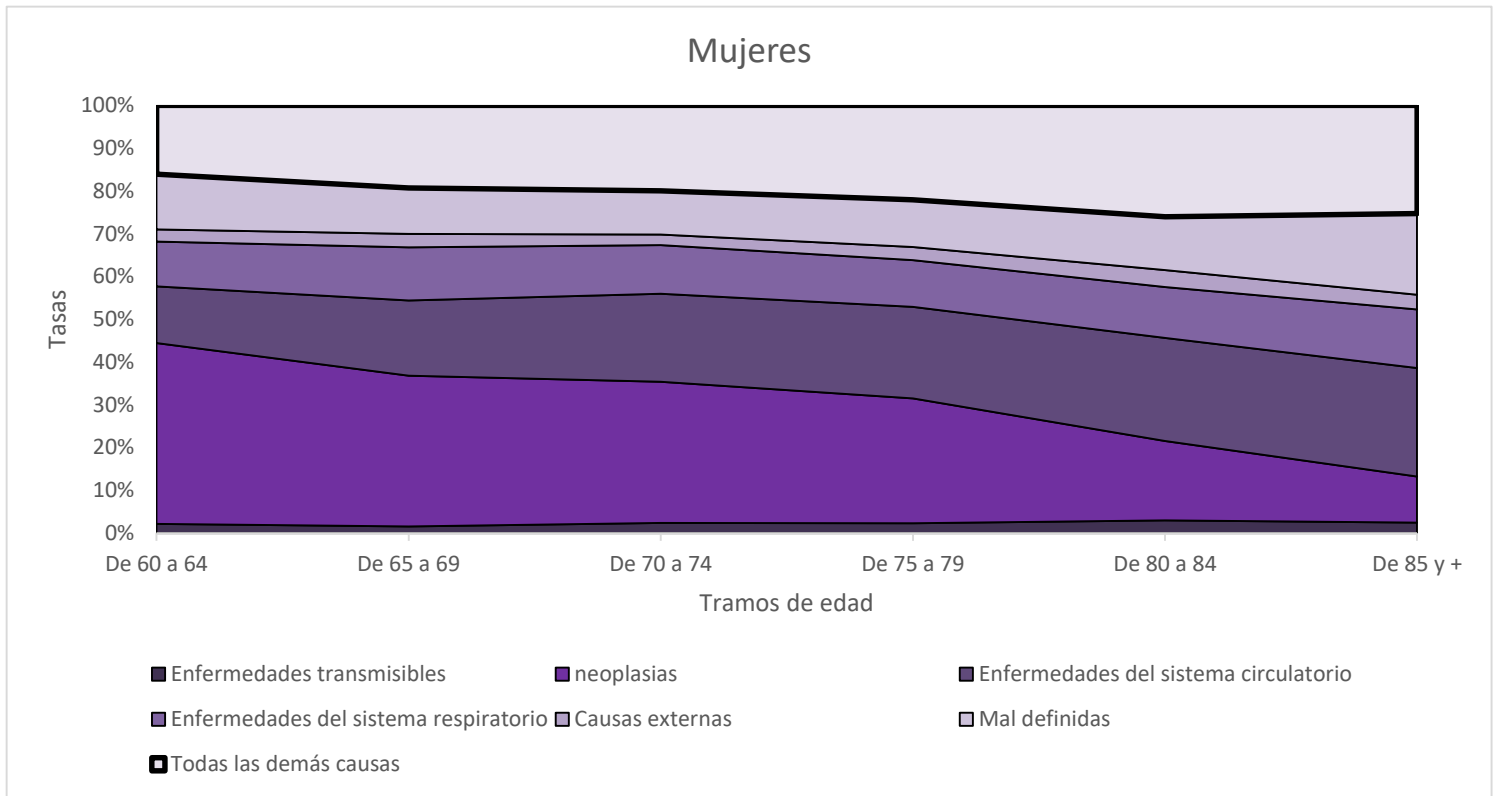
Fuente: Construcción propia con datos del Censo de Población, INE, 2023.

El perfil epidemiológico confirma el predominio de enfermedades crónicas no transmisibles. La hipertensión aparece como la afección más extendida entre las personas mayores, afectando a más de la mitad de las mujeres, seguida por la artrosis o artritis, con diferencias significativas por sexo asociadas a trayectorias reproductivas, laborales y de cuidado. También se registran prevalencias relevantes de problemas cardíacos, diabetes y cáncer, aunque este último presenta mayor incidencia en edades relativamente más jóvenes dentro de la vejez, y tiende a disminuir en los grupos de edad más avanzados (Paredes, 2020).

En consonancia, las tasas de mortalidad por causas en Montevideo en el 2023 (Gráfico 11) reflejan una transición epidemiológica consolidada, con claro predominio de enfermedades crónicas no transmisibles en la vejez. Tanto en mujeres como en hombres, las enfermedades del sistema circulatorio, las neoplasias y las afecciones respiratorias concentran la mayor proporción de las defunciones en los grupos de mayor edad, mientras que las causas externas tienen un peso comparativamente menor y decreciente. En las mujeres destacan las patologías cardiovasculares y oncológicas como principales causas de muerte en edades avanzadas, mientras que en los hombres persiste cierta incidencia de factores asociados a trayectorias laborales y riesgos acumulados, aunque igualmente dominada por enfermedades crónicas. Las causas externas tienen una incidencia menor, aunque más elevada en varones y en edades relativamente más jóvenes, destacándose los accidentes y, en menor medida, los suicidios, lo que ha motivado llamados de atención sobre la necesidad de fortalecer los abordajes de salud mental en edades avanzadas (Paredes, 2020).

En conjunto, estos indicadores describen un escenario de longevidad más extendida y con mayor respaldo institucional que el observado en otros contextos de la región, pero igualmente atravesado por la convivencia prolongada con enfermedades crónicas y por desigualdades de género persistentes. Así, el desafío ya no se centra únicamente en garantizar el acceso a la atención médica, sino en sostener cuidados de larga duración, apoyos funcionales y estrategias de bienestar que acompañen trayectorias de vida más largas, feminizadas y marcadas por la acumulación diferencial de desventajas.

Gráfico 12 Tasas de mortalidad por causas, por sexo y grupos de edad, Montevideo, 2023.



Fuente: Registros Administrativos, INE, 2023.

*Nota metodológica: Las tasas se calcularon considerando como numerador el número de personas fallecidas por la causa analizada en el tramo de edad específico, y como denominador la población total correspondiente a ese mismo tramo de edad. El resultado se expresa por 100.000 habitantes.

Con este panorama cuantitativo, centrado en algunas variables clave para situar a las mujeres y comprender

los procesos de envejecimiento en ambos contextos, es posible delinear las coordenadas estructurales en las que se inscriben sus trayectorias. Los indicadores analizados permiten ubicar el envejecimiento de las mujeres en Bogotá y Montevideo dentro de marcos demográficos, socioeconómicos e institucionales específicos que configuran de manera diferencial oportunidades, recursos y desigualdades a lo largo del Curso de Vida. La mayor supervivencia de las mujeres, la heterogeneidad de sus trayectorias educativas, las formas segmentadas de inserción laboral, y las brechas en el acceso efectivo a la protección previsual y sanitaria muestran que las condiciones materiales del envejecer no pueden explicarse únicamente por los niveles formales de cobertura, sino por la acumulación histórica de trabajo remunerado y no remunerado, responsabilidades de cuidado y posiciones desiguales en la estructura social.

En este escenario, el abordaje cualitativo permitirá profundizar en la dimensión vivida de estos procesos. De la misma manera, a través de las entrevistas semiestructuradas se indagará cómo estas configuraciones estructurales se traducen en biografías concretas y cómo las mujeres interpretan sus recorridos, negocian apoyos, enfrentan las mediaciones institucionales y resignifican nociones como cuidado, autonomía, salud y CV en sus vejez, aportando así una comprensión situada y relacional que complementa y densifica lo que los datos cuantitativos apenas permiten visibilizar.

Entrevistas cualitativas a profundidad en Bogotá y Montevideo

A continuación, se presenta el análisis de la información cualitativa producida a partir de las entrevistas en profundidad. El análisis se organiza en torno a ejes temáticos construidos de manera inductiva a partir del material empírico, en diálogo con el marco teórico sobre CV, envejecimiento, género y Curso de Vida. Estos ejes permiten articular las trayectorias biográficas con dimensiones estructurales tales como trabajo remunerado y no remunerado, el cuidado como categoría emergente, vínculos afectivos y autopercepción de la salud física y emocional. La exposición combina la reconstrucción analítica de patrones comunes con la recuperación de fragmentos narrativos que ilustran la experiencia situada de las entrevistadas.

a) Entre el trabajo remunerado y no remunerado

Educación y truncamientos tempranos de las trayectorias

La educación aparece en los relatos como un factor relevante para el acceso al trabajo remunerado y para la construcción de trayectorias laborales relativamente estables, pero también, como un ámbito atravesado por desigualdades y discontinuidades. Es importante precisar que, de acuerdo con lo expuesto en la metodología, la muestra está compuesta, en su mayoría, por mujeres con niveles educativos medios y altos, lo que permitió explorar trayectorias que, al menos formalmente, contaron con mayores credenciales educativas que el promedio de su cohorte (véase Anexo 1, donde se detalla la grilla de entrevistadas). Sin embargo, esto no implica que dichas trayectorias hayan sido lineales ni exentas de obstáculos. Varias entrevistadas refirieron experiencias de interrupción, postergación o reorientación de sus estudios debido a maternidades tempranas,

responsabilidades de cuidado, necesidades económicas del hogar o, en algunos casos, a contextos sociopolíticos restrictivos.

Aun entre mujeres con mayores niveles educativos, las trayectorias formativas no fueron lineales o garantizadas. Si bien las entrevistadas pertenecen a una generación que vivió una expansión relativa del acceso educativo, especialmente visible en el caso de las mujeres uruguayas, este proceso se desarrolló en un contexto todavía atravesado por fuertes restricciones de género, de clase y por coyunturas sociopolíticas específicas. En consecuencia, la formación aparece en los relatos más como una conquista sostenida en condiciones de alta exigencia que como un recurso disponible de manera continua o plenamente habilitante, ya que debió articularse simultáneamente con la vida familiar, el trabajo doméstico y la inserción laboral remunerada.

En este sentido, la educación aparece en algunos relatos como una promesa de movilidad social y de realización personal, más que como la obtención de un título en sí mismo. Tal como expresa Violeta, el deseo de estudiar estaba profundamente ligado a la proyección futura y al sentido del trabajo que podría realizar posteriormente: *“Yo me sentía mal por no tener una profesión. Yo quería realmente hacer una carrera. No por la carrera en sí, sino por lo que venía después. Me gustaba estudiar, me gustaba leer, y me gustaba lo que iba a hacer después de recibirme”* (Violeta, 64 años, Montevideo). Sin embargo, este proyecto educativo se vio abruptamente interrumpido cuando, tras el nacimiento de su último hijo, su pareja abandonó el hogar y retiró el apoyo económico, obligándola a priorizar la supervivencia cotidiana: *“me quedé sola con los tres, y no pude seguir estudiando; tuve que trabajar el doble”* (Violeta, 64 años, Montevideo). La interrupción de los estudios no se vivió entonces como una decisión individual, sino como una consecuencia directa de la reorganización forzada de la vida frente a responsabilidades de cuidado y sostenimiento económico familiar.

Varias entrevistadas montevideanas relatan haber iniciado trayectorias educativas con altas expectativas, que luego se vieron truncadas por mandatos familiares, uniones tempranas, maternidades precoces o necesidades económicas. Estos relatos dialogan con el panorama cuantitativo presentado previamente, que muestra que, si bien la cohorte analizada alcanzó, en promedio, niveles educativos medios y altos en Uruguay, esto no implicó trayectorias formativas continuas ni homogéneas. Por el contrario, los datos estructurales sobre construcción de hogares, participación laboral y brechas previsionales permiten comprender que la educación, aun cuando estuvo disponible formalmente, se desarrolló en contextos donde las responsabilidades domésticas y las desigualdades de género condicionaron fuertemente su sostenimiento, configurando recorridos educativos fragmentados, que luego incidieron en las oportunidades laborales y en la protección social en la vejez. En estos casos, el abandono o la postergación de los estudios no se vivió como una elección individual, sino como una consecuencia directa de las desigualdades sociales y de género. La educación aparece entonces como una trayectoria inconclusa, cargada de frustración y de proyectos no realizados, que continúa siendo resignificado retrospectivamente.

Por otro lado, en Bogotá la posibilidad misma de salir del hogar de origen emerge como un eje estructurante de las trayectorias educativas y laborales. Para muchas entrevistadas, abandonar la casa de los padres no fue una

decisión individual asociada a la adultez, sino una experiencia fuertemente regulada por normas familiares y mandatos morales, donde el matrimonio o una beca en el exterior aparecían como las únicas vías legítimas de independencia. En este sentido, la educación, en particular la educación superior, operó para algunas mujeres como una estrategia de salida del hogar, más que exclusivamente como una inversión laboral a futuro. Tal como relata una de las entrevistadas, acceder a una beca fue “*la única forma de salir de la casa*” (Amapola, 69 años, Bogotá), en un contexto donde irse sola, sin pareja ni respaldo económico, resultaba socialmente inviable. Estas experiencias ponen de manifiesto que la formación educativa no solo estuvo atravesada por restricciones económicas, sino también por fuertes controles familiares sobre la autonomía femenina, que condicionaron la continuidad de los estudios y las decisiones vitales. A diferencia de Montevideo, donde los truncamientos educativos se vinculan más directamente con maternidades tempranas, separaciones o crisis económicas.

Otras entrevistadas lograron completar estudios secundarios, terciarios o universitarios, aunque muchas veces “a pulmón”, combinando trabajo, crianza y formación en condiciones de fuerte exigencia. Esta posibilidad de sostener y finalizar los estudios no fue homogénea, sino que estuvo mediada por recursos de clase, como apoyos familiares, estabilidad económica relativa o acceso a instituciones educativas, que ampliaron, en algunos casos, los márgenes para compatibilizar responsabilidades y continuar formándose, marcando diferencias importantes incluso dentro de un grupo con niveles educativos medios y altos. Estos relatos ponen en evidencia que el acceso a la educación no implicó igualdad de condiciones, ya que las mujeres debieron sostener y cumplir las mismas exigencias académicas que los varones, sin que sus responsabilidades de cuidado fueran tenidas en cuenta ni institucionalmente reconocidas.

En este escenario, las entrevistadas observan que sus hijas y nietas acceden hoy a mayores niveles educativos, cuentan con más políticas de apoyo, y pueden postergar decisiones familiares sin enfrentar las mismas sanciones sociales. Estas comparaciones intergeneracionales habilitan una reinterpretación crítica de sus propias biografías, en la que los truncamientos educativos son leídos a la luz de un contexto histórico que limitó de manera estructural sus posibilidades de elección. En este sentido, Gladiolo reflexiona: “*Yo pienso que, si hubiera tenido un buen apoyo escolar, me hubiera impulsado de otra forma. Lo mismo cuando mi papá falleció: dejar de estudiar, ¿viste? Capaz que... no sé. No puedo cambiar la historia, pero hubiera sido muy interesante. Incluso el trabajo social, me fascina*” (Gladiolo, 66 años, Montevideo).

Como se puede observar, la educación se vincula estrechamente con el acceso al trabajo, la calidad del empleo y la autonomía económica de muchas mujeres. Las trayectorias educativas incompletas condicionaron el tipo de inserción laboral posible y, en consecuencia, los niveles de ingreso, estabilidad y protección social en la vejez. De este modo, los truncamientos educativos no constituyen episodios aislados, sino momentos clave en la acumulación de desventajas que atraviesan el Curso de Vida de estas mujeres, tanto en Bogotá como en Montevideo.

Autonomía económica y trabajo remunerado

A partir de lo anterior, para muchas de las mujeres entrevistadas el trabajo remunerado aparece como una vía

fundamental de independencia frente a la pareja y la familia de origen. Muchas comenzaron su vida laboral a temprana edad y señalan que contar con un ingreso propio fue condición para tomar decisiones relevantes, como separarse, sostener un hogar monoparental, continuar estudios o simplemente *“no depender de nadie”* (Sara, 63 años, Bogotá), aun cuando esos ingresos fueran inestables o insuficientes.

En este sentido, la autonomía económica cobra especial relevancia no necesariamente por el monto del salario, sino por su significado subjetivo como fuente de libertad y capacidad de decisión. Pulga lo expresa de manera explícita al reflexionar sobre su situación actual: *“económicamente soy independiente (...) si el día de mañana me separo, no tengo ningún impedimento económico para hacerlo”*, y agrega que muchas mujeres *“tienen que soportar situaciones porque no tienen independencia económica”* (Pulga, 65 años, Montevideo). La autonomía aparece, así como una condición material para salir de relaciones desiguales o violentas, más que como un simple logro individual.

En los relatos bogotanos, algunas entrevistadas se reconocen como plenamente autónomas, asociando esta condición no solo a la generación de ingresos propios, sino también a la capacidad de sostener redes afectivas, amistades y decisiones cotidianas sin supervisión masculina. En estos casos, la autonomía se expresa tanto en el reparto de gastos dentro de la pareja como en la posibilidad de disponer libremente del propio dinero para el ocio y la sociabilidad. No obstante, esta autonomía convivió frecuentemente con relaciones de dependencia simbólica y material, especialmente en el marco del matrimonio. Varias entrevistadas relatan haber abandonado o interrumpido trayectorias laborales por decisión o presión de sus parejas, tal como expresa Incertidumbre: *“Me casé y entonces él dijo: ‘No, eso como profesora o como orientadora no se gana. Más bien retírese. Los dos, en la empresa que tengo, trabajamos; vamos a duplicar el sueldo, vamos, en fin, a mejorar condiciones y que usted no se queme tanto’. Error de mi vida: me retiré de trabajar y supuestamente me fui a trabajar con él. Sí, sí, se lograron cosas, pero entré en la fase de las mujeres que trabajan y no reciben dinero”* (Incertidumbre, 62 años, Bogotá). Estas interrupciones, que en su momento fueron vividas como parte de un proyecto conyugal compartido, son resignificadas retrospectivamente como pérdidas de autonomía y como decisiones que impactaron negativamente en la seguridad económica futura, en particular en el acceso a una pensión.

Muchos relatos muestran que la autonomía se construyó muchas veces de forma fragmentada y precaria. Las trayectorias laborales estuvieron marcadas por entradas y salidas del mercado de trabajo, empleos informales y adaptaciones constantes a las demandas del cuidado. La maternidad, la enfermedad de familiares y las crisis económicas operaron como puntos de quiebre que obligaron a interrumpir o reorientar el camino laboral, aceptando en muchos casos trabajos por debajo del nivel de formación o abandonando proyectos profesionales.

La experiencia de María Soledad ilustra con fuerza esta dimensión. Madre separada, que crió a sus hijos-as sola durante gran parte de su vida, describe años de sobrecarga laboral extrema para sostener económicamente a su familia, combinando varios empleos y trabajos informales: *“trabajaba ocho horas en una oficina, cuatro horas en otra y hasta las dos de la mañana”* (María Soledad, 62 años, Montevideo). Si bien destaca que nunca le temió al trabajo, su relato muestra que la independencia económica no implicó bienestar ni estabilidad, sino una

estrategia de supervivencia sostenida a costa del desgaste físico y emocional.

Asimismo, aquellas entrevistadas que accedieron a niveles educativos altos o a empleos calificados relatan haber enfrentado mayores exigencias que los varones, menor flexibilidad y escaso reconocimiento institucional de las tareas de cuidado. Esta desigualdad se expresa tanto en el acceso al empleo como en su permanencia y proyección a largo plazo, configurando trayectorias laborales más discontinuas y vulnerables.

En Colombia, el trabajo remunerado aparece atravesado por un modelo familiar tradicional que regula los márgenes de autonomía femenina más allá de la inserción laboral misma. Varias mujeres describen que, aun trabajando o contando con formación, la posibilidad de decidir sobre su tiempo y sus proyectos permanecía mediada primero por la autoridad paterna, y luego por la conyugal. Una entrevistada lo expresa con claridad al señalar que *“los espacios que se pierden [son] la autonomía”* y que esta solo llegó tras la separación: *“mi papá... quería que yo no saliera mucho. Me casé y con un tipo súper machista... entonces como que ya se ha habituado uno a estar solo... Y cuando me separé me hice un juramento... centrarme a formar a mi hija, hacerla una mujer autosuficiente”* (Incertidumbre, 62 años, Bogotá). En su relato, la ruptura conyugal no aparece únicamente como un evento biográfico crítico, sino como la condición que habilita decisiones propias, la reorganización del proyecto vital y el ejercicio de una autonomía postergada. La independencia se construye así de manera tardía y relacional, muchas veces acompañada por redes familiares y orientada al sostenimiento y la proyección de las/os hijas-os. De este modo, la autonomía económica y personal no coincide necesariamente con la entrada al mercado de trabajo, sino que se consolida en etapas avanzadas del Curso de Vida, cuando se reconfiguran las jerarquías familiares y las mujeres redefinen sus prioridades en torno a sí mismas y a las generaciones siguientes.

Adicionalmente, las trayectorias laborales de las mujeres bogotanas entrevistadas muestran una fuerte segmentación de género y una marcada discontinuidad, producto de maternidades, mandatos familiares y decisiones conyugales. Incluso cuando las mujeres aportaron igual o más que sus parejas al sostenimiento del hogar, esta situación generó tensiones simbólicas vinculadas a la identidad masculina como proveedor principal. Tal como relatan algunas entrevistadas:

“I: ¿Tú nunca sentiste cómo? ¿Qué fue una problemática, digamos, entre tu esposo y tú, eso que tú seas como más proveedora?”

R: Hay momentos, hay momentos. Sí, porque siempre el señor de la casa quiere aportar más y eso como que a veces piensan que es el dominio que tienen sobre uno. Entonces yo le dije ‘no, pero usted sigue siendo el señor de la casa, no importa’ entonces, ‘porque yo a veces no tengo’, le dije, ‘no hay nada problema, o sea, por lado mío no es de dominio. Pero a veces por el lado del señor es que uno los quiere dominar’” (Rosa 1, 62 años, Bogotá).

En conjunto, los relatos de las mujeres muestran que la autonomía económica no es un estado permanente ni lineal, sino un proceso atravesado por avances, retrocesos y redefiniciones constantes, donde las interrupciones laborales y educativas no constituyen eventos aislados, sino momentos clave en la acumulación de desventajas

que condicionan la estabilidad económica, la protección social y las posibilidades de bienestar en la vejez.

En ambos contextos, Montevideo y Bogotá, el trabajo remunerado y la educación se configuran como pilares fundamentales de la autonomía económica de las mujeres, pero los sentidos que adquieren en las trayectorias biográficas difieren según los marcos familiares y socioeconómicos en los que se inscriben. En Bogotá, los relatos muestran con mayor nitidez la incidencia de mandatos conyugales y familiares que regularon la participación laboral de las mujeres incluso en la adultez. Más que decisiones individuales, muchas trayectorias aparecen atravesadas por expectativas culturales, que asociaban el matrimonio con la entrega prioritaria al proyecto doméstico y a la estabilidad conyugal. Una entrevistada explica que, aunque tenía la intención de trabajar y alcanzar autonomía económica, el contexto familiar y educativo reforzaba la idea de que *“uno se casa para toda la vida”* y que, una vez casada, *“todo era para el matrimonio... con la idea de que íbamos a trabajar hombro a hombro para construir en pareja”* (Jazmin, 60 años, Bogotá). Esta organización implicó la renuncia progresiva a espacios propios: *“como que perdí muchos espacios... yo considero que sí perdí identidad”* (Jazmin, 60 años, Bogotá). La autonomía solo comenzó a reconstruirse tras la separación, cuando redefinió sus prioridades en función de sus hijas y de sí misma, en un proceso vivido más como una ruptura necesaria que como una transición gradual. De esta manera, la inserción laboral y la independencia económica aparecen tardíamente, no como una prolongación natural de la formación o del trabajo previo, sino como el resultado de quiebres biográficos que obligaron a reconfigurar los márgenes de acción disponibles.

En Montevideo, en cambio, los relatos enfatizan más tempranas inserciones laborales ligadas a estrategias familiares de subsistencia y socialización en el trabajo, antes que a prohibiciones explícitas. Otra entrevistada señala que desde los 12 años colaboraba en el negocio familiar: *“era de mi padre, yo tenía que cumplir el horario... quedaba yo a cargo”*, y que a los 15 comenzó a trabajar de manera independiente, subrayando que *“nunca dejé de estudiar”* (Fabiana, 60 años, Montevideo). En este caso, las tensiones no se expresan tanto en la restricción directa a trabajar, sino en la naturalización de la contribución femenina al sostén doméstico desde edades tempranas. De acuerdo con lo anterior, mientras en Bogotá el matrimonio opera con mayor fuerza como dispositivo de regulación de la autonomía económica, en Montevideo los truncamientos se vinculan más a la combinación intensiva entre estudio, empleo y responsabilidades familiares, evidenciando formas diferenciadas, aunque convergentes en sus efectos, de articulación entre género, trabajo remunerado y Curso de Vida.

Maternidad y cuidado

La maternidad aparece en los relatos estrechamente asociada a interrupciones educativas y laborales en los dos contextos. Varias entrevistadas relatan haber sido madres jóvenes, en contextos donde el matrimonio y la maternidad constituían expectativas sociales incuestionadas. Este momento biográfico funcionó como un punto de inflexión que reordenó prioridades y limitó elecciones, ya que la llegada de los-as hijos-as implicó asumir casi en exclusividad el trabajo doméstico y de cuidado, generando una sobrecarga que condicionó la continuidad de los estudios y la inserción en el trabajo remunerado. En este sentido, la maternidad operó como un mecanismo

central de producción de desigualdad, no por la experiencia materna en sí misma, sino por la distribución asimétrica del trabajo no remunerado asociado al cuidado y a las labores domésticas.

En varios de los relatos de las mujeres bogotanas, la maternidad no se presenta como un proyecto planificado ni como una decisión plenamente autónoma, sino como un acontecimiento que irrumpe en contextos de escasa educación sexual, relaciones desiguales y limitadas redes de protección social. Tal como relata Rosa, el embarazo temprano se vincula a la ausencia de información y de políticas de planificación familiar en su juventud:

“Ahí aprendí a hacer de comer, pero igual no hacía porque ella tenía una empleada y la empleada era la que hacía de comer, pero a mí sí me tocaba hacer todo lo que era, arreglar una casa, limpiar el virus, hacer el aseo, pero a uno no le invocaban ‘¡Ay, no tiene que estudiar!’ nada, nada y después conocí una persona, entonces quedé embarazada porque a uno no le explicaban, ‘oiga, planifique, no vaya a tener hijos’ a uno no le no le abrieron esos ojos como hoy en día les abren a las muchachas. En mi época, no.” (Rosa, 61 años, Bogotá).

Esta experiencia se inscribe en trayectorias donde las responsabilidades domésticas y de cuidado se asumieron desde edades tempranas, sin mediaciones institucionales que habilitaran la continuidad educativa o la autonomía reproductiva. En estos casos, la maternidad no implicó una salida del mercado laboral, sino, por el contrario, una profundización de la precariedad, obligando a las mujeres a sostener simultáneamente el trabajo remunerado y cargas intensivas de cuidado, muchas veces en soledad tras la ausencia o muerte de las parejas.

Por ello, la maternidad y el cuidado constituyen uno de los ejes más densos y transversales en las trayectorias de las mujeres entrevistadas. Lejos de aparecer como una etapa circunscripta a la crianza temprana, el cuidado se configura como una estructura permanente que organiza tiempos, decisiones, vínculos y cuerpos a lo largo de todo el Curso de Vida. En los relatos, ser madre no inaugura el cuidado ni la vejez lo clausura, más bien el cuidado se transforma, se desplaza y se intensifica en distintos momentos, pero nunca desaparece.

Esta continuidad del cuidado a lo largo del Curso de Vida se observa con claridad en el relato de Sonia, cuya trayectoria evidencia cómo el trabajo de cuidado se acumula y se intensifica en distintos momentos, afectando no solo la inserción laboral, sino también la salud física y emocional:

“Yo siempre digo, tengo un hijo, pero tengo muchos sobrinos, porque casi todos los cuidé. Después cuidé a mi hijo, cuidé a mi nieta y cuidé dos sobrinas. Y después vino el cuidado de mi madre, que fue lo más pesado, porque ahí no podía trabajar. [...] Era total a ella. Caminaba toda la noche, yo no dormía, y después de día, tenía que seguir haciendo cosas. Empecé a cuidarla en 2018 y desde 2020 hasta 2024 vivió conmigo. Parece poquito, pero es un montón. [...] Los últimos años fueron los peores. Yo terminé internada con una neumonía y una pancreatitis. Los primeros días en el hospital dormía y dormía, y pensaba: qué descanso. Pero claro, fue así porque el cuerpo no daba más.” (Sonia, 67 años, Montevideo).

Este relato muestra con claridad que el cuidado no constituye una tarea puntual ni excepcional, sino una responsabilidad prolongada y naturalizada que organiza la vida cotidiana de las mujeres. La imposibilidad de trabajar durante los períodos de cuidado intensivo y el posterior deterioro de la salud revelan el carácter

estructural del trabajo no remunerado, y su profundo impacto en las trayectorias de las mujeres, especialmente en la vejez.

Al igual que en Uruguay, el trabajo de cuidados en Colombia se configura como una estructura continua a lo largo del Curso de Vida, pero con una intensidad particularmente marcada por la escasa corresponsabilidad masculina, y por la naturalización de la disponibilidad femenina. Las mujeres relatan trayectorias en las que el cuidado se desplaza desde los-as hijos-as pequeños-as hacia hijas adultas en situaciones de crisis, nietos-as y otros familiares, consolidando un patrón de acumulación de responsabilidades que limita las posibilidades de inserción laboral estable y de ahorro previsional. Una entrevistada recuerda que, tras casarse, expresó su deseo de trabajar porque *“yo sí quería tener una pensión”*, pero su esposo insistía en que no era necesario: *“que no trabajara, que me quedara con los niños en la casa... ‘tranquila que yo trabajo... no hay necesidad’, [...] hoy en día me arrepiento... qué maluco es uno no depender de lo de uno mismo”* (Orquídea, 61 años, Bogotá). Aquí la maternidad se tradujo en una dedicación casi exclusiva al trabajo doméstico y de cuidado, reforzada por la decisión de la pareja de impedir su inserción laboral, bajo el argumento de que no era necesario que trabajara. Esta dependencia económica, percibida retrospectivamente como un error, aparece hoy como una fuente de vulnerabilidad y arrepentimiento.

Con el paso del tiempo, el cuidado se expande más allá de los-as hijos-as. Las mujeres relatan haber cuidado padres enfermos, madres dependientes, parejas con problemas de salud y, posteriormente, nietos-as. Esta continuidad revela un patrón intergeneracional en el que las mujeres funcionan como sostén afectivo, emocional y material de las familias, incluso en contextos de conflicto o vínculos deteriorados. El cuidado persiste aun sin convivencia, aun cuando la relación es tensa e incluso cuando el sostén es exclusivamente económico, consolidándose como un mandato moral que trasciende el deseo y la reciprocidad.

En la vejez, el cuidado adquiere nuevas formas y sentidos. Varias entrevistadas se convierten en abuelas cuidadoras, operando como redes de apoyo fundamentales para que hijas e hijos puedan sostener el trabajo remunerado. Si bien algunas logran establecer límites y definir el cuidado como una elección, en muchos casos este se presenta como una expectativa naturalizada, ya que las mujeres mayores continúan estando disponibles para cuidar, aun después de décadas de trabajo y crianza. Esta situación pone de relieve una nueva fase de explotación del trabajo no remunerado, ahora en la vejez, que se superpone con procesos de jubilación y desgaste físico.

Esta expectativa de disponibilidad permanente no siempre es aceptada sin conflicto. En algunos relatos emerge una conciencia crítica tardía, en la que las mujeres comienzan a cuestionar la naturalización del cuidado y a poner límites a demandas familiares asumidas durante años:

“Mis hijos lo dan por descontado. Mamá mañana cuida a la nena, pasado también. Yo no puedo decir: ‘mañana voy a verme con una amiga’, porque tengo que quedarme. [...] Yo cocino de noche, hago las viandas, limpio, organizo todo. Y esos problemas mis hijos los desconocen, porque tampoco les interesa. No es que no me quieran, pero no les interesa qué me pasa a mí. [...] Yo tuve que pararme de punta y decir: hace quince años que cuido a

tus hijos y no quiero hacerlo más. Estoy cansada. Antes yo era incapaz de decir eso. Ahora llegué al punto de no poder más.” (Gladiolo, 66 años, Montevideo)

El relato de Gladiolo pone en evidencia que el cuidado en la vejez no solo implica desgaste físico y emocional, sino también tensiones vinculares cuando las mujeres intentan reconfigurar su lugar. Decir “no” al cuidado supone desafiar mandatos profundamente arraigados sobre la maternidad y la disponibilidad permanente de las mujeres hacia los otros, y revela hasta qué punto el trabajo no remunerado ha sido históricamente invisibilizado y desvalorizado, incluso dentro de los vínculos más cercanos.

Junto al agotamiento y la sobrecarga, algunos relatos incorporan una lectura crítica sobre los mandatos de género que organizaron la maternidad y el cuidado. Cynara reflexiona sobre una estructura en la que la centralidad materna se construyó tanto, por ausencia masculina como por autoexigencias internalizadas por las propias mujeres, quienes asumieron la responsabilidad total del cuidado. Esta lógica no sólo reforzó la desigual distribución del trabajo no remunerado, sino que también dificultó la posibilidad de preguntarse por los propios deseos y proyectos. Como señala la entrevistada, la pregunta por “qué querían” aparece muchas veces silenciada por una vida dedicada a sostener a otros:

“La mujer muy a cargo de sus hijos. Mucha madre y poco padre. Creo que nosotras mismas tenemos que ver con eso, porque no sé si cedemos el espacio a la presencia del padre. [...] Es como que creemos que lo vamos a hacer mejor, y entonces resolvemos todo. Pensamos todo. Y así también le quitamos habilidades a los hijos y nos quedamos siempre ahí. [...] No sé si muchas mujeres pudieron hacerse la pregunta de qué querían, si pudieron plantearse algo diferente.” (Cynara, 65 años, Montevideo)

Muchos relatos de mujeres montevidéas evidencian una creciente conciencia crítica sobre estas desigualdades. Al comparar sus experiencias con las de hijas y nietas, las entrevistadas reconocen cambios en las formas de matinar, en la distribución del cuidado y en las posibilidades de negociación con las parejas. Sin idealizar el presente, estas comparaciones permiten resignificar el pasado y reconocer que gran parte de las renuncias y sacrificios no fueron elecciones individuales, sino el resultado de un orden social que asignó a las mujeres la responsabilidad principal de sostener la vida de los otros a lo largo de todo el Curso de Vida, incluso cuando sus propias necesidades comenzaron a requerir cuidado.

Asimismo, emergen relatos que cuestionan de manera explícita el mandato de la maternidad como destino femenino. En el testimonio de Amapola, la no maternidad se construye como una decisión consciente, vinculada a proyectos artísticos, a una trayectoria educativa prolongada y al acceso temprano a circuitos culturales e intelectuales que ampliaron su horizonte de posibilidades. Como señala la entrevistada, “en la época en que todas mis compañeras eran mamás, realmente no era mi prioridad. Mi prioridad era ser artista” (Amapola, 69 años, Bogotá). Desde allí, la maternidad aparece como una posibilidad observada, pero no deseada, incluso a partir de la propia experiencia familiar: “yo a veces miraba a mi mamá y a mi hermano y a mi papá y decía: ‘yo puedo caer en eso y no quiero eso’... Creo que esa parte es la que no me deja pensar en tener hijos” (Amapola, 69 años, Bogotá). La entrevistada enfatiza que no vivió esta decisión como carencia ni frustración, sino como una opción legítima: “no me sentí frustrada, no me siento frustrada... simplemente no. No creo que

sea la función de la mujer tampoco” (Amapola, 69 años, Bogotá). Este tipo de posicionamiento, sostenido en recursos educativos, simbólicos y en cierta autonomía para definir un proyecto de vida no centrado en la maternidad, introduce una fisura en el imaginario hegemónico, aunque no logra desarticular el juicio social persistente hacia las mujeres que no maternan, ni las tensiones intergeneracionales que esta decisión genera. Estas trayectorias constituyen una porción reducida del universo estudiado y, en tanto tales, contribuyen a visibilizar la fuerza normativa que aún conservan la maternidad y el cuidado en la organización de la vida de la mayoría.

Estas trayectorias marcadas por interrupciones laborales, trabajo no remunerado sostenido y una disponibilidad permanente para el cuidado tiene efectos acumulativos que se vuelven especialmente visibles en la vejez. Las desigualdades producidas a lo largo del Curso de Vida no se diluyen con el paso del tiempo, sino que se cristalizan en condiciones materiales desiguales al momento de la jubilación. De este modo, las historias de maternidad y cuidado no solo explican las dificultades de inserción laboral en etapas tempranas, sino que también permiten comprender las trayectorias previsionales y las posibilidades, o limitaciones, de autonomía económica en la vejez.

Pensión y vejez

Antes de abordar estas experiencias, es importante recordar que las trayectorias previsionales de las entrevistadas se desarrollan en contextos institucionales distintos. En Colombia, el acceso a la pensión depende en gran medida de la continuidad de las cotizaciones individuales en un mercado laboral atravesado por la informalidad y la inestabilidad, lo que dificulta consolidar derechos previsionales, especialmente para mujeres con trayectorias interrumpidas por el cuidado. En Uruguay, en cambio, el sistema de seguridad social presenta mayores niveles de cobertura y una integración más amplia de la población mayor (Amarante, Arim, & Yapor, 2015). Lo anterior, no elimina las brechas derivadas de carreras laborales discontinuas ni las desigualdades de género en los ingresos jubilatorios (Scavino, 2023). Estas diferencias estructurales configuran el marco desde el cual las mujeres interpretan sus propias posibilidades, y límites, de autonomía económica en la vejez.

Teniendo claro lo anterior, la pensión emerge en los relatos como un momento de condensación de desigualdades acumuladas a lo largo del Curso de Vida. Las trayectorias laborales fragmentadas, los períodos prolongados dedicados al trabajo de cuidado no remunerado y las interrupciones educativas se traducen en jubilaciones bajas, pensiones insuficientes o, en algunos casos, en la imposibilidad de acceder a una prestación propia. De este modo, la vejez no inaugura la desigualdad a lo largo de la vida de las mujeres, sino que la hace visible y materializa sus efectos económicos.

Esta heterogeneidad de experiencias acumuladas a lo largo del Curso de Vida se expresa con claridad en las condiciones materiales en que las mujeres transitan hacia la jubilación. Como señala Lazo de María, el acceso a una pensión suficiente depende tanto de los años de aporte como de la posibilidad de compartir gastos, revelando la fragilidad de quienes envejecen solas o con trayectorias laborales interrumpidas:

“Hay muchas mujeres que no tienen los años de aporte, porque trabajaron en negro¹² o porque hicieron pocos aportes. Mi madre, si no fuera porque mi papá tuvo un buen trabajo y le quedó pensión, estaría cobrando la jubilación mínima, y trabajó toda su vida. Son 17 mil pesos. Nada. Donde tengas que pagar un alquiler, no te da. [...] Las que viven en pareja la tienen mucho más fácil, porque la economía se divide entre dos. Pero si estás sola, aun habiendo tenido un sueldo relativamente decoroso, no alcanza” (Lazo de María, 64 años, Montevideo).

Este testimonio, proveniente de una entrevistada con trayectoria laboral calificada y perteneciente a un sector de nivel socioeconómico medio, muestra que el trabajo remunerado no garantiza por sí mismo una vejez protegida. Aun cuando existen mayores credenciales educativas o empleos relativamente estables, las brechas de género en los aportes, la discontinuidad laboral asociada al cuidado y la dependencia de ingresos conyugales inciden en los resultados previsionales. De este modo, las desigualdades no afectan únicamente a los sectores más vulnerables, sino que atraviesan también a mujeres de clases medias, aunque con intensidades y márgenes de maniobra diferentes, reconfigurándose con fuerza en la vejez cuando se combinan ingresos limitados, ausencia de vivienda propia o necesidad de sostener la vida en solitario.

En los relatos de las mujeres entrevistadas en Colombia, la pensión y la vejez emergen de manera aún más explícita como el resultado de trayectorias laborales atravesadas por la informalidad, la discontinuidad contractual y la débil protección social. Al igual que en Uruguay, la vejez no inaugura la desigualdad, sino que la cristaliza; sin embargo, en el caso colombiano esta cristalización se presenta con mayor frecuencia bajo la forma de la ausencia total de pensión, el acceso a bonos pensionales de bajo monto o la necesidad de prolongar indefinidamente la vida laboral para intentar completar las semanas de cotización requeridas.

Las trayectorias laborales narradas muestran una alta recurrencia de contratos por prestación de servicios, trabajo independiente y empleo informal, modalidades que dificultan la continuidad de los aportes previsionales. Como relata Alstroemerelia, decisiones orientadas a sostener el presente, priorizar la subsistencia del empleo mantener ingresos fluctuantes o sortear crisis económicas, se tradujeron retrospectivamente en la imposibilidad de construir una pensión:

“El freelance para mí era lo máximo, pero al final fue mi harakiri porque yo me quedé sin pensión toda mi vida” (Alstroemerelia, 63 años, Bogotá).

Este testimonio evidencia cómo la lógica de la autonomía laboral, frecuentemente valorada en términos de flexibilidad y realización personal, se convierte en un factor de vulnerabilidad en la vejez cuando no existe un sistema previsional que acompañe trayectorias no lineales. La ausencia de cotizaciones regulares aparece, en muchos relatos, como una “decisión equivocada” solo reconocible retrospectivamente, cuando el horizonte de la vejez se vuelve ineludible.

En otros casos, como el de Amapola, el acceso a la pensión fue posible únicamente a costa de una sobrecarga laboral extrema, que implicó dictar clases simultáneamente en múltiples instituciones, acumular jornadas extenuantes y enfrentar largos procesos burocráticos para el reconocimiento de aportes fragmentados. Como

¹² Cuando se hace referencia al “trabajo en negro”, se hace referencia al trabajo informal.

ella misma relata, para lograr pensionarse debió trabajar “casi 60 horas a la semana, mañana, tarde y noche en 5 universidades diferentes” en un ir y venir constante que implicaba “correr de aquí para allá, dictar materias todo el tiempo, sábados, domingos por las noches” (Amapola, 69 años, Bogotá). La multiplicidad de contratos parciales generó, además, dificultades administrativas para certificar los aportes, en un contexto donde las instituciones podían desvincular y volver a vincular docentes por horas, de modo que, al momento de solicitar la documentación “usted no está aquí y usted no existió aquí” (Amapola, 69 años, Bogotá). Pensionarse no aparece aquí como un logro celebrado, sino como un proceso desgastante, acompañado de crisis subjetivas, depresión y sentimientos de vacío: “me sentí muy mal porque pensionarse es como sentirse viejo, como quedarse en el vacío... una depresión espantosa” (Amapola, 69 años, Bogotá). La jubilación se asocia así simbólicamente con el envejecimiento, la pérdida de sentido y la fragilidad, especialmente cuando el trabajo había sido el eje organizador de la vida.

En contraste, los relatos de mujeres que no lograron acceder a una pensión propia muestran con claridad la transferencia de la protección social al ámbito familiar y patrimonial. Frente a la ausencia de ingresos previsionales, las estrategias para la vejez incluyen la dependencia económica de la pareja, el uso de ahorros ya consumidos, la renta de propiedades heredadas o la venta futura de viviendas familiares como “pensión alternativa”. Como señala Orquídea, la dependencia económica dentro del matrimonio no siempre se vive como abandono, pero sí como una pérdida de autonomía simbólica:

“Qué feo no tener su propia plata... tener que esperar para comprar algo cuando si yo tuviera mi plata lo compraba” (Orquídea, 61 años, Bogotá).

O

“No tengo jubilación. Estos trabajos no te permiten aportar. Pagué cuatro años de unipersonal, pero era imposible. Me borraba y me volvía a anotar. Ahora lo que hice fue vender una propiedad que tenía mi mamá con mi hermana y con eso me compré un PH chiquito. Lo alquilo y eso es como si fuera mi jubilación. Capaz que algo pueda sacar cuando tenga 70, pero no sé. Por ahora, mi plan para la vejez es estar tranquila” (Sonia, 67 años, Montevideo).

Estas estrategias, si bien permiten sostener el bienestar cotidiano en el corto plazo, no garantizan estabilidad a largo plazo y refuerzan la vulnerabilidad ante separaciones, viudez o deterioros de la salud. Asimismo, varios relatos evidencian la pérdida de años de cotización debido a prácticas empresariales irregulares, falta de información o debilidad en los mecanismos de control estatal. Mujeres como Lirio narran cómo descubrieron tardíamente que sus empleadores nunca realizaron los aportes prometidos, lo que implicó la pérdida irreversible de décadas de trabajo. Esta experiencia refuerza la percepción de injusticia y desprotección, y muestra cómo la informalidad no siempre es una elección, sino una condición estructural impuesta: “Sí, lo contrataban, lo contrataban a uno y le decían ‘Sí, sí, la estamos pagando el seguro si le estamos pagando todo’, pero como estaba joven, uno nunca se enfermaba, nunca iba al médico. Entonces usted no se daba cuenta si sí pagan o no. Me vine a dar cuenta hace 12 años cuando colocamos el negocio porque la empresa exigía que tuviéramos

EPS¹³ todos. Entonces la contadora dijo, ‘¿usted tiene EPS, doña?’ Sí, cotizo, yo dije, yo fui empleada y a mí me pagaban en los almacenes que el seguro, que todo eso y miraron, y nunca, nunca los jefes pagaron. Nunca. Yo perdí como 10 años.’ (Lirio, 60 años, Bogotá)

En continuidad con los hallazgos de Uruguay, el trabajo remunerado, la inserción en el mercado laboral y la trayectoria laboral continua, ocupan un lugar central en la identidad de las mujeres mayores, incluso aquellas que acceden a la pensión suelen seguir trabajando, no solo por necesidad económica, sino por deseo de mantenerse activas, productivas y socialmente reconocidas. La vejez se configura así, como una etapa ambivalente, debido a que, por un lado, ofrece mayor control del tiempo propio; por otro, se ve atravesada por la persistencia de responsabilidades económicas, de cuidado y de autoexigencia laboral. En muchos relatos el trabajo no aparece únicamente como fuente de ingresos, sino como un componente central de la identidad. Para estas mujeres, dejar de trabajar implica una pérdida simbólica que puede derivar en crisis subjetivas y malestar. Como señala Girasol, la jubilación exige un proceso de reconfiguración identitaria, especialmente cuando el trabajo fue el principal organizador de la vida cotidiana, la dificultad para “soltar”: *“yo tuve que hacer mi propio proceso de cuando uno es adicto al trabajo y es lo que te da la identidad”* (Girasol, 60 años, Montevideo), el trabajo revela hasta qué punto este funcionó como espacio de reconocimiento, pertenencia y sentido.

En conjunto, los relatos de Colombia refuerzan la idea de que la pensión y la vejez constituyen un momento privilegiado para observar el carácter acumulativo de la desigualdad de género, ya que se evidencia con fuerza la imposibilidad misma de acceder a una pensión, producto de trayectorias laborales altamente precarizadas. En Uruguay la discusión gira en torno a la insuficiencia de las jubilaciones y la fragilidad de quienes envejecen solas. En ambos contextos, la vejez pone en evidencia que el trabajo remunerado no garantiza por sí solo una protección económica futura y que las desigualdades de género construidas a lo largo del Curso de Vida se expresan con particular crudeza en esta etapa. Al mismo tiempo, los relatos muestran que, aun en contextos de limitación económica, las redes afectivas y comunitarias funcionan como un factor protector fundamental para la salud y el bienestar. La vejez no es solo una etapa biológica, sino un momento profundamente social, donde se expresan las desigualdades, los vínculos y las posibilidades de agencia construidas a lo largo de toda la vida.

b) Construcción de redes afectivas y comunitarias.

Redes familiares

Las redes familiares aparecen en los relatos como el primer y más persistente entramado relacional a lo largo del Curso de Vida. Sin embargo, lejos de constituir un espacio exclusivamente protector, la familia se presenta como un ámbito ambivalente, donde el cuidado, el afecto y el apoyo material conviven con relaciones desiguales, exigencias naturalizadas y, en algunos casos, experiencias de violencia y desgaste emocional.

¹³ Se refiere a las Entidades Promotoras de Salud (EPS), instituciones encargadas de afiliar a los usuarios al Sistema General de Seguridad Social en Salud y de garantizar la prestación de los servicios médicos incluidos en el plan de beneficios. En el caso de las personas con vínculo laboral formal y dependiente, los empleadores están obligados a realizar los aportes correspondientes a salud y pensión, asegurando así la afiliación del trabajador al sistema, el acceso a la atención sanitaria y la acumulación de cotizaciones para la protección económica en la vejez.

Desde edades tempranas, muchas entrevistadas relatan haber asumido responsabilidades de cuidado dentro del hogar de origen, particularmente hacia hermanos-as menores o familiares dependientes. Esta socialización temprana del cuidado no solo moldea disposiciones subjetivas y prácticas cotidianas, sino que, como ya hemos visto, también condiciona trayectorias educativas y laborales, proyectando sus efectos a lo largo de toda la vida. La familia opera, así, como una red de sostén; pero al mismo tiempo, funciona como un espacio donde se reproducen mandatos de género que asignan a las mujeres la responsabilidad principal de gestión de la vida cotidiana.

El relato de Lazo de María ilustra con claridad este proceso. Tras la salida del padre del hogar, su madre debió intensificar su inserción laboral, combinando extensas jornadas en una fábrica textil con trabajos de limpieza, mientras ella, siendo aún niña, asumía gran parte de las tareas domésticas y del cuidado de sus hermanos. *“De hecho, la que se encargó de la casa fui yo” (Lazo de María, 64 años, Montevideo)*, señala, evidenciando cómo el cuidado se redistribuye al interior del hogar de manera profundamente feminizada. Al mismo tiempo, su historia muestra que el sostén no provino exclusivamente de la familia nuclear, ya que vecinos-as del barrio conformaron una red de apoyo cotidiana que permitió la supervivencia material y emocional del hogar: *“Y bueno, y fue ahí en quinto justo que yo salí abanderada, papá ya no vivía con nosotros. También ese constante aliento de las maestras fue importante. Y los vecinos que también colaboraron, fueron muy solidarios y nos ayudaron a criar. Mi hermana tenía 12. Yo 11” (Lazo de María, 64 años, Montevideo)*. La experiencia de Lazo de María pone de relieve que, frente a la fragilidad de la familia y a la precariedad económica, las redes familiares se expanden hacia lo comunitario, configurando entramados de solidaridad.

En Colombia, las trayectorias reconstruidas muestran una fuerte centralidad del hogar de origen, caracterizado en muchos casos por estructuras familiares extensas, convivencia prolongada con padres y hermanos-as, y una salida del hogar estrechamente ligada al matrimonio o a la conformación de pareja. En los relatos de mujeres pertenecientes a sectores medios, como el de Heliconia, la permanencia en la casa familiar hasta el matrimonio aparece como una norma social incuestionada: *“nadie se iba de la casa antes de casarse” (Heliconia, 70 años, Bogotá)*. Esta permanencia no solo organizaba las transiciones vitales, sino que reforzaba una división sexual del trabajo profundamente naturalizada, donde las mujeres asumían tempranamente tareas domésticas y de cuidado, aun en contextos donde el acceso a la educación formal estaba garantizado.

La socialización de género se revela de manera explícita en los relatos sobre la infancia y adolescencia. Varias entrevistadas describen haber crecido en contextos “totalmente machistas”, donde el trato diferenciado entre hijas e hijos se expresaba tanto en las expectativas de comportamiento como en la asignación cotidiana de tareas. El mandato de atender a los hombres de la familia se presenta como una práctica naturalizada, incorporada sin ser vivida necesariamente como violenta en el momento, pero que deja huellas persistentes en la subjetividad adulta y en la autoasignación de responsabilidades, así lo relata una de las entrevistadas: *“llegó su hermano, hay que servirle la comida” (Heliconia, 70 años, Bogotá)*. A diferencia de Uruguay, donde la mayoría de entrevistadas relatan con frecuencia la incorporación temprana a tareas de cuidado hacia hermanos menores en contextos de ruptura o fragilidad familiar, en Colombia, esta responsabilidad aparece de manera más marcada

en la adultez, particularmente en relación con el cuidado de padres envejecidos, hermanos-as enfermos-as o familiares dependientes. En este sentido, la figura de la “cuidadora” se activa con fuerza en etapas avanzadas del Curso de Vida, recayendo casi exclusivamente sobre las mujeres, incluso cuando estas mantienen una inserción laboral activa. Como señala una entrevistada, *“ahora me siento responsable de todo”* (Amapola, 69 años, Bogotá), sintetizando la acumulación de tareas de cuidado que se suman al trabajo remunerado y doméstico.

Las relaciones de pareja, por su parte, ocupan un lugar central en la configuración de las redes de apoyo disponibles. En muchos casos, la unión temprana aparece más como mandato social que como elección reflexiva, funcionando como vía legítima de salida del hogar de origen, pero también como un espacio de reproducción de desigualdades y violencias. La pareja no constituye necesariamente una red protectora, ya que puede ser fuente de sostén y expansión relacional, pero también un factor de aislamiento, desgaste y deterioro de la CV. En este sentido, los relatos muestran cómo la ruptura, aun en contextos de extrema vulnerabilidad, puede vivirse como un acto de agencia y reapropiación de la propia vida.

María Soledad relata que, tras un breve período de convivencia, se separó a los pocos días del nacimiento de su segunda hija a causa de la violencia: *“me fui con mi hija, mi cartera y la bebida, y nunca volví”* (María Soledad, 62 años, Montevideo). El retorno a la casa paterna operó como un refugio inmediato frente a la violencia, aunque no exento de precariedad y hostigamiento posterior, cuando su expareja arrojaba sus pertenencias a la calle como forma de control y castigo. Sin embargo, la entrevistada nombra ese momento como una ruptura liberadora: *“no me importó, eso fue mi liberación de ese hombre”* (María Soledad, 62 años, Montevideo). Al mismo tiempo, otros relatos permiten observar con mayor detalle la trama cotidiana de esas relaciones desiguales, sostenidas por mandatos de permanencia y por formas persistentes de desvalorización y violencia. Una entrevistada recuerda que, al casarse, internalizó la idea de que el matrimonio era *“para toda la vida”* (Incertidumbre, 62 años, Bogotá) y que debía *“aguantar”* porque así lo indicaban su educación religiosa y familiar. Describe un vínculo atravesado por maltrato psicológico constante: *“yo ya no aguantaba más, pero me cerraba la puerta y no podía irme [...] dos o tres días encerrada con llave”* (Incertidumbre, 62 años, Bogotá), en una dinámica ambivalente donde se le delegaban responsabilidades domésticas mientras simultáneamente se la descalificaba: *“usted es una incapaz, si no fuera por mí...”* (Incertidumbre, 62 años, Bogotá), generando un progresivo socavamiento de la autoestima y la autonomía.

La violencia conyugal aparece también entrelazada con experiencias de movilidad y precariedad residencial. Otra participante, al rememorar su vida conyugal en Buenos Aires, relata un contexto de migración y pensiones temporarias marcado por conflictos permanentes: *“con él no había forma, se peleaba con todos y además me pegaba a mí”* (Dama de la Noche, 70 años, Montevideo). En las entrevistas, la inestabilidad habitacional también se hacía evidente: *“nos fuimos de esa pensión a otra porque no había lugar... había tanta gente buscando dónde vivir”* (Dama de la Noche, 70 años, Montevideo) y se combinaba con el aislamiento y la

dificultad de concretar la separación, aun cuando la intención estaba presente: “yo le dije... que me iba a separar de él. Pero al final nunca me separé” (*Dama de la Noche, 70 años, Montevideo*). Estos testimonios muestran que la pareja puede operar simultáneamente como mandato moral, dependencia material y espacio de violencia, reforzando trayectorias de vulnerabilidad que solo más tarde logran ser cuestionadas o interrumpidas.

En resumen, los relatos colombianos muestran que las redes familiares y afectivas constituyen un recurso vital para la supervivencia material y emocional, pero también un espacio donde se reproducen desigualdades persistentes de género. Al igual que en Uruguay, estas redes se sostienen en gran medida sobre el trabajo, frecuentemente invisible y no reconocido, de las mujeres, quienes articulan cuidados, afectos y apoyos a lo largo de toda su vida, aun cuando ello implique aguantar situaciones de vulnerabilidad y violencia, postergar proyectos propios o asumir cargas desproporcionadas.

Amistades y comunidad

Cuando las redes familiares resultan insuficientes, frágiles o conflictivas, las amistades y los vínculos comunitarios adquieren un papel central en la CV de las mujeres. A diferencia de la familia, estas redes suelen construirse de manera electiva, a partir de experiencias compartidas, afinidades y prácticas de reciprocidad sostenidas en el tiempo.

En ambos contextos, las amistades se caracterizan por su larga duración y por estar ancladas en trayectorias compartidas desde la infancia, la adolescencia o la juventud. En Montevideo las amistades aparecen ancladas en trayectorias compartidas de larga duración, especialmente en el barrio y en los espacios laborales. Jazmín describe que sus “*amigas fuertes son esos lazos que compartíamos en el barrio desde niñas, jugando y peleando y haciendo de todo un poco*”, vínculos que “*siguen hasta hoy en día*” y a los que se suman relaciones construidas en distintas etapas del trabajo y del estudio, con quienes aún comparte “*mis preocupaciones... mis cosas fuertes*” (*Jazmín, 68 años, Montevideo*).

Así mismo, relatos como el de Lupe: “*Tengo un grupo de amigas desde los cinco años... si me pasa algo sin duda llamo a mis amigas. Cuando me separé, me fui a vivir a la casa de una de ellas. Mis amigas son de fierro...*” (*Lupe, 61 años, Montevideo*), permiten observar una fuerte valorización de las amistades de toda la vida, construidas en el colegio, el barrio o la universidad, que se mantienen activas a lo largo del Curso de Vida y se reactivan en momentos críticos. En la misma línea, Alstroemeria señala que sus amigas del colegio y de la universidad constituyen sus principales confidentes, aquellas a quienes recurre cuando atraviesa dificultades personales, reafirmando la centralidad de estos vínculos electivos frente a otros lazos: “*Mis amigas son lo primero. Yo valoro mucho la amistad que tengo con ellas [...]y realmente quiero mucho a mis amigas. Necesito esos espacios porque yo estoy con mi marido todo el día, todo el día. Entonces le digo: ‘Me voy con mis amigas, nos vemos esta noche, a la hora que pueda llegar’.* Él no es tan amiguelo, es muy dependiente de mí, y a mí me carga un poco eso” (*Alstroemeria, 63 años, Bogotá*).

Sin embargo, a diferencia de Uruguay, donde las amistades suelen presentarse como redes relativamente autónomas respecto de la familia, en Colombia se observa con mayor frecuencia una superposición entre vínculos familiares y amistosos. Varias entrevistadas describen relaciones de confianza que se entrelazan con la familia extensa, es decir sobrinas que funcionan como amigas, hermanas que ocupan el lugar de principal sostén emocional, o parientes y conocidos-as del entorno cercano que se integran como parte del círculo íntimo, configurando redes densas donde los límites entre parentesco y amistad se vuelven difusos. En un testimonio recogido en Bogotá, esta centralidad de la familia aparece con claridad cuando la entrevistada afirma que, ante un problema, recurre antes que nada a su hermana: *“yo no soy de muchas amigas [...] en la parte de problemas no esbozo mucho mis problemas con otra persona. De pronto mi hermana sí, ‘mira estoy mal, me pasó esto...’”*. Al mismo tiempo, relativiza la estabilidad de las amistades a lo largo del tiempo: *“tuve amigas de 20 años... pero cada una coge su camino”* (Rosa 1, 62 años, Bogotá). Este tipo de relatos muestra que, más que constituir esferas diferenciadas, amistad y parentesco tienden a imbricarse, reforzando la centralidad de la familia como espacio privilegiado de apoyo emocional, pero también concentrando en ella las expectativas de cuidado y escucha.

En los relatos, las amistades funcionan como espacios de confianza y apoyo emocional, pero también como recursos concretos en momentos de crisis, en donde se proporciona alojamiento, cuidado de hijos-as, ayuda económica o acompañamiento en situaciones de enfermedad y violencia. En varios testimonios colombianos, las entrevistadas destacan la importancia de *“tener con quién tomarse un tinto”* (Rosa, 61 años, Bogotá), conversar y reír, subrayando el valor cotidiano de la sociabilidad femenina como fuente de bienestar emocional. Como señala Rosa, estos encuentros simples permiten *“hablar, distraerse y no quedarse uno sola con lo que le pasa”* (Rosa, 61 años, Bogotá), mostrando cómo la conversación cotidiana opera como sostén afectivo frente a las dificultades.

Junto a las amistades, la participación en espacios comunitarios, en especial en las mujeres montevidéanas, aparece como un eje central en la construcción de redes. Moniya relata una trayectoria marcada por una intensa implicación en ámbitos educativos, barriales y cooperativos, donde el compromiso colectivo se traduce en vínculos duraderos y sentidos de pertenencia:

“Trabajé mucho en la comisión vecinal, en la comisión de padres de la escuela [...] después en la secretaria de una comisión barrial. Hoy estoy viviendo en una cooperativa, con ese espíritu cooperativista, apoyando lo que pueda, integrando comisiones electorales.” (Moniya, 65 años, Montevideo)

En la vejez, los vínculos barriales y recreativos adquieren un peso particular, funcionando como redes de cercanía que ofrecen apoyo cotidiano sin requerir una intimidad total. El relato de Fito muestra cómo, tras la viudez, los vínculos vecinales y los espacios recreativos sustituyen parcialmente otras redes que se debilitan:

“Después que falleció W. [su esposo] sentí mucho apoyo de la vecina de arriba... no es que le cuente mi vida, pero es una persona con la cual cuento. Y el grupo que tengo hoy es el del club; después del juego nos quedamos a tomar algo, una vez por semana por lo menos.” (Fito, 64 años, Montevideo)

Estos vínculos, aunque menos intensos que las amistades históricas, cumplen un rol clave en la prevención del aislamiento y en el sostenimiento de rutinas, afectando positivamente la CV en la vejez.

Estas experiencias muestran que las redes comunitarias no solo amplían el entramado relacional disponible, sino que también producen reconocimiento social, utilidad y continuidad biográfica, elementos centrales para la CV, especialmente tras la jubilación. El barrio, el club, los espacios recreativos y las organizaciones comunitarias aparecen como ámbitos clave para la construcción de estas redes, especialmente en la adultez y la vejez. La participación en actividades colectivas no solo amplía los vínculos disponibles, sino que contribuye a sostener la salud física y emocional, a reforzar el sentido de pertenencia y a prevenir el aislamiento social.

Sin embargo, a diferencia del caso uruguayo, donde la participación comunitaria aparece con mayor frecuencia asociada a organizaciones barriales, cooperativas o clubes, en Colombia se registra una relación más ambivalente con el espacio comunitario, especialmente en contextos urbanos marcados por la inseguridad y la desconfianza. Varias entrevistadas expresan una distancia deliberada respecto de los-as vecinos-as y del entorno residencial, estableciendo vínculos funcionales basados en la ayuda puntual o la cordialidad, pero evitando relaciones de mayor intimidad. Como señala Incertidumbre: *“En el barrio no tengo amigos... tengo los vecinos, hay una señora con la que más interactúo, pero sin que estemos en el tú a tú... soy como sola, o sea es mi núcleo familiar, mis hermanos, mi hija es mi núcleo de comunicación, de ahí no tengo más”* (Incertidumbre, 62 años, Bogotá). En una línea similar, Amapola describe cómo el pasaje de formas de sociabilidad más cercanas a la vida en edificio implicó un retraimiento relacional atravesado por la desconfianza y experiencias de trato diferencial por vivir sola: *“Vivir en un edificio no es lo mismo, es muy inseguro. Tú tienes un apartamento con portería y una seguridad, entre comillas, pero desconfías del vecino... mejor no me meto con nadie... nadie sabe ni quién soy yo ni qué hago yo, porque además en el edificio anterior incluso me trataron mal por ser mujer sola”* (Amapola, 69 años, Bogotá).

En conjunto, la comparación entre Montevideo y Bogotá permite afirmar que las amistades y las redes comunitarias constituyen un componente central de la CV de las mujeres en ambos contextos, aunque su configuración, intensidad y posibilidades de sostén estén atravesadas por condiciones estructurales, trayectorias biográficas y normas de género específicas. En ambos países, estas redes descansan en gran medida sobre el trabajo relacional y afectivo de las mujeres, quienes invierten tiempo, energía y cuidado en sostener vínculos que, a lo largo del Curso de Vida, se transforman en recursos fundamentales para el bienestar emocional, la autonomía y el sentido de pertenencia. Este entramado vincular no solo organiza la vida social, sino que también incide directamente en la manera en que las mujeres experimentan y significan su propio bienestar.

c) Salud física y emocional autopercebida

Los relatos de las mujeres entrevistadas muestran que la salud emocional y física en la vejez no se reduce a la presencia o ausencia de enfermedades, sino que se construye como una experiencia biográfica y relacional, atravesada por trayectorias de cuidado, trabajo, violencias, pérdidas afectivas y desigualdades estructurales. La

salud aparece, en este sentido, como un proceso acumulativo, donde se expresan en el cuerpo y la subjetividad, los efectos de vidas sostenidas bajo lógicas de sobrecarga, responsabilidad moral y disponibilidad permanente hacia otros-as. Desde esta perspectiva, la salud autopercibida se evalúa menos en términos biomédicos, más a partir de la funcionalidad cotidiana, autonomía, dolor, acceso a cuidados y la posibilidad de sostener una vida y vínculos significativos.

Impactos de la salud en el cuerpo

Un eje transversal en los relatos es la irrupción del cuerpo como límite frente a trayectorias prolongadas de exigencia, sobrecarga y autoexigencia. En muchos casos, la enfermedad no aparece como un evento inesperado, sino como el resultado de un desgaste acumulado a lo largo del Curso de Vida, que obliga a interrumpir ritmos naturalizados y a reorganizar la vida cotidiana.

En el relato de Cynara, el cuerpo aparece como un cuerpo fragmentado, intervenido y medicalizado, atravesado por múltiples cirugías y diagnósticos: *“no tengo útero, no tengo tiroides”* (Cynara, 65 años, Montevideo), con hipertensión y diabetes tipo 2. Esta acumulación de intervenciones es leída por ella como una señal de alarma frente a un modo de vida insostenible: *“si sigo así van a seguir sacando pedazos de mi cuerpo”* (Cynara, 65 años, Montevideo). La enfermedad se vincula explícitamente con el sobreestrés laboral y académico, en un contexto de exigencia permanente: *“bancar la universidad sin apoyo creo que es imposible [...] eso llega un momento que a mí me desgastó muchísimo”* (Cynara, 65 años, Montevideo). El reconocimiento del límite se expresa en una frase contundente: *“yo con todo esto no puedo”*, que marca el pasaje del aguante silencioso a la búsqueda activa de cuidado, particularmente a través de la terapia psicológica sostenida en el tiempo.

En Girasol, la enfermedad irrumpe como un llamado a detenerse. Episodios como la uveítis, el cólico nefrítico y la necesidad de frenar durante varios meses aparecen resignificados retrospectivamente como señales del cuerpo frente a una trayectoria marcada por la hiperproductividad: *“yo no paraba, era adicta al trabajo”* (Girasol, 60 años, Montevideo). La experiencia de enfermedad se vuelve una instancia de introspección forzada, que habilita una revisión profunda de la identidad construida en torno al hacer constante y al rendimiento: *“tuve que hacer mi propio proceso de cuando uno es adicto al trabajo y es lo que te da la identidad”* (Girasol, 60 años, Montevideo). El cuerpo, en este relato, no solo enferma, sino que obliga a redefinir prioridades, ritmos y sentidos, instalando una nueva relación con el tiempo y con los propios límites.

Eli, por su parte, nombra de forma explícita la autoridad del cuerpo en el proceso de envejecimiento. Problemas en las piernas y dolores persistentes precipitan la decisión de jubilarse antes de lo previsto: *“pensaba seguir hasta los 65, pero el cuerpo dijo no, hasta acá y bueno, hay que respetar”* (Eli, 62 años, Montevideo). La idea de un cuerpo “sabio” condensa una concepción no medicalizada del límite, donde el deterioro físico no se vive solo como pérdida, sino también como criterio legítimo para reorganizar la vida y proteger la salud emocional: *“cuando estás dolorido... el contacto con la gente no es el mismo, terminás enojado con todo”* (Eli, 62 años, Montevideo).

En contraste con los relatos montevideanos, donde el cuerpo irrumpe mayoritariamente como límite tras

trayectorias prolongadas de sobreexigencia y desgaste, en los relatos bogotanos aparece con fuerza una autopercepción positiva de la salud física, asociada a prácticas activas de autocuidado, control preventivo y responsabilidad individual sobre el cuerpo. Varias entrevistadas se definen a sí mismas como sanas aun cuando presentan intervenciones quirúrgicas, accidentes, enfermedades crónicas o secuelas, lo que sugiere una noción de salud menos centrada en la ausencia de enfermedad, y más vinculada a la capacidad funcional, la autonomía y la energía cotidiana.

En casos como el Clavel, la corporalidad aparece como un cuerpo intervenido, implantes dentales, cirugías, accidentes reiterados, pero no vivido como un cuerpo frágil, sino como un cuerpo que se mantiene activo gracias al ejercicio, la alimentación cuidada y el control médico regular. El cuerpo no irrumpe aquí como límite, sino como un proyecto de mantenimiento, sostenido en prácticas conscientes de autocuidado: *“Entonces sí me cuido y me cuido más por eso, porque me gusta y porque sé que si no está uno bien físicamente, pues queda desbaratado y yo no quiero a estas horas de mi vida quedar desbaratado”* (Clavel, 64 años, Bogotá).

Sin embargo, este énfasis en el autocuidado convive con una normalización del estrés como causa de malestares físicos. Jaquecas, bruxismo, vértigo, problemas digestivos o somatizaciones aparecen reiteradamente asociados al trabajo, a la responsabilidad familiar o a eventos emocionales intensos, pero son relativizados, al tener expresiones como: *“me da poco”, “se me pasa”, “no es grave”,* (Clavel, 64 años, Bogotá). A diferencia de Uruguay, donde el cuerpo “dice basta” y obliga a frenar, en Colombia el cuerpo es frecuentemente gestionado para seguir funcionando, aun cuando presenta señales de desgaste. Esta gestión, no obstante, no está exenta de ambivalencias. Como reconoce Tulipán: *“Tengo que hacer algo para bajar de peso, por salud, pero no tengo la motivación. No me siento motivada. Como que digo: ‘Ay, ya soy así, ya’. Pero cuando una se pone a analizar, piensa: ‘¿Yo qué voy a hacer de más viejita? No está bien que esté en este peso, tengo que empezar a bajar’. Pero las ansiedades son más fuertes”* (Tulipán, 63 años, Bogotá).

En ambos contextos, el cuerpo aparece desgastado, y de la misma manera como agente activo que impone frenos cuando ya no es posible sostener la exigencia. La salud autopercebida se redefine entonces menos en términos de curación o normalidad biomédica, y más como un proceso de adaptación, aceptación y reordenamiento de la vida cotidiana. Envejecer con salud implica, para estas mujeres, aprender a escuchar el cuerpo, reconocer sus límites y legitimarlos frente a mandatos de productividad, disponibilidad y sacrificio que han estructurado gran parte de sus trayectorias vitales.

Salud mental y desgaste emocional

La salud emocional aparece estrechamente vinculada al trabajo remunerado, especialmente en trayectorias atravesadas por la vocación, el compromiso social y el cuidado de otros-as. En varios relatos, el trabajo es fuente de sentido, identidad y bienestar subjetivo, pero también de sobrecarga emocional sostenida.

Cynara identifica un sobreestrés crónico asociado al trabajo universitario y al acompañamiento constante de estudiantes, que la lleva a reconocer un límite subjetivo: *“CY: Yo creo que me di cuenta y dije, yo con todo esto no puedo, entonces empecé a ir a la terapia.”* (Cynara, 65 años, Montevideo).

La terapia, sostenida en el tiempo, se convierte en una estrategia central de autocuidado, no solo reparadora sino también preventiva. En otros casos, la búsqueda de apoyo psicológico emerge vinculada a experiencias intensas de cuidado y a la advertencia de terceros sobre los efectos emocionales acumulados. Como relata Incertidumbre:

“A nivel psicológico, como lo comenté, mi hija en este proceso me dijo: ‘Mamá, tienes que mirar, vas a somatizar, no duermes’. Yo le decía: ‘No, no estoy preocupada’. Entonces ella hizo la gestión, me consiguió un psicólogo. Este psicólogo ha trabajado con personas cuidadoras de adultos en estado terminal y me ha ayudado en la parte emocional. También me vinculé a un grupo virtual de un psicólogo especialista en personas cuidadoras; escucho las charlas, hago catarsis, lloro todo, pero luego ya quedo tranquila otra vez. La parte emocional la estoy trabajando con eso” (Incertidumbre, 62 años, Bogotá).

En la experiencia de una entrevistada, la superposición de trabajo institucional, militancia comunitaria, formación y cuidado familiar produce un desgaste normalizado, sintetizado en la frase reiterada “no me daba la vida” (Lazo de María, 64 años, Montevideo). El cansancio crónico, la angustia y las renunciadas laborales forzadas muestran cómo la salud mental se ve directamente afectada por condiciones laborales desiguales y por la feminización del cuidado.

Por otro lado, en los relatos bogotanos, la salud emocional aparece marcada por una alta capacidad reflexiva, pero también por una tendencia a considerar el malestar psicológico como algo esperable, manejable y, en cierto punto, individual. El trabajo remunerado y el compromiso con el cuidado siguen siendo fuentes de estrés y somatización, como en el caso de Buganvilía, que desarrolla problemas físicos y emocionales en contextos de sobrecarga laboral y cuidado familiar:

“a mí lo que más me preocupa es que me siento responsable porque me siento joven entonces es cuando me siento cansada, yo no puedo estar cansada. Mire mi hermana tiene 70 y no sé cuántos años como casi 80. El otro tiene 78. El otro tiene juepucha, no, yo tengo que tener mucha energía todavía y pues no sé lo que nos falte con ellos. Eso, eso sí, me genera mucha ansiedad. (Buganvilía, 60 años, Bogotá).

Como se puede inferir del testimonio, a diferencia de Montevideo, el desgaste emocional no siempre se traduce en interrupciones laborales o replanteos radicales del ritmo de vida. Eventos vitales de alto impacto, como el suicidio de un hermano, enfermedades graves o la muerte de familiares cercanos, ocupan un lugar central en la memoria emocional, pero suelen aparecer elaborados a través del tiempo, la terapia, el apoyo familiar o discursos de aceptación. En Alstroemeria, el duelo por el hermano se reconoce como el más profundo de la vida, con efectos prolongados en la crianza y en los miedos, pero se presenta como un proceso trabajado y, en gran medida, integrado:

“el duelo más fuerte que hecho en mi vida es el duelo de mi hermano, que duré muchos años haciendo y le decía yo, yo creo que, pues eso marcó muchas cosas en mi vida, obviamente en mis relaciones con mis hijos marco muchas cosas, porque un momento en que yo, por ejemplo, tuve un estrés super fuerte en esa época en que los chinos se ponen tan mamones y tan guardados y tan de todo yo tuve mucho miedo que

uno de mis hijos se suicidara.” (Alstroemeria, 63 años, Bogotá)

No obstante, el acceso a espacios terapéuticos no constituye una experiencia generalizada, sino más bien un recurso disponible para un grupo reducido de mujeres que, por su trayectoria educativa, inserción laboral o posibilidades económicas, lograron sostener procesos de atención psicológica. Para muchas otras, el afrontamiento del malestar emocional se realiza principalmente a través de redes afectivas y/o comunitarias (familiares, de amistad, religiosas), lo que evidencia desigualdades en el acceso a dispositivos formales de atención en salud mental.

En varios de los relatos, la ansiedad aparece con frecuencia asociada al envejecimiento propio y ajeno, así como a la responsabilidad percibida sobre hermanos mayores, parejas o familiares en situación de dependencia, lo que imprime a la vejez, especialmente en los testimonios bogotanos, un sentido de continuidad del deber de cuidado y de necesidad de “mantenerse fuerte” aun cuando el cansancio es reconocido. En contraste, en los relatos montevideanos el mayor acceso al tiempo libre tiende a resignificarse como un espacio legítimo de recuperación emocional y de atención a sí mismas: “*I: ¿Y qué planes tienes ahorita que te salga la jubilación? EL: Y digo, quedarme quieta no, porque me, la casa embrutece y no, mira, yo estoy dedicada a la militancia social y política*” (Eli, 62 años, Montevideo). Esta posibilidad de reapropiarse del tiempo se vincula estrechamente con la salud mental, ya que quienes logran disponer de momentos propios los invierten prioritariamente en actividades que fortalecen redes afectivas y comunitarias, como la participación social, los talleres, la actividad física, los espacios culturales o los encuentros con amigas, configurando prácticas que contribuyen al bienestar subjetivo y a la reconstrucción de la vida cotidiana más allá de las obligaciones de cuidado.

Violencias intrafamiliares y de género

La violencia intrafamiliar y de género aparece como un determinante central de la salud emocional y física, ya que sus efectos se acumulan y reaparecen a lo largo de la vida. No se trata de episodios aislados, sino de contextos prolongados de violencia que atraviesan infancia, juventud, maternidad y adultez.

Como se expuso antes, en relatos montevideanos como los de Gladiolo (66 años, Montevideo), Dama de la Noche (70 años, Montevideo) y Violeta (64 años, Montevideo), la violencia se inscribe directamente en el cuerpo, expresándose a través de amenorrea temprana, enfermedades crónicas, insomnio, angustia persistente y agotamiento emocional. La naturalización temprana de la violencia dificulta su identificación y posterga el cuidado propio, profundizando el daño. La recuperación del bienestar aparece estrechamente ligada al acceso a redes, trabajo y espacios terapéuticos. En Gladiolo, la terapia grupal permite resignificar la experiencia y reconstruir sentido, aunque conviviendo con secuelas físicas y emocionales duraderas.

En el caso bogotano, la violencia intrafamiliar y de género también aparece como un determinante central de la salud emocional y de las trayectorias de vida de las mujeres, aunque se manifiesta con particular fuerza en el plano del maltrato psicológico, el control y la desposesión simbólica, más que en la inscripción directa e

inmediata en el cuerpo, como se observa en varios relatos montevideanos. No se trata de episodios aislados, sino de contextos prolongados de dominación que atraviesan la vida conyugal, la maternidad y la relación con las familias de origen, y cuyos efectos se extienden en el tiempo. En relatos como el de *Incertidumbre (62 años, Bogotá)*, la violencia psicológica sostenida, encierro, descalificación constante, control de la movilidad, chantaje económico y emocional, produce una erosión progresiva de la autoestima.

A diferencia de los relatos montevideanos, donde la violencia se reconoce tempranamente como daño corporal y emocional, en Bogotá el maltrato aparece largamente naturalizado, legitimado por mandatos culturales de matrimonio indisoluble, sacrificio femenino y aguante, lo que posterga la ruptura y profundiza sus efectos. En los relatos de *Orquídea (61 años, Bogotá)* y *Rosa (61 años, Bogotá)*, la violencia aparece también como experiencia intergeneracional. Historias de padres profundamente machistas, golpes a las mujeres de la familia, abandono y desprotección económica configuran un trasfondo donde la violencia se vuelve parte del paisaje cotidiano y condiciona las elecciones afectivas posteriores. En términos de salud, la violencia en los relatos bogotanos no siempre se traduce en enfermedades corporales explícitas, pero sí, en marcas emocionales persistentes, miedos, hipervigilancia, evitación de nuevas relaciones y una fuerte orientación a la autoprotección.

Soledad y vejez

La vejez es la etapa en la que muchas de estas mujeres reorganizan sus vínculos desde la necesidad de seguridad emocional y control sobre la propia vida. Esta etapa se constituye así en un momento de especial reconfiguración de las redes afectivas, a partir de la jubilación, la viudez, el alejamiento de los hijos-as y el deterioro de la salud, lo cual transforma profundamente la vida cotidiana, las formas de vinculación, y la CV aparece estrechamente asociada a la disponibilidad y estabilidad de redes significativas.

Los relatos muestran, en este sentido, que la soledad no es una experiencia homogénea. Para algunas mujeres, vivir solas por primera vez implica miedo, vulnerabilidad y una sensación de desprotección asociada al envejecimiento, donde la ausencia de redes cercanas intensifica el malestar emocional y limita la autonomía. Para otras, en cambio, la vida en solitario se vive como una conquista tardía, asociada a la libertad, la autodeterminación y el bienestar, especialmente luego de trayectorias prolongadas de cuidado y convivencia obligada con parejas, resignificando el estar solas no como carencia sino como una forma de reparación biográfica.

En algunos relatos, la soledad se asocia directamente al miedo, al deterioro físico, al dolor y a la muerte, configurándose como una experiencia anticipatoria que impacta en el bienestar emocional cotidiano. Angélica expresa con claridad esta dimensión, donde el temor no es solo a morir, sino a hacerlo en soledad y con sufrimiento:

“Morirme me voy a morir, lo que pido es no tener dolor... me da miedo el dolor y el estar sola también. A veces de noche no me podía dormir porque tenía miedo de eso, de morirme, cerrar los ojos, que nadie...” (Angélica, 70 años, Montevideo)

Aquí, la soledad se entrelaza con el cuerpo envejecido y vulnerable, y comienza a incidir en decisiones concretas, como viajar sola o no, mostrando cómo las percepciones emocionales condicionan la autonomía y la movilidad en la vejez. Este temor, lejos de ser abstracto, se traduce en restricciones prácticas que anticipan el vínculo entre soledad y salud autopercebida.

A diferencia de Montevideo, donde el temor se vincula principalmente al deterioro físico y a la muerte en soledad, en Bogotá el miedo se ancla fuertemente en el espacio público y en la posibilidad de sufrir violencia, robos o engaños. La experiencia de Amapola resulta ilustrativa en este sentido, ya que, tras haber sido víctima de un robo en su propio hogar, la percepción de inseguridad se expande y comienza a condicionar prácticas cotidianas como caminar sola, desplazarse por la ciudad o disfrutar actividades que antes resultaban placenteras. Aunque mantiene movilidad y autonomía funcional, el miedo “*está por todas partes*” (Amapola, 69 años, Bogotá) y erosiona progresivamente el bienestar subjetivo.

Este temor no es abstracto ni descontextualizado, sino que se articula con la conciencia del cuerpo envejecido y con problemas de salud acumulados. En los relatos bogotanos, la salud física aparece marcada por enfermedades crónicas, cirugías reiteradas, caídas, dolencias articulares, problemas visuales y afecciones autoinmunes, que intensifican la percepción de fragilidad. La posibilidad de enfermar o sufrir un accidente activa de manera recurrente la pregunta por quién cuidará, quién responderá y con qué recursos se contará, evidenciando que la soledad en la vejez se experimenta como un riesgo concreto y no solo como una vivencia emocional. El relato de Manto de María (61 años, Bogotá) expresa con claridad lo anterior, ya que vivir sola se asume como una decisión ética, no invadir la vida de la hija, no reproducir relaciones de dependencia, pero al mismo tiempo abre un escenario de preocupación constante frente a la vejez avanzada, la eventual pérdida de la madre y la ausencia de una red cotidiana de cuidado. Hijas, hijos, hermanos-as y parejas aparecen como cuidadores potenciales, pero las entrevistadas muestran una conciencia aguda de los límites de estas redes, tanto por las cargas que ya enfrentan como por la necesidad de respetar sus proyectos de vida.

En Montevideo algunos relatos resignifican la soledad como una elección consciente, asociada a la preservación de la autonomía y al rechazo de relaciones que impliquen dependencia emocional o pérdida de control sobre la propia vida. Fabiana construye una narrativa provocadora donde la soledad se presenta como una forma de liberación frente a mandatos afectivos tradicionales: “*Divinamente sola... No necesito mensajes, no necesito que me digas nada. Esa es la evolución de la mujer.*” (Fabiana, 60 años, Montevideo) En este caso, la soledad no aparece como carencia, sino como una posición activa frente a los vínculos, que desafía los modelos normativos de pareja y compañía en la vejez femenina.

Por último, la soledad también aparece asociada a procesos de pérdida y reconfiguración de redes significativas, especialmente tras relaciones de larga duración. En el relato de Fito, la muerte del esposo implica una reorganización profunda de los apoyos emocionales, donde la hermana y las amigas ocupan un lugar central: “*Antes fue mi esposo... los últimos años le contaría más a él que a mi hermana. Después, los momentos difíciles otra vez con mi hermana*” (Fito, 64 años, Montevideo). Este pasaje evidencia que la soledad en la vejez no es

solo ausencia de vínculos, sino transformación de las formas de apoyo y de intimidad, y que la calidad de las redes disponibles resulta clave para atravesar el duelo y sostener el bienestar emocional.

Desde una perspectiva de género, la soledad de las mujeres en la vejez aparece profundamente marcada por vidas largas dedicadas al cuidado de otros-as. Para algunas mujeres, vivir solas por primera vez implica desorientación y angustia; para otras, representa una experiencia inédita de sí mismas, asociada a libertad y autodeterminación. Esta diferencia pone de relieve que no es la soledad en sí misma la que impacta negativamente en la CV, sino su carácter impuesto y la ausencia de redes disponibles. Cuando la soledad es elegida y se encuentra sostenida por vínculos afectivos, comunitarios o familiares accesibles, puede constituirse en una experiencia positiva y reparadora.

Discusión

La discusión que se presenta a continuación retoma los tres ejes analíticos definidos en la construcción teórica anterior sobre CV, es decir: trabajo remunerado y no remunerado, construcción de vínculos afectivos y autopercepción de la salud física y emocional, esto con la intención de ponerlos en diálogo con los hallazgos empíricos y con la literatura relevante sobre el tema. El objetivo no es reiterar los resultados, sino interpretarlos a la luz de debates regionales sobre desigualdad de género, la economía del cuidado, regímenes de bienestar y envejecimiento, entendiendo que las experiencias analizadas expresan configuraciones estructurales que atraviesan a la región, aunque adopten formas específicas según los contextos nacionales.¹⁴

En este proceso, el cuidado aparece como una categoría emergente y transversal que no había sido inicialmente delimitada como dimensión autónoma de análisis, pero que se revela fundamental para comprender la articulación entre los tres ejes mencionados. Como se pudo evidenciar, el cuidado atraviesa las trayectorias laborales, modela la construcción de los vínculos y condiciona las experiencias corporales y emocionales asociadas a la salud, mostrando que la CV en las vejezes no puede entenderse como un estado alcanzado en una etapa particular, sino como el resultado de procesos acumulativos desarrollados a lo largo del Curso de Vida. Desde esta perspectiva, los apartados siguientes analizan cómo dichas dimensiones se entrelazan, evidenciando que las desigualdades observadas en las vejezes remiten a historias sociales más amplias de distribución del trabajo, los afectos y la protección social.

Trabajo remunerado y autonomía económica a lo largo del Curso de Vida

El acceso al trabajo remunerado constituye una dimensión central de la autonomía de las mujeres a lo largo del Curso de Vida, pero también revelan que dicha autonomía no se produce de manera automática ni homogénea.

¹⁴ Sin perder de vista las limitaciones señaladas en el apartado metodológico, cabe recordar que las experiencias analizadas corresponden mayoritariamente a mujeres con educación media y superior. La discusión que sigue considera el nivel educativo cuando resulta relevante para comprender diferencias en sus trayectorias, sin perder de vista que este perfil específico delimita el alcance interpretativo de los hallazgos.

Un primer punto crítico en las trayectorias analizadas es el truncamiento de la trayectoria educativa, que aparece como uno de los momentos iniciales de acumulación de desigualdades. Como señala la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2021), mucho antes de que las personas ingresen al mercado laboral aparecen desigualdades que limitan su participación, muchas veces comienza en el acceso a la educación. En esta investigación la interrupción al acceso a la educación formal, muchas veces vinculada a mandatos familiares, condiciones económicas o expectativas de género, limita desde etapas tempranas las posibilidades de inserción en trabajos estables, calificados y bien remunerados, con efectos persistentes a lo largo del tiempo (Amarante & Sojo, 2015; Banco de la República, 2025). En los dos contextos analizados y según los datos cuantitativos, vemos que las mujeres en Montevideo suelen contar con mayores niveles de educación que las mujeres en Bogotá, esto puede deberse a la democratización temprana de la educación en Uruguay (Fernández Aguerre, 2009), lo cual ha contribuido a mejorar la preparación académica de las mujeres, favoreciendo su incorporación al mundo laboral.

Desde una perspectiva de Curso de Vida, estos truncamientos educativos no operan como eventos aislados, sino como puntos de inflexión que reconfiguran trayectorias laborales. Aun entre las mujeres que lograron retomar estudios o alcanzar niveles educativos medios y altos, los relatos muestran que la educación no garantizó un acceso equitativo al mercado de trabajo ni a condiciones laborales acordes a la calificación alcanzada. Esta evidencia dialoga con hallazgos regionales que señalan que, incluso cuando las mujeres acumulan más años de educación que los hombres, continúan enfrentando mayores tasas de informalidad, empleos de tiempo parcial y brechas salariales persistentes (Medina Hernández & Fernández Gómez, 2021; Vaca-Trigo, 2019; Becerra, et al, 2023). En este marco, la autonomía económica, entendida como la capacidad de controlar recursos, activos e ingresos propios, aparece estructuralmente limitada por desigualdades de género arraigadas en los mercados laborales latinoamericanos (Bidegain, 2017).

Un elemento central que atraviesa estas trayectorias laborales es la “*penalidad a la maternidad*” (Caro Guevara, 2023). La maternidad no solo introduce interrupciones en la continuidad laboral, sino que también produce desventajas acumulativas en términos de inserción, estabilidad, ingresos y crecimiento laboral. Tal como muestran diversos estudios, las madres trabajadoras enfrentan una penalización tanto en el empleo como en los salarios en comparación con mujeres sin hijos y, de manera aún más marcada, frente a los padres trabajadores, lo que se traduce en menores tasas de empleo, mayor precariedad y mayores dificultades de ascenso (OIT, 2021). Estas dinámicas de penalización dialogan con una tradición crítica que ha mostrado cómo históricamente la división sexual del trabajo, a través de la asignación de roles por sexo, subordina estructuralmente a las mujeres al ámbito privado/familiar y a la desvalorización de su rol, configurando la forma capitalista de organizar el trabajo (Federici, 2010), donde las mujeres continúan asumiendo la mayor parte del trabajo no remunerado, limitando su tiempo disponible para el mercado laboral y reforzando trayectorias laborales discontinuas (Medina Hernández y Fernández Gómez, 2021; OIT, 2021). Para ejemplificar, se ha mostrado que, al tomarse licencias maternales más largas, muchas mujeres experimentan dificultades para recuperar niveles

salariales comparables a los de los hombres, situación que empeora cuando se inicia un nuevo trabajo o se recurre a la informalidad laboral (Rosenfeld, 1996; Batthyány, Genta, & Perrotta, 2018). Así, la maternidad opera como un mecanismo estructural de producción de desigualdad en la medida en que interrumpe o condiciona la inserción laboral de muchas mujeres, limita la continuidad de sus trayectorias de empleo y reduce sus ingresos a lo largo del Curso de Vida. De este modo, el trabajo remunerado pierde capacidad para constituirse en una base sólida de autonomía económica.

En este sentido, los resultados dialogan críticamente con enfoques que asocian de manera lineal trabajo remunerado y autonomía. Si bien el trabajo ocupa un lugar relevante como fuente de identidad, reconocimiento social y sentido de utilidad, las experiencias analizadas muestran que no todo trabajo produce autonomía en el largo plazo. Trayectorias marcadas por la informalidad, la concentración en sectores feminizados (como el trabajo doméstico remunerado, los servicios de cuidado, o la educación inicial), los salarios bajos y la inestabilidad reducen la capacidad del trabajo para funcionar como soporte de seguridad económica y bienestar sostenido a lo largo de las trayectorias. Esta ambivalencia se observa con particular claridad en el contraste entre contextos como Uruguay y Colombia. Como se evidenció en los resultados cuantitativos, mientras que en Uruguay el mercado laboral se caracteriza por mayores niveles de formalidad, estabilidad y protección social (Amarante, Arim, & Yapor, 2015), en Colombia predomina una estructura laboral altamente segmentada, con una fuerte presencia de empleo informal, trabajo por cuenta propia y ocupaciones precarias, especialmente entre las mujeres (Banco de la República, 2025). La informalidad constituye así una diferencia estructural clave entre ambos contextos, ya que no solo implica menores ingresos, sino también ausencia de derechos laborales, desprotección social, inestabilidad y mayor vulnerabilidad frente a crisis económicas. (Becerra et al., 2023; Amarante & Sojo, 2015).

Es así como la literatura regional ha mostrado que la informalidad es uno de los principales mecanismos de reproducción de la desigualdad en América Latina, afectando de manera desproporcionada a las mujeres, quienes se concentran en sectores de baja productividad, bajos salarios y escasa protección social (Medina Hernández y Fernández Gómez, 2021), situación que se recrudeció en contexto de pandemia (CEPAL, 2021; OIT, 2021). En estos escenarios, la informalidad produce efectos acumulativos a lo largo del ciclo vital, deteriorando las posibilidades de acceso a seguridad social, ahorro y protección en la vejez (Amarante y Sojo, 2015). En este marco, la autonomía económica aparece como un proceso condicionado por estructuras laborales desiguales, regímenes de protección social fragmentados y sistemas de cuidado feminizados. (Medina Hernández y Fernández Gómez, 2021).

Ahora bien, estas desigualdades se expresan con particular crudeza en las vejeces de las mujeres, donde las trayectorias laborales previas adquieren un peso determinante. Los truncamientos educativos, la informalidad, la discontinuidad laboral, la penalidad materna y la segregación ocupacional se traducen en mayores dificultades para acceder a pensiones contributivas y en una mayor dependencia de esquemas no contributivos o de redes

familiares. En contextos de alta informalidad, como el colombiano, amplios sectores de mujeres llegan a la vejez sin protección previsional, quedando expuestas a escenarios de desprotección económica y vulnerabilidad social (Becerra et al, 2023; Amarante y Sojo, 2015). En este sentido, la desprotección en la vejez no constituye una falla individual, sino el resultado acumulado de mercados laborales desiguales, regímenes de cuidado inequitativos y sistemas de seguridad social insuficientemente inclusivos como los latinoamericanos (Sojo, 2017).

En este sentido, los resultados de esta investigación permiten sostener que la jubilación opera como un mecanismo de cierre del Curso de Vida, que sintetiza y cristaliza desigualdades previas. Como vimos, mientras que en Montevideo algunas mujeres logran convertir la jubilación en tiempo propio, autonomía y participación social, en Bogotá la ausencia o insuficiencia de protección previsional tiende a producir vejez marcadas por la necesidad de seguir trabajando, la dependencia familiar y la exposición a riesgos económicos. Sin embargo, incluso en el contexto montevideano, la autonomía en la vejez aparece fuertemente mediada por el capital laboral, educativo y relacional acumulado, así como por la existencia de redes familiares y de pareja que amortigüen los efectos de jubilaciones insuficientes (Aguirre Cuns & Scavino Solari, 2018).

En síntesis, esta investigación muestra que el trabajo remunerado ocupa un lugar ambivalente en las trayectorias de las mujeres adultas mayores, ya que constituye una fuente relevante de identidad, reconocimiento y autonomía, pero también un espacio atravesado por desgaste, penalizaciones acumuladas y desigualdades persistentes. La maternidad, la inserción laboral informal y la precariedad previsional no operan como dimensiones aisladas, sino como procesos interrelacionados que, a lo largo del Curso de Vida, configuran trayectorias vulnerables. En este sentido, pensar el vínculo entre trabajo y autonomía desde una perspectiva de género implica desplazar miradas individualizantes y reconocer que no se trata únicamente de si las mujeres trabajaron o no, sino de las condiciones en que lo hicieron (en el caso de hayan podido), del tipo de autonomía que lograron construir, de las barreras que encontraron y de los costos que esa inserción tuvo en el largo plazo.

La incorporación de las mujeres al mercado laboral, entonces, no implicó una redistribución del trabajo doméstico y de cuidado, sino una acumulación de roles y responsabilidades que recayó principalmente sobre las mujeres. En este marco surge la metáfora de la “mujer pulpo”, que alude a la supuesta capacidad “natural” de las mujeres para desempeñarse simultáneamente como madres, trabajadoras, parejas, cuidadoras y dirigentes, todo al mismo tiempo (Medina Hernández & Fernández Gómez, 2021, p. 86).

El cuidado como eje transversal y estructurante del Curso de Vida

Desde una perspectiva feminista y de Curso de Vida, el cuidado se configura como un eje transversal que atraviesa las trayectorias biográficas de las mujeres desde edades tempranas hasta las vejez, influyendo de manera decisiva en sus condiciones de vida, su autonomía y sus formas de envejecer (Aguirre Cuns & Scavino Solari, 2018). En esta investigación, el cuidado no fue asumido *a priori* como una esfera separada del trabajo

remunerado o no remunerado, sino que emergió analíticamente como una dimensión que articula y resignifica las tres variables analizadas desde la CV. A lo largo del trabajo de campo, se hizo evidente que las experiencias de inserción al mundo laboral, las configuraciones de las redes afectivas y las formas de transitar la salud y la enfermedad están profundamente modeladas por responsabilidades de cuidado que organizan tiempos, decisiones y oportunidades. Lejos de constituir un evento aislado, el cuidado se presenta, así como una experiencia acumulativa y persistente, profundamente naturalizada, que acompaña a las mujeres a lo largo de todo su Curso de Vida (Carrasco, Borderías, & Torns, 2011). En este sentido, más que un ámbito específico, el cuidado opera como una categoría relacional que recorre y estructura el conjunto de dimensiones analizadas, por lo que requiere ser problematizado en sí mismo para comprender cómo se producen y reproducen las desigualdades que marcan el envejecimiento de las mujeres.

Las trayectorias de cuidado se inician tempranamente, en la infancia y la adolescencia, cuando muchas mujeres comienzan a socializarse en roles de apoyo doméstico y atención a otros-as en el ámbito familiar, en un proceso profundamente arraigado en la división sexual del trabajo (Federici, 2010; Carrasco, Borderías, & Torns, 2011; Hernández-Bello, 2022). Desde la niñez, aprenden que cuidar constituye una extensión *natural* de la feminidad, asociada al afecto, la disposición moral y el espacio privado, lo que contribuye a invisibilizar el carácter laboral del cuidado y, a transformarlo en una obligación ética más que en una práctica social que deba ser reconocida y redistribuida (Molinier, 2011). A partir de esta socialización inicial, el cuidado se consolida como una práctica cotidiana que se prolonga hacia la adultez (en la atención de hijos-as, parejas, padres envejecidos o nietos-as) incluso cuando las propias mujeres comienzan a experimentar deterioros físicos o a requerir apoyo (Batthyány & Scavino, 2020). Esta vinculación temprana tiene efectos de largo plazo, pues condiciona decisiones educativas, limita la participación en el mercado laboral y moldea trayectorias marcadas por interrupciones, informalidad o retiros anticipados (OIT, 2021). Desde una perspectiva de Curso de Vida, el cuidado no solo acompaña la vida de las mujeres, sino que la estructura, delimitando oportunidades futuras e incidiendo directamente en las condiciones materiales y subjetivas de su envejecimiento (González Torralbo, 2018).

Sobre esto, la literatura feminista ha demostrado que la economía considerada productiva se sostiene sobre el trabajo de cuidado, mayoritariamente no remunerado, invisible y desigualmente distribuido por género (Federici, 2010; Fraser, 2016; Esping-Andersen, 2000; Carrasco, Borderías, & Torns, 2011). En América Latina, cerca del 80 % del trabajo de cuidados no pagado es realizado por mujeres, quienes además concentran una parte significativa del cuidado remunerado. Estas actividades resultan fundamentales para la reproducción social y el bienestar colectivo, siendo escasamente reconocidas (Hernández-Bello, 2022). Tal como señala Hochschild (2008), el reconocimiento discursivo del cuidado no ha ido acompañado de transformaciones estructurales. Esta tensión se vuelve especialmente visible desde una mirada de Curso de Vida, ya que las mujeres no solo cuidan más que los varones, sino que lo hacen durante más tiempo, con efectos acumulativos sobre su salud, su inserción laboral, su autonomía económica y su CV en la vejez.

En la adultez, lejos de disminuir, las responsabilidades de cuidado tienden a intensificarse. Madres, esposas, hijas y abuelas conforman una cadena de cuidados (González Torralbo, 2018) que se desarrolla en un contexto de profundas transformaciones demográficas y epidemiológicas, como el envejecimiento poblacional, aumento de enfermedades crónicas y discapacidades, y una creciente demanda de cuidados de largo plazo (Hernández-Bello, 2022). Este escenario produce una doble situación de vulnerabilidad, en la que las mujeres son simultáneamente cuidadoras y potenciales receptoras de cuidado, en contextos de escasa oferta institucional. La literatura y la evidencia empírica en esta investigación evidencia que la carga de cuidado en edades avanzadas genera efectos acumulativos en la salud física y mental, restringe la vida social y profundiza la dependencia económica, especialmente entre mujeres sin ingresos propios ni redes de apoyo sólidas. (González Torralbo, 2018) Estas desigualdades se expresan de manera diferenciada según la posición socioeconómica, el nivel educativo, la trayectoria laboral y el acceso a servicios, reproduciendo brechas entre mujeres y entre países.

En este marco, el análisis comparado entre Bogotá y Montevideo permite observar cómo distintos arreglos institucionales producen experiencias diferenciadas de cuidado, trabajo y envejecimiento. En el caso uruguayo, y particularmente en Montevideo, se registra un avance significativo en el reconocimiento del cuidado como problema público, impulsado por una sólida producción académica desde enfoques feministas, marxistas y socialistas que problematizaron tempranamente el trabajo doméstico, la división sexual del trabajo y la organización social de la reproducción (Aguirre, Batthyány, Genta, & Perrota, 2014). Estos debates se tradujeron en el plano político con la creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC)¹⁵ en 2015, política pionera en la región que promovió la corresponsabilidad entre Estado, mercado, familias y comunidad, reconociendo a las personas cuidadoras como sujetas de derechos.

Este enfoque se inscribe en una lógica de desfamiliarización que, aunque parcial, busca ampliar la autonomía femenina y mitigar la histórica asignación del cuidado a las mujeres (Batthyány & Genta, 2020). No obstante, la evidencia muestra que, incluso en este contexto institucionalmente más favorable, el cuidado continúa estructurando las trayectorias vitales de las mujeres, con efectos persistentes sobre la inserción laboral, los ingresos y las condiciones de envejecimiento (Scavino, 2023).

Diversos estudios han permitido además dimensionar la magnitud del trabajo no remunerado en Uruguay. La Encuesta de Cuidados No Remunerados en Salud evidenció un fuerte sesgo de género en su provisión, donde las mujeres representan el 76,6 % de quienes realizan estos cuidados, concentrándose especialmente entre los 46 y 65 años, etapa en la que suelen coexistir responsabilidades hacia generaciones mayores y descendientes (Batthyány, Genta, & Perrota, 2017; Batthyány & Genta, 2020). A su vez, los imaginarios sociales continúan

¹⁵ El Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC) surge en Uruguay como una política pública de enfoque universal y de derechos, orientada a superar el modelo de cuidado familiar no remunerado, históricamente sostenido por las mujeres. Parte del diagnóstico de una “crisis del cuidado” asociada a transformaciones demográficas, laborales y culturales, y promueve la corresponsabilidad entre Estado, familias, mercado, comunidad y entre varones y mujeres, reconociendo el cuidado como un derecho y una función social (MIDES, 2025). (www.sistemadecuidados.gub.uy).

reproduciendo un fuerte familismo, en la Encuesta Nacional de Representaciones Sociales del Cuidado la mayoría de la población consideraba deseable que el cuidado se brinde en el hogar y por familiares, especialmente en los sectores socioeconómicos más bajos (Batthyány, Genta, & Perrotta, 2013) Asimismo, los estudios intergeneracionales muestran el pasaje desde un modelo de mujeres dedicadas casi exclusivamente al hogar en la década de 1950 hacia generaciones con creciente inserción laboral femenina, aunque sin una redistribución equivalente del trabajo doméstico y de cuidados (Batthyány & Genta, 2020). La generación que combinó maternidad y empleo desde los años ochenta operó como bisagra, marcada por la doble jornada y la naturalización de la sobrecarga, mientras que, en cohortes más recientes, pese a la mayor consolidación de proyectos laborales femeninos, persisten desigualdades asociadas al nivel socioeconómico, la oferta de cuidados y las condiciones de empleo.

El caso uruguayo muestra que, aun en un contexto de mayor reconocimiento institucional del cuidado y de avances en políticas públicas, el cuidado continúa estructurando profundamente las trayectorias vitales de las mujeres. La persistencia del familismo a pesar de esfuerzos institucionales y académicos, la segmentación de la oferta de servicios y la insuficiente redistribución del cuidado entre géneros limitan el potencial transformador de estas políticas y explican la reproducción de desigualdades en el trabajo, la autonomía y el envejecimiento de las mujeres.

En contraste, Colombia mantiene una organización social del cuidado fuertemente familiarista y mercantilizada, en la que las responsabilidades recaen principalmente sobre los hogares y, dentro de ellos, sobre las mujeres (Pineda Duque & Munévar, 2020; Hernández-Bello, 2022). Aunque en años recientes se han registrado avances parciales en su reconocimiento público, como la creación del Sistema Distrital de Cuidado de Bogotá, con iniciativas como la incorporación de las manzanas de cuidado¹⁶ (Tribín, Newball, & Granda, 2023) y los debates en torno a un Sistema Nacional de Cuidados (DNP, 2025), la ausencia histórica de un dispositivo integral a nivel nacional, sumada a la orientación de mercado del sistema de salud y bienestar, ha reforzado la naturalización del trabajo femenino no remunerado y la persistencia de desigualdades de género.

En este contexto, el cuidado doméstico se caracteriza por su invisibilidad, falta de remuneración y alta sobrecarga, con efectos acumulativos sobre la salud, la autonomía económica y la participación social de las mujeres (Pineda Duque & Munévar, 2020). La evidencia muestra que las mujeres dedican más del doble de tiempo que los varones a actividades domésticas y de cuidado, configurando una carga global de trabajo superior incluso cuando participan en el mercado laboral (Hincapié Aldana & Parra García, 2015). Este fenómeno presenta además un marcado sesgo socioeconómico, ya que quienes se dedican exclusivamente al cuidado no

¹⁶ Las Manzanas del Cuidado son una estrategia territorial del Sistema Distrital de Cuidado de Bogotá, orientada a articular en un mismo espacio servicios públicos dirigidos a personas cuidadoras y a quienes requieren cuidados. Integran programas, servicios y acciones institucionales bajo un enfoque de corresponsabilidad que involucra al Estado, el sector privado, la sociedad civil, las comunidades y las familias, promoviendo la redistribución social del cuidado y el reconocimiento de quienes lo realizan. El Sistema Distrital de Cuidado está conformado por 24 entidades (14 prestadoras de servicios y 10 con equipamientos ancla), y su gobernanza recae en la Secretaría Distrital de la Mujer. Disponible en: <https://sistemadecuidado.gov.co/que-son/>

remunerado pertenecen mayoritariamente a sectores de menores ingresos y niveles educativos, lo que restringe sus oportunidades laborales futuras y refuerza trayectorias de vulnerabilidad acumulada (Hincapié Aldana & Parra García, 2015; Pineda Duque & Munévar, 2020).

Si bien la Ley 1413 de 2010¹⁷ y la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo constituyeron hitos en la visibilización estadística de la economía del cuidado, este reconocimiento no se ha traducido en una redistribución efectiva de responsabilidades entre Estado, mercado y familias (Pineda Duque & Munévar, 2020). En el cuidado de las personas mayores persiste el supuesto de que la familia, es decir, las mujeres, son las principales garantes, lo que resulta cada vez más tensionado por los cambios familiares, la informalidad laboral y la creciente participación femenina en el empleo (Robles, 2006; Pineda, 2011; Arango Gaviria & Molinier, 2011).

Ante esto, las respuestas estatales han sido fragmentarias y focalizadas. En el marco de una baja cobertura pensional, predominan subsidios monetarios insuficientes para garantizar autonomía económica, mientras que parte de la provisión de cuidados se resuelve mediante el mercado, reforzando la segmentación social del acceso (Pineda Duque & Munévar, 2020). Este modelo se sostiene, además, sobre un pilar altamente feminizado y precarizado, como lo es el trabajo doméstico remunerado, desempeñado mayoritariamente por mujeres pobres y frecuentemente atravesadas por desplazamientos producto de conflicto interno y desigualdades estructurales, reproduciendo jerarquías de clase, raza y género.

Así, el caso colombiano evidencia que, en ausencia de un sistema público, el cuidado continúa operando como un eje estructurante de las trayectorias vitales de las mujeres, condicionando su inserción laboral, su autonomía económica y sus formas de envejecer, confirmando que la CV en la vejez no puede comprenderse sin considerar las trayectorias de cuidado acumuladas a lo largo del Curso de Vida (Gonzálvez Torralbo, 2018; Aguirre Cuns & Scavino Solari, 2018).

El análisis desarrollado permite afirmar que, tanto en Colombia como en Uruguay, las familias continúan siendo el principal escenario donde se organiza, se realiza y, al mismo tiempo, se invisibiliza el trabajo de cuidados. La familia opera como un dispositivo central de asignación de responsabilidades en el que el cuidado se sostiene de manera desproporcionada sobre las mujeres y se legitima a través de imaginarios profundamente arraigados en torno al afecto, el amor, el deber moral y el instinto maternal. En este marco, el cuidado aparece frecuentemente revestido de un lenguaje moral y afectivo que contribuye a su despolitización, ya que se cuida no solo por amor, sino también por obligación, compromiso, culpa o deuda intergeneracional. (Hernández-Bello, 2022).

¹⁷ Con esta ley se incorporó la economía del cuidado al sistema de cuentas nacionales, representó un hito importante en la visibilización estadística del trabajo no remunerado. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=40764>

En este escenario, donde el cuidado permanece fuertemente anclado a la esfera doméstica y sostenido por mandatos de género, resulta necesario observar qué otros entramados relacionales emergen para complementar, aliviar o tensionar esa centralidad familiar. Es precisamente en ese margen donde adquiere relevancia el análisis de las redes de afecto, comunitarias y de participación social, en tanto espacios que amplían, de cierta forma, las posibilidades de sostén cotidiano, reconocimiento y construcción de bienestar más allá de la familia, y que permiten comprender cómo las mujeres negocian, redistribuyen o resignifican las cargas de cuidado a lo largo de su Curso de Vida.

Construcción de redes de afecto, comunitarias y participación social

Las redes de afecto y comunitarias constituyen un componente central de la CV y del bienestar, particularmente en contextos donde el cuidado se organiza de manera familiarista y recae de forma desproporcionada sobre las mujeres. Estas redes no solo cumplen una función instrumental, sino que tienen una dimensión relacional, emocional y subjetiva, que incide en la manera en que las personas experimentan su vida cotidiana, su autonomía y su proceso de envejecimiento (Herrera & Guzmán, 2012).

Desde esta perspectiva relacional, la vida de calidad es impensable sin tomar en cuenta la comunidad. Las personas dependen de otras no solo para sobrevivir, sino también para dotar de sentido sus experiencias, atravesar momentos de vulnerabilidad y compartir logros y afectos (Herrera & Guzmán, 2012). Diversos estudios han demostrado que la participación en actividades grupales y la existencia de vínculos afectivos significativos se asocian a mejores niveles de salud, mayor bienestar subjetivo e incluso mayor longevidad, en comparación con situaciones de aislamiento social. Sin embargo, el acceso a estas redes no es igual para todas las personas ni se distribuye de manera neutral desde el punto de vista de género (Herrera & Guzmán, 2012)

En el caso de las mujeres, como ya se ha evidenciado, la construcción de redes de afecto y comunitarias a lo largo de la vida se encuentra atravesado por su inserción en la familia y por el tiempo disponible fuera de las múltiples responsabilidades de cuidado y trabajo que asumen (Federici, 2010). Tal como señala Cristina Carrasco (2001), las necesidades humanas no se limitan a bienes y servicios, sino que incluyen de manera central los afectos, el cuidado y las relaciones, dimensiones indispensables para vivir en comunidad y sostener la vida. No obstante, estas mismas dimensiones afectivas han sido históricamente utilizadas para justificar la asignación del cuidado a las mujeres y para invisibilizar el trabajo material, emocional y relacional que este implica (Carrasco, Borderías, & Torns, 2011).

La organización familiarista del cuidado condiciona de manera significativa las posibilidades de las mujeres de construir y sostener redes por fuera del ámbito doméstico. La dedicación intensiva a estas tareas reduce el tiempo y la disponibilidad subjetiva para cultivar relaciones de amistad, vecindad, participación comunitaria o incluso vínculos de pareja (Hernández-Bello, 2022). De este modo, la familia funciona simultáneamente como red de sostén y como espacio donde se reproducen mandatos de género que asignan a las mujeres la

responsabilidad principal de mantener los lazos y garantizar la cohesión relacional. En este entramado, las relaciones de pareja emergen como vínculo de importancia en la vida de las mujeres. En muchos casos, la unión temprana aparece menos como una elección reflexiva que como un mandato social, operando como vía legítima de salida del hogar de origen, pero también como un espacio de reproducción de desigualdades y, en ocasiones, de violencias. La pareja no constituye necesariamente una red protectora, ya que puede habilitar sostén y expansión relacional, pero también transformarse en un factor de aislamiento, desgaste y deterioro de la CV.

Adicionalmente, los hallazgos permiten pensar las redes de apoyo como configuraciones relacionales dinámicas que desbordan el ámbito estrictamente familiar y se rearticulan según las condiciones materiales, afectivas e históricas de cada trayectoria. Cuando la familia nuclear, ya sea a través de la familia de origen o de la pareja, no logra garantizar sostén suficiente, emergen formas ampliadas de sociabilidad, ya sea por medio de amistades (usualmente femeninas), barriales, comunitarias o institucionales, que operan como dispositivos de compensación frente a la vulnerabilidad. Estas redes, al no estar completamente regidas por la obligación normativa del parentesco, introducen reciprocidad y reconocimiento que inciden de manera significativa en la construcción del bienestar. Desde esta perspectiva, la CV no puede comprenderse como algo individual ni como resultado exclusivo de recursos materiales, sino como una experiencia situada que se produce en la densidad de los vínculos y en las posibilidades de participación social a lo largo del Curso de Vida.

La vejez, entendida como una trayectoria que se construye a lo largo del Curso de Vida se configura como un proceso profundamente relacional que condensa historias previas de integración, exclusión y sostén colectivo, poniendo de manifiesto que las condiciones del bienestar en las vejezes se juegan en la trama social que las personas logran construir y habitar a lo largo de su vida. Diversos estudios señalan que las mujeres mayores tienden a mantener vínculos sociales más densos que los varones, lo que se asocia a menores riesgos de aislamiento y mortalidad (Legato, 2014; Guajardo & Huneus, 2003; Aguirre Cuns & Scavino Solari, 2018); sin embargo, esta mayor densidad relacional convive con niveles más altos de soledad subjetiva (Monteiro & Bonilla, 2020), particularmente entre quienes viven solas, una situación fuertemente feminizada como resultado de la pérdida de la pareja, la mayor longevidad femenina y trayectorias atravesadas por la dependencia económica y trabajo no remunerado. La viudez emerge, en este sentido, como una transición clave en la reorganización de las redes afectivas, debido a que para algunas supone una experiencia de pérdida y vulnerabilidad, mientras que para otras abre la posibilidad de redefinir vínculos, acceder a mayores márgenes de autonomía o liberarse de roles de cuidado (Bury, 1996). Desde esta perspectiva, no es la soledad en sí misma la que impacta negativamente en la CV, sino su carácter impuesto y la ausencia de redes significativas; cuando es elegida y se encuentra sostenida por vínculos afectivos, comunitarios o institucionales accesibles, puede constituirse en una experiencia positiva e incluso reparadora.

En conjunto, los resultados evidencian que las redes afectivas, comunitarias e institucionales constituyen un componente central de la CV a lo largo de las trayectorias, en tanto operan como fuentes de sostén y apoyo,

pero también como espacios que pueden implicar demandas, sobrecargas y formas de desgaste, ampliando en algunos casos la autonomía y, en otros, reproduciendo relaciones de dependencia. Desde una perspectiva de género, se observa que las mujeres han sido históricamente las principales responsables de la construcción y el sostenimiento de estos entramados, muchas veces a expensas de su propio tiempo, salud y bienestar; no obstante, estas redes también se configuran como ámbitos privilegiados de agencia, resistencia y producción de sentido (Toro, 2018), especialmente en la vejez, etapa en la que la CV adquiere un carácter profundamente relacional y socialmente construido.

Autopercepción de la salud física y emocional

La percepción de la propia salud emerge del entrecruce entre el proceso de envejecimiento a lo largo del Curso de Vida, la autonomía funcional, las redes de apoyo, los roles de género y los arreglos institucionales de cuidado. Tal como señalan Bayarre Veá et al. (2006), la edad constituye un factor relevante en la aparición de discapacidad física; sin embargo, su impacto está mediado por variables sociales como el género, los sentimientos de soledad, la pérdida del rol social y la insatisfacción con las actividades cotidianas. Estos elementos inciden directamente en la valoración subjetiva del bienestar. Desde esta perspectiva, la salud autopercebida no puede entenderse como un atributo individual aislado, sino como un proceso relacional e históricamente situado.

En esta línea, Carme Valls-Llobet (2009) propone que la salud de las mujeres debe comprenderse en la intersección entre dimensiones biológicas, psicológicas y condiciones sociales de vida y trabajo. Esta perspectiva cuestiona la hegemonía del modelo biomédico centrado en la enfermedad, el cual ha tendido a invisibilizar los malestares específicos de las mujeres o a interpretarlos de forma reduccionista y descontextualizada. Por lo anterior, la menor valoración subjetiva de la salud femenina no puede atribuirse exclusivamente a diferencias biológicas, sino a la acumulación de riesgos, exigencias sociales y desigualdades estructurales que atraviesan las trayectorias vitales. Desde este enfoque, la salud deja de definirse como mera ausencia de enfermedad para entenderse como un proceso dinámico orientado a la construcción de autonomía personal, capacidad de decisión y energía vital para sostener una vida con sentido. Esta mirada permite reconocer que las desigualdades de género no sólo inciden en la aparición de patologías, sino también en la posibilidad efectiva de disponer de su tiempo, su cuerpo y de condiciones materiales que hagan viable el autocuidado.

El enfoque de Curso de Vida también posibilita comprender que muchas mujeres llegan a la vejez con una carga diferencial de vulnerabilidades asociadas a trayectorias laborales fragmentadas, menor acceso a ingresos propios y responsabilidades sostenidas de cuidado (Aguirre Cuns & Scavino Solari, 2018). Aunque las mujeres viven más años que los hombres, esta mayor longevidad suele acompañarse de mayores niveles de morbilidad, discapacidad y malestar subjetivo, lo que se ha llamado “*la paradoja de género en salud*” (Sen, Ostlin, & George, 2007).

Como ha mostrado la literatura de género en salud, la prolongación de la vida no implica necesariamente mejores condiciones para vivirla, sino con frecuencia una extensión de los efectos del desgaste físico y emocional acumulado (Hernández-Bello, 2022). Dichas condiciones se materializan en formas específicas de malestar, como cansancio crónico, dolor muscular, trastornos del sueño o dolencias difusas, que con frecuencia permanecen subestimadas o insuficientemente abordadas por los sistemas de salud. La evidencia señala, además, que las mujeres recurren con mayor frecuencia a servicios ambulatorios por afecciones crónicas asociadas al dolor y la fatiga, mientras que los varones presentan más episodios agudos que requieren hospitalización. Esta diferencia no sólo expresa perfiles epidemiológicos distintos, sino también modos divergentes de enfermar, vinculados a trayectorias laborales, condiciones sociales de vida y formas generizadas de organización del cuidado (Valls Llovet, 2009).

En este marco, los aportes de Legato (2014) permiten complejizar este fenómeno al señalar que las diferencias en longevidad responden a la interacción entre factores biológicos y sociales, como la distinta exposición a conductas de riesgo, la temporalidad diferencial de ciertas enfermedades y la mayor densidad de vínculos sociales femeninos en la vejez que actúan como factores protectores. Sin embargo, estos factores coexisten con desigualdades persistentes en la CV, lo que confirma que la salud no puede reducirse a la supervivencia, sino que debe analizarse en términos de autonomía, bienestar y posibilidad de sostener proyectos significativos.

Adicionalmente, desde una perspectiva de género, la discusión sobre salud y envejecimiento adquiere una complejidad particular al considerar que muchas mujeres adultas mayores no solo son receptoras de cuidado, sino que continúan desempeñando roles activos como cuidadoras, incluso en contextos de enfermedad, discapacidad o fragilidad propia (Alvarado, et al, 2011; Caqueo- Urizar & Gutiérrez-Maldonado, 2006). Esta persistencia de mandatos de género, que asignan a las mujeres la responsabilidad del cuidado a lo largo de todo el Curso de Vida, produce también efectos acumulativos sobre su salud física y emocional, y modela la forma en que ellas mismas evalúan su bienestar. La autopercepción de la salud se vincula, así, no solo con la capacidad funcional o la autonomía en las actividades cotidianas, sino también con el reconocimiento social, el sentido de utilidad y la posibilidad de sostener vínculos significativos (Cardona, Estrada, & Agudelo, 2006; Herrera & Guzmán, 2012).

En este marco, el cuerpo emerge como un espacio de inscripción biográfica (Le Breton, 2002) donde se condensan las huellas de la sobrecarga, el trabajo no remunerado y las desigualdades de género acumuladas a lo largo del Curso de Vida. Más que un dato meramente biológico, el cuerpo envejecido se presenta como un territorio socialmente producido, en el que se materializan las condiciones históricas de vida y donde se hacen visibles los límites de trayectorias sostenidas bajo lógicas de disponibilidad permanente hacia otros-as. En sintonía, Valls Llobet (2009) advierte que las transformaciones subjetivas no pueden pensarse al margen de las condiciones materiales de existencia, pues resulta difícil modificar actitudes o proyectos vitales en un “cuerpo cansado y agotado por la doble jornada” y por la acumulación de microviolencias cotidianas. El cuerpo aparece

así no sólo como soporte de la experiencia, sino como mediación concreta entre estructura social y vivencia individual, revelando cómo las desigualdades se encarnan, se cronifican y condicionan las posibilidades mismas de cuidado de sí en la vejez.

En el caso colombiano, la salud autopercebida de las mujeres mayores no puede comprenderse al margen de la organización social del cuidado y del modelo de política sanitaria vigente. Como ya se ha expuesto, el cuidado en Colombia se encuentra fuertemente familiarizado y descansa de manera desproporcionada sobre las mujeres, quienes asumen roles centrales como proveedoras de cuidado a lo largo de todo el Curso de Vida. Esta centralidad tiene efectos directos sobre su salud física y emocional, expresándose en elevados niveles de sobrecarga, afecciones somáticas, trastornos del sueño, estrés, ansiedad y síntomas depresivos (Pineda Duque & Munévar, 2020; Gómez, Peñas, & Parra, 2016). La carga subjetiva del cuidado, caracterizada por sentimientos persistentes de culpa, preocupación, tristeza e insatisfacción, se entrelaza con una carga objetiva vinculada a la restricción del tiempo propio, el debilitamiento de las redes sociales y el deterioro de la seguridad económica, configurando un escenario particularmente adverso para una percepción positiva de la salud (Hernández-Bello, 2022).

Estos procesos se relacionan también con las diferencias en la organización de los sistemas de salud. En Colombia, el modelo de aseguramiento instaurado en la década de 1990, basado en la lógica de mercado, el aseguramiento individual y la segmentación según capacidad de pago, ha producido una atención fragmentada y centrada en la enfermedad, trasladando a los hogares, y especialmente a las mujeres, la responsabilidad de articular, sostener y complementar los cuidados frente a barreras institucionales persistentes (Hernández-Bello, 2022; Pineda Duque & Munévar, 2020). Para muchas mujeres mayores, esto implica envejecer mientras continúan gestionando trámites, costos y apoyos cotidianos en contextos de escaso respaldo estatal, lo que repercute en experiencias de desgaste y en una peor salud autopercebida.

En Uruguay, en cambio, la mayor presencia estatal en el sistema de salud y el más reciente sistema de cuidados, ha ampliado la cobertura y reducido parcialmente la dependencia exclusiva de las familias, mejorando las condiciones objetivas de vida en la vejez (Amarante, Arim & Yapor, 2015); no obstante, estas políticas no logran revertir completamente las desigualdades de género acumuladas a lo largo del Curso de Vida, por lo que muchas mujeres llegan igualmente a edades avanzadas con menores recursos, trayectorias laborales más interrumpidas y una carga histórica de trabajo de cuidado no remunerado. En este contexto, la salud autopercebida de las mujeres mayores en Montevideo no se explica únicamente por la mayor cobertura sanitaria o por la disponibilidad formal de servicios, sino que continúa estando profundamente atravesada por mandatos de género persistentes, por las huellas de trayectorias vitales desiguales y por la forma en que se resignifica el paso a la vejez. Aun cuando el acceso a la atención médica y a dispositivos de cuidado reduce situaciones de desprotección extrema, la experiencia de bienestar se encuentra estrechamente ligada a dimensiones relacionales y simbólicas, como el reconocimiento social, la autonomía en la toma de decisiones y la posibilidad de sostener

una participación activa en la vida social y comunitaria.

Así mismo, la salud emocional se encuentra profundamente imbricada con las trayectorias laborales y vocacionales, en especial en mujeres cuya identidad se configuró en torno al compromiso con el trabajo, el cuidado de otros-as y la responsabilidad social. Como señala Carme Valls-Llobet (2009), la salud mental de las mujeres se sitúa históricamente en la encrucijada entre malestar y bienestar, atravesada por crisis vitales, experiencias traumáticas y condiciones sociales que raramente han sido consideradas en la atención sanitaria, tradicionalmente centrada en los síntomas físicos. En palabras de la autora:

“la salud mental de las mujeres ha sido una gran contradicción, por la sensación estimulada desde la cuna de la falta de valor propio, de no valer nada, y el mandato de que han de ser perfectas para hacerse perdonar un determinado pecado original. La sensación de culpa flota en muchas de sus decisiones y es un factor que limita la toma de decisiones con libertad. La imposición de ser madres ideales, perfectas a tiempo completo que es un mandato de género, las hace olvidarse de ellas mismas”. (Valls-Llover, 2009, pág. 126)

De acuerdo con lo anterior, podemos ver la manera en que la división sexual del trabajo y el confinamiento histórico de las mujeres al ámbito doméstico y privado contribuyeron a configurar subjetividades orientadas hacia los-as otros-as, donde el cuidado, la autoexigencia y la culpa operan como mandatos estructurantes que dificultan la construcción de un valor propio autónomo.

En este marco, factores como la sobrecarga doméstica, la falta de reconocimiento, la violencia, la precariedad económica o la ausencia de redes de apoyo constituyen determinantes centrales del malestar psíquico femenino. Así, la posibilidad de acceder a la jubilación, disminuir la carga laboral o contar con apoyos terapéuticos habilita procesos de reconfiguración identitaria y de reapropiación del tiempo propio, claves para la elaboración del malestar y la construcción de bienestar en la vejez.

En suma, la discusión evidencia que la salud autopercebida de las mujeres adultas mayores en Montevideo y Bogotá no puede analizarse al margen de los regímenes de cuidado, las políticas públicas y las desigualdades de género acumuladas a lo largo del Curso de Vida. Más que un reflejo directo del estado físico, la percepción de la salud se construye en una trama relacional donde confluyen autonomía, redes, reconocimiento y condiciones estructurales de protección social. Desde la perspectiva ecosocial propuesta por Krieger (2003), estas experiencias deben entenderse como procesos de encarnación de las inequidades sociales, en los que las desigualdades de género y las barreras económicas se inscriben materialmente en los cuerpos y condicionan tanto el acceso a servicios de salud de calidad como las posibilidades de sostener bienestar en la vejez. A su vez, la ética del cuidado¹⁸ desarrollada por Tronto (2020) permite comprender que la histórica asignación del

¹⁸ La ética del cuidado es una corriente de la filosofía moral y política que cuestiona los enfoques individualistas de la ética tradicional y sitúa la interdependencia, la responsabilidad relacional y la sostenibilidad de la vida en el centro del análisis. Autoras como Joan Tronto han desarrollado este enfoque mostrando que el cuidado no es sólo una práctica privada, sino una actividad social y política fundamental para la reproducción de la vida, cuya distribución desigual genera jerarquías y desigualdades estructurales. (Tronto, 2020)

trabajo de cuidado no remunerado a las mujeres no sólo organiza la vida social, sino que produce efectos diferenciales sobre su salud física y mental, en la medida en que quienes han dedicado gran parte de su trayectoria a cuidar a otros-as suelen postergar el cuidado de sí, acumulando riesgos, enfermedades crónicas y desgaste emocional. Visibilizar estas intersecciones permite problematizar los enfoques biomédicos y promover una comprensión integral de la salud en las vejezes, orientada no solo a vivir más años, sino a vivirlos con dignidad, bienestar y justicia de género. En conjunto, los resultados evidencian que la salud en la vejez constituye una dimensión central de la CV, construida en la intersección entre cuerpo, biografía, vínculos y condiciones materiales.

Conclusiones

Diría que la cuestión de la vida se halla en diversas maneras en el centro de gran parte de la teoría feminista y, en particular, de la filosofía feminista. La cuestión sobre la vida podría ser planteada de diversas formas: ¿Qué es la buena vida? ¿Cómo se ha concebido la buena vida de forma que las vidas de las mujeres no hayan sido incluidas en su conceptualización? ¿Qué sería la buena vida para las mujeres? Pero quizá haya otro asunto previo a estas cuestiones, todas ellas importantes, otro tema: la cuestión de la supervivencia misma. (Butler, 2006, pág. 290 en Valls-Llovet, 2009)

El principal aporte de esta investigación consiste en problematizar la noción de Calidad de Vida, frecuentemente utilizada como un indicador técnico aparentemente neutral. Los resultados muestran que las mediciones convencionales muchas veces resultan insuficientes para comprender la experiencia de las mujeres al envejecer, ya que dejan fuera dimensiones clave como la distribución histórica del trabajo no remunerado, las posibilidades reales de construir autonomía, el reconocimiento social del cuidado realizado, la salud atravesada por el cuerpo y el desgaste, así como las desigualdades estructurales que condicionan las trayectorias y los territorios. Desde esta perspectiva, la CV no es un estado observable únicamente mediante indicadores, sino una construcción relacional, histórica y situada, producida a lo largo del Curso de Vida en interacción con instituciones, políticas públicas, arreglos familiares y relaciones determinadas por las desigualdades de género.

Esta relectura de la CV tiene implicancias tanto analíticas como políticas. En el plano analítico, invita a integrar tiempo, lugar, género y biografía en la comprensión de las condiciones de vida; en el plano político, cuestiona los marcos tradicionales desde los cuales se ha pensado el bienestar. Si bien las políticas sociales han buscado históricamente proteger frente a la exclusión generada por las economías de mercado, el bienestar no es producido únicamente por el Estado, sino por la interacción entre Estado, mercado y familia. Resulta, por tanto, más adecuado hablar de sistemas de protección social o regímenes de bienestar, entendidos como configuraciones históricas en las que estos tres órdenes se articulan para producir las condiciones de vida de la población (Esping-Andersen, 1993; Hernández-Bello & Rico de Sotelo, 2011; Théret, 2006).

En América Latina, esta articulación ha descansado de forma persistente en la familia y, particularmente, en el trabajo no remunerado de las mujeres, reproduciendo procesos de familiarización del bienestar. En

coherencia con ello, los resultados de esta investigación muestran que la carga de cuidado no desaparece con la entrada en la vejez, sino que se reconfigura y, en muchos casos, se intensifica. Muchas mujeres continúan asumiendo responsabilidades hacia nietos-as, parejas con problemas de salud o familiares dependientes, incluso cuando ellas mismas enfrentan deterioro físico o limitaciones funcionales. La vejez no constituye, por tanto, un momento de retiro del trabajo de cuidado, sino una etapa en la que este adquiere nuevas formas y significados. Esto evidencia la necesidad de consolidar un sistema de cuidados que reconozca a las personas mayores como sujetas de derecho y no únicamente como proveedoras invisibles de bienestar. De allí la importancia de avanzar hacia una nueva arquitectura de política social orientada a la desfamiliarización, desesencialización y democratización del cuidado, así como a la promoción de la autonomía económica femenina y a la redefinición de los contratos generacionales y de género que sostienen los sistemas de protección (Esping-Andersen, 1993; Fraser, 2016).

En consecuencia, mejorar la CV en la vejez no puede limitarse a políticas compensatorias dirigidas exclusivamente a las personas mayores, sino que requiere intervenciones sostenidas a lo largo de todo el Curso de Vida. Esto implica reducir las brechas en seguridad social, educación, salud, vivienda y trabajo decente, ámbitos en los que se gestan desigualdades que luego se acumulan y se expresan con mayor intensidad en edades avanzadas (OIT, 2021). Progresar en esta dirección supone consolidar políticas públicas con enfoque de Curso de Vida y de género que redistribuyan el cuidado, fortalezcan la autonomía económica, promuevan la formalización del empleo y amplíen la protección social de las mujeres, garantizando al mismo tiempo condiciones materiales y simbólicas para el autocuidado y la participación social. Solo así la longevidad podrá traducirse en vidas efectivamente vivibles, y no en la prolongación de las desigualdades que han atravesado las trayectorias femeninas.

En este punto, esta investigación dialoga críticamente con enfoques biomédicos e individualizantes del envejecimiento, que tienden a reducir la CV en la vejez a indicadores funcionales o al control de la enfermedad. Si bien la Transición Epidemiológica ha transformado el perfil del envejecimiento, con la disminución de la mortalidad y el aumento de las enfermedades crónicas degenerativas, el desafío actual no reside únicamente en prolongar la vida, sino en aportar más vida a los años adicionales (Bayarre Veá et al., 2006; Fernández-Ballesteros y Maciá Antón, 1993). No obstante, centrar el análisis exclusivamente en la funcionalidad o en la autonomía física puede convertir el aumento de la esperanza de vida en una mera extensión de la incapacidad, sin interrogar las condiciones sociales que la producen y la distribuyen desigualmente.

En este marco, la autopercepción de la salud emerge como un indicador clave para comprender el bienestar en la vejez. Lejos de constituir una mera opinión individual, se trata de una medida sintética ampliamente utilizada en estudios poblacionales por su capacidad para anticipar mortalidad, morbilidad y uso de servicios de salud, y por integrar dimensiones físicas, emocionales y sociales de la experiencia del envejecimiento. Tal como muestra esta investigación, la manera en que las mujeres evalúan su propia salud no depende exclusivamente de

diagnósticos médicos, sino de trayectorias laborales, cargas de cuidado acumuladas, redes de apoyo y condiciones materiales de existencia. Incorporar la autopercepción permite, por tanto, captar cómo los procesos estructurales se inscriben en los cuerpos y son interpretados subjetivamente, enriqueciendo la comprensión demográfica del envejecimiento más allá de los indicadores clínicos tradicionales.

Asimismo, este trabajo dialoga con los estudios de población al proponer un desplazamiento analítico desde la medición estática del bienestar hacia la comprensión de los procesos biográficos y sociales que lo producen. En esta clave, el abordaje cualitativo constituyó una herramienta central para captar esta complejidad, al permitir acceder a dimensiones difícilmente visibles en mediciones estandarizadas, como el desgaste corporal acumulado, las tensiones entre autonomía y dependencia y las estrategias subjetivas de adaptación frente a trayectorias desiguales. Desde el enfoque de Curso de Vida, ampliamente desarrollado en la investigación sociodemográfica, las trayectorias individuales se configuran como una unidad analítica privilegiada para articular biografía e historia, permitiendo examinar cómo transiciones, eventos y puntos de inflexión se inscriben en contextos sociales específicos (Elder, 2001; Blanco, 2011). Esta mirada permite superar una visión fragmentada de la vejez y comprenderla como parte de un proceso dinámico de cambio y continuidad, en el que las interdependencias entre familia, trabajo, salud y cuidado configuran itinerarios heterogéneos.

En el caso de las mujeres, dichas trayectorias están profundamente atravesadas por la división sexual del trabajo y por responsabilidades de cuidado que no disminuyen con la edad, sino que se transforman, generando impactos acumulativos en los cuerpos, en el tiempo disponible y en las condiciones materiales de vida (González Torralbo, 2018). Integrar estas dimensiones permite a la demografía ampliar su capacidad explicativa, incorporando no sólo el momento en que ocurren los fenómenos poblacionales, sino también la manera en que son vividos, interpretados y significados por quienes los protagonizan.

Ahora bien, incorporar la dimensión subjetiva no implica desconocer las relaciones de poder que la atraviesan. Como advierte Valdivia (2020), el riesgo de una lectura acrítica de la subjetividad es naturalizar adaptaciones biográficas a contextos desiguales. Las aspiraciones, deseos y evaluaciones sobre la propia CV no se producen en el vacío, sino que están socialmente construidas en marcos históricos e institucionales específicos. En consecuencia, la valoración de las condiciones de vida no puede desligarse de las estructuras que las habilitan o las restringen, lo que vuelve imprescindible abordarlas de manera situada.¹⁹

En este sentido, el análisis comparado entre dos países de América Latina permitió visibilizar cómo estos procesos adquieren matices según los arreglos institucionales, los regímenes de bienestar y las formas de organización social del cuidado, mostrando que las desigualdades de género en las vejez no son homogéneas, sino contextualizadas. Esta perspectiva contribuye a reconocer que las experiencias de las

¹⁹ Esta lectura situada incluye considerar que las experiencias analizadas corresponden mayoritariamente a mujeres con educación media y superior, lo que delimita el alcance interpretativo de las conclusiones. Las trayectorias de mujeres mayores con menor nivel educativo pueden presentar configuraciones distintas, particularmente en lo que refiere al acceso a recursos y a las condiciones materiales del envejecimiento.

mujeres no son universalizables, dado que sus intereses y necesidades varían según su posición social, generacional y territorial (Crenshaw, 1989). Asimismo, el enfoque comparado constituyó un aporte central de la investigación al identificar no sólo diferencias entre contextos nacionales, sino también regularidades estructurales vinculadas a la división sexual del trabajo y a la persistente familiarización del bienestar, procesos que han modelado las trayectorias laborales, familiares y previsionales en América Latina, incidiendo de manera directa en las condiciones de vida en la vejez. Desde la perspectiva de los estudios de población, este ejercicio comparativo aporta una comprensión más profunda de los procesos demográficos, al revelar que detrás de indicadores agregados similares pueden coexistir trayectorias, significados y configuraciones institucionales profundamente distintas.

En síntesis, esta investigación demuestra que la CV en la vejez no es un atributo individual ni una consecuencia automática de la edad, sino el resultado de procesos históricos, institucionales y relacionales que se acumulan a lo largo del Curso de Vida. Comprenderla desde una perspectiva de género, de Curso de Vida y situada no sólo permite visibilizar desigualdades persistentes, sino también identificar los márgenes de transformación posibles. Pensar la vejez desde la justicia social implica, por tanto, intervenir no únicamente en la última etapa de la vida, sino en las estructuras que, desde mucho antes, distribuyen de manera desigual el tiempo, el cuidado, los recursos y las oportunidades.

Para los estudios de población, este enfoque supone un desplazamiento relevante, ya que invita a complementar la medición de tendencias agregadas con el análisis de trayectorias, arreglos institucionales y experiencias situadas que dan sentido a los procesos demográficos. Así, la demografía no sólo aporta evidencia sobre cuánto y cómo envejecen las sociedades, sino también sobre en qué condiciones sociales se produce ese envejecimiento y con qué desigualdades acumuladas.

En este sentido, los hallazgos de esta tesis constituyen un insumo para el diseño de políticas públicas más informadas, al evidenciar que las brechas observadas en la vejez tienen raíces tempranas y estructurales. Incorporar esta mirada permite avanzar hacia intervenciones preventivas y no meramente compensatorias, orientadas a redistribuir el cuidado, fortalecer la autonomía económica femenina, reducir la informalidad laboral y garantizar sistemas de protección social que acompañen las trayectorias a lo largo del tiempo.

No obstante, reconocer la diversidad de experiencias no implica desconocer la existencia de desigualdades estructurales ampliamente compartidas. Más allá de las diferencias contextuales y biográficas, las violencias, la sobrecarga histórica de cuidado no remunerado, la precariedad laboral y las barreras en el acceso a la protección social constituyen experiencias recurrentes en las trayectorias de muchas mujeres latinoamericanas. En contextos de envejecimiento poblacional acelerado, como es el caso de la región, el desafío no es solo gestionar el aumento de la longevidad, sino garantizar que esos años adicionales se vivan con dignidad. En este sentido, la evidencia producida por esta investigación ofrece herramientas para orientar decisiones públicas más sensibles al género, al Curso de Vida y a las desigualdades acumuladas, reafirmando que transformar las

condiciones del envejecer es una responsabilidad colectiva, ética y política.

Referencias Bibliográficas

- Aguirre, R., & Scavino, S. (2018). *Vejece de las mujeres: Desafíos para la igualdad de género y la justicia social en Uruguay*. Montevideo: Doble Clic Editoras. From <https://archivo.cepal.org/pdfs/ebooks/VejeceDelasMujeres.pdf>
- Aguirre, R., & Scuro Somma, L. (2010). *Panorama del sistema previsional y género en Uruguay: Avances y desafíos*. Santiago de Chile: CEPAL. From <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/efb5c38c-315f-436a-b6bd-e0885b44b15c/content>
- Aguirre, R., Batthyány, K., Genta, N., & Perrotta, V. (2014). Los cuidados en la agenda de investigación y en las políticas públicas en Uruguay. *Íconos*, 50, 43-60.
- Alvarado García, A., & Salazar Maya, A. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Rev. Gerokomos*, 25(2), 57-62. doi:<https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>.
- Alvarado, R., Oyanedel, X., Aliste, F., Pereira, C., Soto, F., & De la Fuente, M. (2011). Carga de los cuidadores informales de personas con esquizofrenia: un desafío pendiente para la reforma de la atención en salud mental. *Rev. de Salud Pública*, 2, 6-17.
- Amarante, V., & Sojo, A. (2015). Protección social y afiliación a los sistemas de pensiones en América Latina. In V. Amarante, & R. Arim, *Desigualdad e informalidad: Un análisis de cinco experiencias latinoamericanas* (pp. 37-56). Santiago de Chile: CEPAL.
- Amarante, V., Arim, R., & Yapor, M. (2015). Desigualdad e informalidad en el Uruguay. In V. Amarante, & R. Arim, *Desigualdad e informalidad: Un análisis de cinco experiencias latinoamericanas* (pp. 245- 284). Santiago de Chile: CEPAL. From <https://www.cepal.org/es/publicaciones/37856-desigualdad-informalidad-un-analisis-cinco-experiencias-latinoamericanas>
- Annas, J. (1996). Las mujeres y la calidad de vida: ¿Dos normas o una? In M. Nussbaum, & A. Sen, *La calidad de vida* (p. 588). México D.F: Fondo de Cultura Económica.
- Arango Gaviria, L., & Molinier, P. (2011). El cuidado como ética y como trabajo. In L. Arango Gaviria, & P. Molinier, *El trabajo y la ética del cuidado* (pp. 15-21). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Ariza, M., & de Oliveira, O. (2005). Unión conyugal e interrupción de la trayectoria laboral de las trabajadoras urbanas en México. In M. Coubés, M. Zabala, & R. Zenteno, *Cambio demográfico y social en el México del siglo XX. Una perspectiva de historias de vida*. Tijuana: El Colegio de la Frontera Norte.
- Artiles Visbal, L. (2007). Equidad de salud y etnia desde la perspectiva de género. *Rev. Cubana Salud Pública*, 33(3), 0-0. From http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000300008&lng=es&nrm=iso
- Balán, J., & Jelin, E. (1979). La estructura social en la biografía personal. *Estudios CEDES*, 2(9), 5-23. From https://repositorio.cedes.org/bitstream/123456789/3467/1/Est_c2,9.pdf
- Ballesteros, R. (1997). Calidad de Vida en la vejez: Condiciones diferenciales. *Rev. The UB journal of psychology*, 73, 89-104. From <https://revistes.ub.edu/index.php/Anuario-psicologia/article/view/9036>
- Banco de la República. (2025). *Nueva evidencia sobre la informalidad laboral y empresarial en Colombia*. Bogotá: Banco de la República. From <https://investiga.banrep.gov.co/es/espe/espe108>
- Batthyány, K., & Genta, N. (2020). Uruguay: Avances y desafíos en la investigación y las políticas públicas del cuidado. In N. Araujo Guimaraes, & H. Hirata, *El cuidado en América Latina* (pp. 219-259). Buenos Aires: Fundación Medifé.
- Batthyány, K., & Scavino, S. (2020). Las abuelas en la organización social del cuidado infantil. Reflexiones a partir del caso uruguayo. In M. Paredes, M. Carbajal, A. Ríos, L. Monteiro, R. Bonilla, A. Rivoir, . . . L. Infante, *Miradas interdisciplinarias sobre envejecimiento y vejez: Aportes del centro interdisciplinario de Envejecimiento* (pp. 189-212). Montevideo: CIEN.
- Batthyány, K., Genta, N., & Perrotta, V. (2013). *La población uruguaya y el cuidado. Análisis de representaciones sociales y propuestas para un Sistema de Cuidados en Uruguay*. Montevideo: MIDES.
- Batthyány, K., Genta, N., & Perrotta, V. (2017). Cuidados de salud no remunerados: ¿Cuál es el aporte de las

- mujeres y las familias al sistema sanitario uruguayo? *Rev. Estudios Feministas*, 25(1), 187-213.
- Batthyány, K., Genta, N., & Perrotta, V. (2018). *Uso de licencias parentales y roles de género en el cuidado*. Montevideo: MIDES.
- Bayarre Veá, H., Pérez Piñero, J., & Menéndez Jiménez, J. (2006). Las Transiciones Demográfica y Epidemiológica y la Calidad de Vida. *GEROINFO. PUBLICACIÓN DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA*, 1(3).
- Becerra, O., Ramírez Bustamante, N., Piñeros Ruíz, J., Tribín, A., & Gonzáles, D. (2023). *Protección económica en la vejez de las mujeres en Colombia*. Bogotá: Digna. Trabajo y Género. From https://bit.ly/Digna_Informe5
- Bernardi, L., Huinink, J., & Settersten, R. (2019). The life course cube: A tool for studying lives. *Rev. Advances in Life Course Research*, 41. doi:<https://doi.org/10.1016/j.alcr.2018.11.004>.
- Bidegain, N. (2017). *La agenda 2030 y la agenda regional de género. Sinergias para la igualdad en América Latina y el Caribe*. CEPAL.
- Blanco, A. (1985). La Calidad de Vida: Supuestos psicosociales. In F. Morales, A. Abarca, C. Casal, & J. Fernández-Dols, *Psicología social aplicada* (pp. 159-182). DDB.
- Blanco, M. (2011). El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollos. *Centro de investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social*, 5(8). From https://revistarelap.org/index.php/relap/article/view/194?utm_source=chatgpt.com
- Blanco, M., & Pacheco, E. (2003). Trabajo y familia desde el enfoque del curso de vida: Dos subcohortes de mujeres mexicanas. *Rev. Papeles de población*, 9(38), 159-193. From <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11203805>
- Blazquez Graf, N., Flores Palacios, F., & Ríos Everardo, M. (2012). *Investigación feminista: Epistemología, metodología y representaciones sociales*. México: Universidad Nacional Autónoma de México. From https://www.puees.unam.mx/curso2021/materiales/Sesion7/Blazquez2012_InvestigacionFeminista.pdf
- Bosch, M., Berstein, S., Castellani, F., Oliveri, M., & Villa, J. (2015). *Diagnóstico del Sistema Previsional Colombiano y opciones de reforma*. BID. From <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Diagn%C3%B3stico-del-sistema-previsional-colombiano-y-opciones-de-reforma.pdf>
- Bourdieu, P. (1997). *Razones prácticas sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Anagrama. From <https://epistemh.pbworks.com/f/9.+Bourdieu+Razones+Pr%C3%A1cticas.pdf>
- Brunet, N., & Márquez, C. (2016). Envejecimiento y personas mayores en Uruguay. In P. d.-U. multidisciplinaria, *Atlas sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay, fascículo 7*. Montevideo: Ediciones Trilce.
- Burke Johnson, R., & Onwuegbuzie, A. (2004). Mixed methods research: A research paradigm whose time has come. *Rev. Sage Journals*, 33(7). doi:<https://doi.org/10.3102/0013189X03300701>
- Bury, M. (1996). Envejecimiento, género y teoría sociológica. In S. Arber, & J. Ginn, *Relación entre género y envejecimiento: enfoque sociológico* (pp. 35-54). Madrid: Narcea.
- Cabella, W. (2007). *El cambio familiar en Uruguay: una breve reseña de las tendencias recientes*. Montevideo: UNFPA.
- Cabella, W., Fernández Soto, M., & Prieto, V. (2015). Las transformaciones de los hogares uruguayos vistas a través de los censos 1996 y 2011. In Programa de población-Unidad Multidisciplinaria, *Atlas sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay, fascículo 6*. Montevideo: Programa de Población.
- Caqueo- Urizar, A., & Gutiérrez-Maldonado, J. (2006). Burden of care in families of patients with schizophrenia. *Quality of life research*, 15, 719-724.
- Carbajal, M., Ciarniello, M., Lladó, M., & Paredes, M. (2010). El envejecimiento y la vejez desde la perspectiva de los actores políticos. In K. Batthyány, F. Berriel, M. Carbajal, S. Carlos, M. Ciarniello, A. Fassio, . . . A. Miño, *Envejecimiento, género y política pública: Coloquio regional de expertos* (pp. 119- 142). Montevideo: Lucida Ediciones.
- Cardona, D., Estrada, A., & Agudelo, B. (2006). Calidad de Vida y condiciones de salud de la población adulta mayor de Medellín. *Rev. Biomédica*, 206-215. From <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84326204>
- Caro Guevara, N. (2023). *Penalidad a la maternidad: evidencia en el mercado laboral*. Bogotá: Universidad de los Andes [Tesis de maestría].
- Carrasco, C. (2001). La sostenibilidad de la vida humana: ¿un asunto de mujeres? *Mientras tanto*(82).
- Carrasco, C., Borderías, C., & Torns, T. (2011). El trabajo de cuidados: antecedentes históricos y debates actuales. In C. Carrasco, C. Borderías, & T. Torns, *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas* (pp. 13-95). Madrid: La Catarata.

- CEPAL. (2006). *Manual sobre indicadores de Calidad de Vida en la vejez*. Santiago de Chile: CEPAL. From <https://www.binasss.sa.cr/opac-ms/media/digitales/Manual%20sobre%20indicadores%20de%20calidad%20de%20vida%20en%20la%20vejez.pdf>
- CEPAL. (2009). Lineamientos para una convención de los Derechos de las Personas Mayores. *III Reunión de seguimiento de la declaración de Brasilia, "Por los Derechos de las Personas Mayores"*. Santiago de Chile: CEPAL. From <http://www.scm.oas.org/pdfs/2012/CP27862S.doc>
- CEPAL. (2013). Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo. *Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe* (p. 32). Montevideo: CELADE.
- CEPAL. (2021). *La autonomía económica de las mujeres en la recuperación sostenible y con igualdad*. CEPAL.
- CEPAL. (2023). *Panorama del envejecimiento y tendencias demográficas en América Latina y el Caribe*. CEPAL. From <https://www.cepal.org/es/enfoques/panorama-envejecimiento-tendencias-demograficas-america-latina-caribe>
- CEPAL, UNFPA, OIJ. (2012). *Juventud y bono demográfico en América Latina*. Santiago de Chile: CEPAL. From <https://www.cepal.org/es/publicaciones/1495-juventud-bono-demografico-iberoamerica>
- Charmaz, K. (2012). The power and potential of grounded theory medical sociology. *Rev. A Journal of the BSA MedSoc Group*, 6(3), 2-15. From <https://ecrag.wordpress.com/wp-content/uploads/2014/02/charmaz-power-of-grounded-theory.pdf>
- Chenery, H. (1986). *El problema laboral colombiano: diagnóstico, perspectivas y políticas*. Bogotá: Contraloría General de la República.
- Cornejo, M. (2006). El enfoque biográfico: Trayectorias, desarrollos teóricos y perspectivas. *Psykhe*, 15(1), 95-196. doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282006000100008>
- Courgueau, D., & Lévièvre, E. (2001). *Análisis demográfico de las biografías*. México D.F: Colegio de México.
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. *Rev. University of Chicago Legal Forum*(1). From <https://chicagounbound.uchicago.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1052&context=uclf>
- Creswell, J. (2003). *Diseño de investigación: Enfoques cualitativo, cuantitativo y con métodos mixtos*. Thousand Oask: Sage Publications, Inc. From <https://es.scribd.com/document/659253475/Creswell-Enfoques-Cuantitativo-Cualitativo-y-Mixto>
- DANE. (2020). *DANE*. From Encuesta Nacional de Calidad de Vida: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/calidad-de-vida-ecv>
- DANE. (2021). *Personas mayores en Colombia: Hacia la inclusión y la participación*. Bogotá: DANE. From <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/notas-estadisticas/nov-2021-nota-estadistica-personas-mayores-en-colombia.pdf>
- DANE. (2025, 2 17). *DANE INICIO*. From Población: <https://www.dane.gov.co/>
- Di Pace, M., Suárez, F., & Calello, T. (2012). Procesos de urbanización y desarrollo, pobreza y calidad de vida. In M. Di Pace, & H. Caride, *Ecología de la ciudad*. Buenos Aires: Universidad Nacional de General Sarmiento.
- DNP. (2025, 02 12). *Departamento Nacional de Planeación*. From Dirección de Desarrollo Social- Sistema Nacional de Cuidado: https://www.dnp.gov.co/LaEntidad_/subdireccion-general-prospectiva-desarrollo-nacional/direccion-desarrollo-social/Paginas/sistema-nacional-de-cuidado.aspx
- Dunning, H., Janzen, B., Williams, A., Abonyi, S., Jeffery, B., Randall, J., . . . Carr, T. (2006). gender analysis of quality of life in Saskatoon, Saskatchewan. *Rev. GeoJournal*, 65(4), 393-407.
- Dyson, T. (2013). *Population and development: The demographic transition*. Zed Books.
- Elder, G. (2001). Life course: sociological aspects. In N. Smelser, & P. Baltes, *International encyclopedia of the social and behavioral sciences* (pp. 8817-8821). Elsevier- Oxford: Elsevier. doi:<https://doi.org/10.1016/B0-08-043076-7/02023-4>
- Elder, G., Johnson, M., & Crosnoe, R. (2003). The Emergence and Development of Life Course Theory. In J. Mortimer, & M. Shanahan, *Handbook of the Life Course. Handbooks of Sociology and Social Research*. Boston: Springer. doi:https://doi.org/10.1007/978-0-306-48247-2_1
- Esping-Andersen, G. (1993). *Los tres mundos del Estado de Bienestar*. Valencia: Alfons el magnanim ediciones.
- Esping-Andersen, G. (2000). La economía familiar. In G. Esping-Andersen, *Fundamentos sociales de las economías postindustriales* (pp. 69-100). Barcelona: Ariel.
- Federici, S. (2010). *Calibán y la bruja: Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Madrid: Traficante de Sueños.

- Fernández Aguerre, T. (2009). Desigualdad, democratización y pedagogías den el acceso a la educación superior de Uruguay. *Rev. de la educación superior*, 152(4), 13-32.
- Fernández-Ballesteros, R., & Macía Anton, A. (1993). Calidad de Vida en la vejez. *Rev. Intervención Social*, 6(1), 21-35.
- Fernández-Carro, C., Grande, R., Miret Gamundi, P., & Seiz, M. (2022). Generaciones y curso(s) de vida: Una mirada longitudinal a los retos demográficos contemporáneos. *Rev. Española de sociología*, 31(2). doi:https://doi.org/10.22325/fes/res.2022.105
- Fernández-Ortiz, Y., & Mora-Villalobos, C. (2022). Población adulta mayor en Colombia, 2020: Índice de envejecimiento poblacional, relación de dependencia demográfica y afiliación en salud. *Rev. Espacio y desarrollo*(39), 1-38. doi:https://doi.org/10.18800/espacioydesarrollo.202201.003
- Fitoussi, J., & Rosanvallon, P. (1997). *La nueva era de las desigualdades*. Buenos Aires: Manatial ediciones. From <https://es.scribd.com/document/461116412/345114403-Fitoussi-J-P-y-Rosanvallon-P-1997-La-Nueva-Era-de-Las-Desigualdades-Buenos-Aires-Manatial-Ediciones-pdf>
- Fraser, N. (2016). Las contradicciones del capital y los cuidados. *New Left Review*, 100, 111-132.
- Freixas, A. (2013). *Tan frescas: las nuevas mujeres mayores del siglo XXI*. Barcelona: Paidós.
- Fundación Saldarriaga, Fedesarrollo, PROESA, DANE. (2023). *Misión Colombia Envejece- Una investigación Viva*. Bogotá D.C, Colombia: Fundación Saldarriaga. doi:978-628-95980-2-5
- Gómez, A., Peñas, O., & Parra, E. (2016). Caracterización y condiciones de los cuidadores de personas con discapacidad severa en Bogotá. *Rev. de Salud Pública*, 18(3), 367-378.
- Gómez-Vela, M., & Sabeh, E. (2001). Calidad de Vida: Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. *Rev Gac Sanit*, 15(4), 24-43.
- González Torralbo, H. (2018). Envejecimiento y género: Investigación y evaluación de programas. *Rev. Prisma Social*(21).
- Guajardo, G., & Huneus, D. (2003). Las narrativas de la participación social entre los adultos mayores: Entre la reciprocidad y la desolación. *Notas de Población*, 30(77), 7-34.
- Harding, S. (1996). Rethinking standpoint epistemology: What Is 'Strong Objectivity'? In E. Fox Keller, & H. Longino, *Feminism and science: Oxford Readings In Feminism* (p. Parte IV Gender and Knowlegde). Oxford: Oxford University Press. doi:ttps://doi.org/10.1093/oso/9780198751458.001.0001
- Harding, S. (2012). ¿Una filosofía de la ciencia socialmente relevante? Argumentos en torno a la controversia sobre el Punto de vista feminista. In F. Flores Palacios, N. Blazquez Graf, & M. Ríos Everardo, *Investigación feminista: Epistemología, metodología y representaciones sociales* (pp. 39-66). México D.F: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Havighurst, R., & Albrecht, R. (1953). *Older People*. Toronto: Longmans. From <https://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=uva.x000469348&seq=8>
- Hernández-Bello, A. (2022). *El cuidado de la salud en las familias en Colombia. Política sanitaria, trabajo de las mujeres y desigualdad*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Hernández-Bello, A., & Rico de Sotelo, C. (2011). *Protección Social en Salud en América Latina y El Caribe: Investigación y políticas*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana. From <http://www.jstor.org/stable/j.ctt169zshp>
- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza Torres, C. (2018). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. México D.F: McGraw Hill Intercamericana Editores.
- Herrera, P., & Guzmán, H. (2012). Reflexiones sobre Calidad de Vida, dignidad y envejecimiento. *Rev. Médica Clínica las Condes*, 23(1), 65-76.
- Hincapié Aldana, A., & Parra García, I. (2015). El trabajo de las 'inactivas'. Estructura del trabajo no remunerado de mujeres urbanas y rurales clasificadas como económicamente inactivas. In *Investigas. Siete estudios realizados a partir de la Encuesta Nacional de uso del tiempo* (pp. 34-61). Bogotá: DANE.
- Hochschild, A. (2008). *La mercantilización de la vida íntima*. Buenos Aires: Kats Editores.
- Huenchuan, S. (2010). Envejecimiento y género: Acercamiento a la situación específica de las mujeres mayores en América Latina y las recomendaciones internacionales. In K. Batthyány, F. Berriel, M. Carbajal, S. Antonio Carlos, M. Ciarniello, A. Fassio, . . . A. Miño, *Envejecimiento, género y políticas públicas: Coloquio regional de expertos* (pp. 15-32). Montevideo: CIEN.
- Huenchuan, S., & Rodríguez-Piñero, L. (2010). *Envejecimiento y derechos humanos: situación y perspectivas de protección*. Santiago de Chile: Naciones Unidas, CEPAL.
- INE. (2024). *INE- Encuesta Continua de Hogares*. From Informalidad subutilización de la fuerza de trabajo: <https://www5.ine.gub.uy/documents/Demograf%C3%ADayEESS/HTML/ECH/Informalidad/Informe%20informalidad%20y%20subutilizacion%202024.html>
- INE. (2025, febrero 2). *Vistualizador Censo 2023*. From Población:

- <https://www5.ine.gub.uy/documents/VisualizadorCenso2023.html>
- Jaramillo De Mendoza, A. M. (2020). La organización familiar en la vejez: cambios en los arreglos residenciales en Colombia, 1973 y 2005. Disponible en: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.9789587814989>
- Krieger, N. (2003). Genders, sexes, and health: what are the connections-and why does it matter? *Rev. International journal of Epidemiology*(32), 652-657. doi:10.1093/ije/dyg156
- Le Breton, D. (2002). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Legato, M. (2014). Five reasons women live longer than men. *Health*. From <http://www.health.com/mind-body/why-do-women-live-longer-than-men>
- Leva, G. (2005). *Indicadores de calidad de vida urbana: Teoría y metodología*. Argentina: Tesis doctoral- Universidad Nacional de Quilmes.
- Livi-Bacci, M. (1993). *Introducción a la demografía*. Barcelona: Ariel.
- McCall, S. (1975). Quality of life. In A. Michalos, *Citation Classics from social indicators research* (pp. 117-136). doi:10.1007/BF00300538
- Medina Hernández, E., & Fernández Gómez, M. (2021). La autonomía económica de las mujeres latinoamericanas. *Apuntes del Cenes*, 40(72), 181-204. doi:<https://doi.org/10.19053/01203053.v40.n72.2021.12606>
- Michalos, A. (2004). Social Indicators Research and Health-Related Quality of Life Research. *Rev. Social indicators Research*, 27-72. doi:<https://doi.org/10.1023/A:1025592219390>
- MIDES. (2025, 02 12). *Sistema Nacional Integrado de Cuidados*. From Informe de la Secretaría Nacional de Cuidados: <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/sites/ministerio-desarrollo-social/files/documentos/publicaciones/Anexo%20Sistema%20de%20Cuidados.pdf>
- Molinier, P. (2011). Antes que todo, el cuidado es un trabajo. In L. Arango, & P. Molinier, *El trabajo y la ética del cuidado* (pp. 45-64). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia: La Carreta editores.
- Monroy Muñoz, S. (2012). *El continuo ginecobs-tétrico: experiencias de violencia ividas por mujeres gestantes en servicios de salud en Bogotá*. Bogotá: tesis de maestría: Universidad Nacional de Colombia. From <https://repositorio.unal.edu.co/items/d827012c-aa45-46a0-822e-9078472c8d9a>
- Monteiro, L., & Bonilla, R. (2020). La soledad como campo de estudio del envejecimiento. Una mirada interdisciplinaria. In M. Paredes, M. Carbajal, Á. Ríos, L. Monteiro, R. Bonilla, A. Rivoir, . . . L. Infante, *Mirades interdisciplinarias sobre envejecimiento y vejez: Aportes del Centro Interdisciplinario de Envejecimiento* (pp. 85-102). Montevideo: CIEN.
- Moñivas, A. (1998). Representaciones de la vejez (Modelos de disminución y de crecimiento). *Rev. Anales de psicología*, 14(1), 13-25. From <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16714103>
- Naciones Unidas. (1994). Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo 5 a 13 de septiembre*. Nueva York: Naciones Unidas.
- Naciones Unidas. (2002). *Declaración política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el envejecimiento*. New York: Naciones Unidas. From <https://www.un.org/esa/socdev/documents/ageing/MIPAA/political-declaration-sp.pdf>
- Naciones Unidas. (2015). *Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030*. Naciones Unidas.
- Naciones Unidas. (2019). *Inclusión de la discapacidad en el sistema de las Naciones Unidas*. Naciones Unidas. From https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/sp-un_disability_inclusion_strategy_report_01.pdf
- Ocampo, J., & Gómez-Arteaga, N. (2017). *Los sistemas de protección social, la redistribución y el crecimiento en América Latina*. Santiago de Chile: CEPAL. doi:10.18356/fe7d2b77-es
- OIT. (2021). *Informe IV: Las desigualdades y el mundo del trabajo*. Ginebra: Oficina Internacional del trabajo.
- Omran, A. (2005). The epidemiology transition: A theory of the epidemiology of population change. *The Milbank quarterly*, 731-757. doi:10.1111/j.1468-0009.2005.00398.x
- OMS. (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Rev. Española de geriatría Gerontol*, 37, 74-105.
- OMS. (2018). *Género y Salud*. From <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>
- ONU. (1954). *Report international definition and measurement of standards and levels of living*. New York: United Nations Publications. From <https://digitallibrary.un.org/record/1476522?ln=es&v=pdf>
- Organización de Estados Americanos (OEA);. (2015). Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. *Asamblea General: Cuadragésimo quinto período ordinario de sesiones, 15 al 16 de junio*. Washington D.C: OEA.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2002). 26.a. Conferencia Sanitaria Panamericana. *54.a Sesión del Comité Regional, 23 al 27 de septiembre*. Washington D.C: OPS.
- Osorio, P. (2010). Envejecimiento, género y políticas en Chile. In K. Batthyány , F. Berriel, M. Carbajal, S.

- Carlos, M. Ciarniello, A. Fassio, . . . A. Miño, *Envejecimiento, género y políticas públicas* (pp. 59-70). Montevideo: Lucida Ediciones.
- Paredes, M. (1999). *Fecundidad, maternidad y construcción social de la identidad femenina: Notas para un estudio en Uruguay*. Barcelona: Tesis de doctorado: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Paredes, M. (2020). Envejecer en Uruguay: una actualización de los datos disponibles. In M. Paredes, M. Carbajal, A. Ríos, L. Monteiro, R. Bonilla, A. Rivoir, . . . L. Infante, *Miradas interdisciplinarias sobre envejecimiento y vejez: Aportes del centro interdisciplinario de envejecimiento* (pp. 63-84). Montevideo: CIEN: Universidad de la República.
- Paredes, M., Ciarniello, M., & Brunet, N. (2010). *Indicadores sociodemográficos de envejecimiento y vejez en Uruguay: Una perspectiva comparada en el contexto latinoamericano*. Montevideo: Lucida Ediciones.
- Pineda Duque, J., & Munévar, D. (2020). La organización social de los cuidados en Colombia: mercantilización, profesionalización, desvalorización y resistencias. In N. Araujo Guimaraes, & H. Hirata, *El cuidado en América Latina* (pp. 169-218). Fundación Mediré.
- Pineda, J. (2011). La carga del trabajo de cuidado: Distribución social y negociación familiar. In L. Arango Gaviria, & P. Molinier, *El trabajo y la ética del cuidado* (pp. 135-155). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Piña, C. (1986). *Sobre las historias de vida y su campo de validez en las Ciencias Sociales*. Chile: FLACSO. From <https://flacso.cl/biblioteca/product/sobre-las-historias-de-vida-y-su-campo-de-validez-en-las-ciencias-sociales/>
- Pujadas Muñoz, J. (1992). El método biográfico: El uso de las historias de vida en Ciencias Sociales. *Cuadernos Metodológicos N 5*.
- Ramos Toro, M. (2018). Estudio etnográfico sobre el envejecer de las mujeres mayores desde una perspectiva de género y de curso vital. *Rev Prisma Social*(21), 75-107. From <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6521440>
- Riessman, C. (2002). Analysis of personal narratives. In J. Gubriun, & J. Holdstein, *Handbook of Interview Research* (pp. 695-710). Sage Publications.
- Roberti, E. (2017). Perspectivas sociológicas en el abordaje de las trayectorias: Un análisis sobre los usos, significados y potencialidades de una aproximación controversial. *Rev. Sociologías*, 19(45), 300-335. doi:<https://doi.org/10.1590/15174522-019004513>
- Robles, L. (2006). El cuidado a los ancianos: La feminización de la obligación filial. In L. Robles, F. Vázquez, L. Reyes, & I. Orozco, *Miradas sobre la vejez. Un enfoque antropológico* (pp. 247-287). México D.F: Plaza y Valdés Editores.
- Rodríguez-Villasante, T. (2014). El debate sobre el Buen Vivir y los problemas-caminos para medir los avances en la calidad de vida y la sustentabilidad. *Rev. Papeles de relaciones ecosociales y cambio global*(128), 61-78.
- Rosenfeld, R. (1996). Women's work histories. *Population and development Review*, 199-222.
- Saldise Esandi, A. (2015). *Calidad de Vida y envejecimiento activo: Unameta para la intervención con personas mayores*. Sevilla: Tesis doctoral- Universidad Pablo de Olavide. From <http://hdl.handle.net/10433/6966>
- Scavino, S. (2020). Ciudadanía real: Reflexiones sobre las bases sociales de las relaciones de cuidado en las vejez de las mujeres. In K. Batthyány, *Miradas latinoamericanas a los cuidados* (pp. 361- 410). Buenos Aires: CLACSO.
- Scavino, S. (2023). *Desigualdades en los cuidados de las vejez en situación de dependencia en Montevideo y Área Metropolitana*. Montevideo: Tesis doctoral: Universidad de la República. From <https://hdl.handle.net/20.500.12008/43972>
- SEDESOL. (2010). *Diagnóstico de las problemáticas de las madres con hijos pequeños para acceder o permanecer en el mercado laboral*. México: Sedesol. From https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/32296/Diagnostico_PEI_1_.pdf
- Sen, A. (1996). Capacidad y bienestar. In M. Nussbaum, & A. Sen, *La calidad de vida* (p. 588). México D.F: Fondo de Cultura Económica.
- Sen, G., Ostlin, P., & George, A. (2007). *Ka inequidad de género en la salud: desigual, injusta, ineficaz e ineficiente. Por qué existe y cómo podemos cambiarla* . <https://www.studocu.com/es-mx/document/universidad-autonoma-de-nuevo-leon/economia/la-inequidad-de-genero-en-lasalud-desigual-injusta-ineficaz-e-ineficiente/50215209>: OPS-OMS.
- Sojo, A. (2017). *Protección Social en América Latina: La desigualdad en el banquillo*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Soria, A. (2021). *Desigualdad de género en el mercado laboral uruguayo en el contexto de heterogeneidad estructural*. Montevideo: Ciedur. From https://ciedur.org.uy/site/wp-content/uploads/2022/02/DG_AS-1.pdf

- Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: técnica y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquia. From https://cat.biblioteca.ua.es/discovery/fulldisplay?vid=34CVA-UA:VU1&search_scope=Coleccion_completa&tab=All_resources&docid=alma991002561229706257&context=L
- Théret, B. (2006). Sistemas de protección social y representación política. Una perspectiva comparativa estructural. In Y. Le Bonniec, & O. Rodríguez, *Crecimiento, equidad y ciudadanía. Hacia un nuevo sistema de protección social* (pp. 135-173). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Tribín, A., Newball, D., & Granda, A. (2023). *Informe cuantitativo manzanas del cuidado de Bogotá-2023*. Bogotá: Digna. From https://www.proyectodigna.com/_files/ugd/22c041_6b742bfec25e408681b61c4880130c89.pdf
- Tronto, J. (2013). *Caring democracy*. New York : New York University Press.
- Tronto, J. (2020). *¿Riesgo o cuidado?* Fundación Medifé. From <https://www.fundacionmedife.com.ar/sites/default/files/Edita/Horizontes-Del-Cuidado/Riesgo-o-cuidado.pdf>
- Tuirán, R. (1999). Dominios institucionales y trayectorias de vida en México. In B. Figueroa, *México diverso y desigual: enfoques sociodemográficos, vol. 4*. México D.F: El Colegio de México/ Sociedad Mexicana de Demografía.
- Vaca-Trigo, I. (2019). *Oportunidades y desafíos para la autonomía de las mujeres en el futuro escenario del trabajo*. CEPAL: Serie asuntos de género. From www.cepal.org/es/publicaciones/44408-oportunidades-desafios-la-autonomia-mujeres-futuro-escenario-trabajo
- Valdivia Gutiérrez, B. (2020). *La ciudad cuidadora: Calidad de Vida urbana desde una perspectiva feminista*. Barcelona: Tesis doctoral- Universitat Politècnica de Catalunya. From <https://upcommons.upc.edu/entities/publication/2c76b1f8-4568-4908-bd2a-b13480d6d350>
- Valles, M. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexiones metodológicas y práctica profesional*. Madrid: Síntesis.
- Valls-Llovet, C. (2009). *Mujeres, salud y poder*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Villar Posada, F., & Triadó Tur, M. (2006). *Psicología de la vejez*. España: Alianza Editorial.
- Willekens, F. (1991). Understanding the Interdependence Between Parallel Careers. In J. Siegers, J. Jong-Gierveld, & E. Van Imhoff, *Female Labour Market Behaviour and Fertility*. Berlin: Springer, Berlin, Heidelberg. doi:https://doi.org/10.1007/978-3-642-76550-6_2
- Zurbrigg, J. (2021). *Brechas salariales entre varones y mujeres en el Uruguay*. Santiago de Chile: CEPAL. From <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/52c06bod-6856-4344-bacf-4b783dc53673/content>

Anexos

Anexo 1 Grilla de entrevistas con variables socioeconómicas, Montevideo y Bogotá

| # | Identificador | Seudonimo en el texto | Edad | Nivel educativo | Lugar | Ocupación | Personas con las que vive | Duración |
|----|------------------------------|-----------------------|------|----------------------------|------------|-----------------------------|---------------------------|----------|
| 1 | AE-SARA-08062023 | SARA | 63 | Especialización | Bogotá | Pensionada | Dos hijas | 1:30:54 |
| 2 | AE-INCERTIDUMBRE-09062023 | INCERTIDUMBRE | 62 | Especialización | Bogotá | Profesora de primaria | sola | 1:38:52 |
| 3 | AE-ROSA-11062023 | ROSA | 61 | Segundo de bachillerato | Bogotá | Independiente en comercio | una hija | 1:04:32 |
| 4 | AE-ORQUIDEA-R-11062023 | ORQUIDEA | 61 | tercero de bachillerato | Bogotá | hogar | un hijo y esposo | 1:15:54 |
| 5 | AE-TULIPAN-12062023 | TULIPAN | 63 | Pregrado | Bogotá | administradora turística | esposo | 1:17:42 |
| 6 | AE-MANTODEMARIA-12062023 | MANTODEMARIA | 61 | Ultimo año de bachillerato | Bogotá | hogar | sola | 1:00:24 |
| 7 | AE-ALSTROMELIA-21062023 | ALSTROMELIA | 63 | Maestría | Bogotá | Psicóloga | un hijo y esposo | 1:13:00 |
| 8 | AE-AMAPOLA-23062023 | AMAPOLA | 69 | Maestría | Bogotá | Pensionada | sola | 1:29:30 |
| 9 | AE-ROSAI-29062023 | ROSAI | 62 | Maestría | Bogotá | Independiente en contaduria | Una hija y esposo | 1:05:39 |
| 10 | AE-JAZMIN-22072023 | JAZMIN | 60 | Pregrado | Bogotá | Independiente comercio | sola | 2:30:00 |
| 11 | AE-GIRASOL-02082024 | GIRASOL | 70 | Pregrado | Bogotá | Pensionada | sola | 1:00:55 |
| 12 | AE-ANTURIO-17082024 | ANTURIO | 67 | Preescolar | Bogotá | Limpieza | una hija y la madre | 1:13:03 |
| 13 | AE-JAZMIN2-14092024 | JAZMIN2 | 65 | Pregrado | Bogotá | Independiente | esposo | 1:34:56 |
| 14 | AE-BUGAMVILIA-13122024 | BUGAMVILIA | 60 | Posgrado | Bogotá | Académica | dos hijos | 1:43:30 |
| 15 | AE-ORGUIDEA1-17122024 | ORGUIDEA1 | 69 | Posgrado | Bogotá | Enfermera | hija y esposo | 1:05:39 |
| 16 | AE-LIRIO-22022025 | LIRIO | 60 | Ultimo año de bachillerato | Bogotá | Secretaria | una hija | 2:14:33 |
| 17 | AE-HELICONIA-10032025 | HELICONIA | 70 | Pensionada | Bogotá | Académica | esposo y suegra | 0:53:00 |
| 18 | AE-ORGUIDEA2-03052025 | ORGUIDEA2 | 68 | Quinto de bachillerato | Bogotá | hogar | esposo e hijas | 1:36:51 |
| 19 | AE-CLAVEL-27052025 | CLAVEL | 64 | Bachillerato | Bogotá | Independiente | dos hijas y esposo | 1:08:49 |
| 20 | AE-FLORDEMAYO-11062025 | FLORDEMAYO | 68 | Sin educación | Bogotá | hogar | un hijo | 2:09:12 |
| 21 | AE-UY-JAZMIN-11092023 | JAZMIN | 68 | Posgrado | Montevideo | Jubilada | esposo | 1:10:23 |
| 22 | AE-UY-CARTUCHO-13092023 | CARTUCHO | 63 | Posgrado | Montevideo | Jubilada | esposo y madre | 1:28:42 |
| 23 | AE-UY-LAZODEMARIA-02122024 | LAZODEMARIA | 64 | Maestría | Montevideo | Jubilada | esposo, hija y nieto | 1:38:10 |
| 24 | AE-UY-MARGARITA-27102024 | MARGARITA | 70 | Especialización | Montevideo | Jubilada | sola | 1:36:09 |
| 25 | AE-UY-CYNARA-01102024 | CYNARA | 65 | Posgrado | Montevideo | Docente | esposo | 1:23:22 |
| 26 | AE-UY-FITO-15102024 | FITO | 64 | Maestría | Montevideo | Maestra | sola | 1:00:12 |
| 27 | AE-UY-VIOLETA-07112024 | VIOLETA | 64 | Sexto de secundaria | Montevideo | Coordinadora de ambulancias | hermano y sobrina | 2:01:45 |
| 28 | AE-UY-DAMADELANOCHE-17052025 | DAMADELANOCHE | 70 | Ciclo básico | Montevideo | Enfermera | sola | 0:45 |
| 29 | AE-UY-ROSAI-25052025 | ROSAI | 68 | Maestría | Montevideo | Jubilada | esposo | 1:41:53 |
| 30 | AE-UY-SONIA-27052025 | SONIA | 67 | Cuarto año de liceo | Montevideo | Modista | esposo | 1:02:06 |
| 31 | AE-UY-ANGELICA-01072025 | ANGELICA | 70 | Técnica | Montevideo | Jubilada | sola | 1:06:12 |
| 32 | AE-UY-GIRASOL-02072025 | GIRASOL | 60 | Universidad | Montevideo | Jubilada | esposo | 1:18:02 |
| 33 | AE-UY-FABIANA-03072025 | FABIANA | 60 | Posgrado | Montevideo | Jubilada | sola | 1:15:23 |
| 34 | AE-UY-MARIASOLEDA-03072025 | MARIASOLEDA | 62 | Liceo | Montevideo | | hijo | 0:59:00 |
| 35 | AE-UY-ELI-08072025 | ELI | 62 | Universidad | Montevideo | Enfermera | dos hijos | 0:45:33 |
| 36 | AE-UY-MONIYA-11072025 | MONIYA | 65 | Posgrado | Montevideo | Jubilada | esposo | 0:38:41 |
| 37 | AE-UY-MARY-14072025 | MARY | 67 | Liceo | Montevideo | Laborarotista | esposo | 1:20:01 |
| 38 | AE-UY-LUPE-17072025 | LUPE | 61 | Diplomado | Montevideo | Jubilada | sola | 1:28:32 |
| 39 | AE-UY-GLADIOLO-21072025 | GLADIOLO | 66 | Cuarto año de liceo | Montevideo | Jubilada | sola | 1:05:31 |
| 40 | AE-UY-PULGA-22072025 | PULGA | 65 | IPA sin terminar | Montevideo | Jubilada | esposo | 1:02:10 |

TRAYECTORIAS BIOGRÁFICAS Y CALIDAD DE VIDA DE LAS MUJERES MAYORES EN DOS CIUDADES DE AMÉRICA DEL SUR: UNA APROXIMACIÓN COMPARATIVA EN MONTEVIDEO Y BOGOTÁ.

ENTREVISTAS A PROFUNDIDAD MUJERES EN MONTEVIDEO/BOGOTÁ

Objetivo: El objetivo de esta entrevista es recolectar información para entender la manera en que se relaciona la vida de cada mujer con su calidad de vida en la vejez. Esta abordará temas relacionados con la trayectoria de vida de cada mujer, vinculada a la vida laboral, la maternidad, la educación, la construcción de redes y la salud.

(*) Para entrevistadora

Preguntas socio- demográficas:

1. Edad **(Corte muestral, para verificar):*
2. Último año escolar cursado **(Corte muestral, para verificar):*
3. Lugar de nacimiento:
4. Ocupación:
5. Personas con las que vive:
6. **Condiciones del hogar*
 - Servicios como agua, gas, luz, internet.
 - Condiciones materiales del espacio como paredes, piso, techo, entre otros.

1. TRAYECTORIAS

Como ya sabes gran parte de esta investigación se enfoca en ver la relación entre la historia de vida de cada mujer y su calidad de vida en el presente. Por eso, está primera parte de la entrevista me gustaría centrarme en reconstruir juntas tu trayectoria escolar y laboral:

➤ Escolar:

(*) Preguntas para las mujeres que NO empezaron su trayectoria escolar

Bueno, empezaré preguntándote por tu trayectoria escolar:

- ¿Cuáles piensas que fueron las principales razones por las que no tuviste la oportunidad de estudiar?
- ¿Piensas que no estudiar pudo tener implicaciones en la forma en como vives ahora? **Si responde sí: ¿De qué forma?*

(*) Preguntas para las mujeres que SI empezaron su trayectoria escolar MEDIA (educ secundaria completa o incompleto con más de 4 años)

Bueno, empezaré preguntándote por tu relación con el mundo académico:

- Me podrías contar cómo fue, qué recuerdas de esos momentos... **Ayudas de memoria: a qué años empezaste el colegio, cómo recuerdas esas épocas, con quién vivías, en dónde vivías,*
por
qué no seguiste estudiando una carrera universitaria
- ¿Piensas que estudiar pudo tener implicaciones en la forma en como vives ahora? **Si responde sí: ¿De qué forma?*

(*) Preguntas para las mujeres que siguieron su trayectoria escolar SUPERIOR

- Me podrías contar cómo fue el inicio de tu trayectoria escolar, qué recuerdas de esos momentos... **Ayudas de memoria: a qué años empezaste el colegio, cómo recuerdas esas épocas, con quién vivías, en dónde vivías...*
- ¿Cuáles fueron las razones para seguir tu vida académica entrando a la universidad? **Si es el caso,*

preguntar también por el posgrado.

- ¿Piensas que estudiar pudo tener implicaciones en la forma en como vives ahora? **Si responde sí: ¿De qué forma?*

➤ Laboral (TRABAJO REMUNERADO Y NO REMUNERADO):

Bueno, ahora pasaremos a reconstruir tu trayectoria laboral.

(*) Sobre el trabajo remunerado (Saltar a la sección de trabajo no remunerado si la mujer no ha trabajado de forma remunerada)

- ¿Cómo ha sido tu vida laboral? **Ayuda memoria: Quisiera que me contaras un poco sobre tu primera vinculación con el mundo laboral, cómo fue tu primer trabajo, a qué años lo tuviste, después de ese primer trabajo qué otros trabajos tuviste, alguna vez fuiste independiente...*
- **Sobre la calidad de esos trabajos, ¿Qué tipo de contratación tuviste?, ¿cuántas horas le dedicabas a esos trabajos?, ¿realizabas aportes a la seguridad social?*
- ¿Aún trabajas? **Si responde que sí: cuéntame un poco sobre ese trabajo. *Ayuda memoria: ¿Cómo son las condiciones de ese trabajo?*
- En este momento, ¿cobraste alguna vez pensión o jubilación?

(*) Sobre el trabajo no remunerado

...una gran parte del tiempo que las mujeres le dedicamos al trabajo pago, también se lo dedicamos a las actividades del hogar y el cuidado...

- Por eso me gustaría que me cuentes tu experiencia con las actividades del hogar a lo largo de tu vida, como por ejemplo cuántas horas le dedicabas a estar pendiente de la comida, el aseo de la casa...
- ¿Tuviste a lo largo de tu vida personas a cargo?, **Si la respuesta es sí: ¿Cómo fue esa experiencia?*

(*) Para las mujeres que también trabajaban remuneradamente

- ¿Cuánto tiempo crees que te llevaba o te lleva realizar las actividades del hogar o del cuidado?
- Con el trabajo pago que tuviste a lo largo de tu vida, ¿contabas o cuentas con el tiempo suficiente para realizar actividades del hogar o del cuidado? **Si la respuesta es no: Cuéntame un poco de la experiencia de mediar las dos cosas.*

(*) Para todas

- Sientes que, ¿Tenías o tienes algún tiempo para ti, para hacer cosas que te gustaban o te gustan?
- ¿En qué actividades has ocupado tu tiempo libre, ¿cuál es la actividad que más disfrutabas o disfrutas realizar? **Ayuda memoria: ¿Cuánto tiempo le invertías o le inviertes?, generalmente, ¿lo haces sola o acompañada?...*

2. REDES

Ahora hablaremos un poco sobre la compañía, la(s) pareja(s), los(as) hijos(as), los(as) amigos (as), el barrio, la comunidad para entender un poco cómo han sido tus vínculos a lo largo del tiempo.

➤ Redes afectivas

- Cuéntame un poco sobre tu familia, ¿cómo era antes y cómo es ahora?
- ¿Quién es la primera persona a la que recurres si tienes algún problema?, cuéntame de ella o el.
- Cuéntame un poco sobre con quién vives o con quién has vivido, cómo es o fue tu relación con esa(s) persona(s).

(*) Preguntas para hacer si no han salido en la conversación anterior

- ¿Tienes pareja actualmente?, cuéntame un poco, ¿cómo ha sido tu vida amorosa a lo largo del

tiempo?

- ¿Eres mamá? **Si la respuesta es sí: ¿Cómo viviste la experiencia de la maternidad? *Ayuda memoria: ¿alguien te acompañó en la crianza de tu(s) hijos(as)?, ¿a qué edad tuviste tu(s) hijos(as)?, ¿Cómo te llevas con ellos(as) ahora?*

- Cuéntame un poco sobre algunos amigos(as) queridos(as), cómo ha sido tu vínculo con esas personas. **Ayuda memoria: ¿los(as) ves seguido?, ¿qué hacen cuando se encuentran?, ¿eso ha cambiado a lo largo del tiempo?*

➤ Redes comunitarias o barriales

- Cuéntame un poco de los lugares en dónde has vivido, ¿cómo eran?, ¿Te gustaban?... - ¿Cómo es tu relación con los(as) vecinos(as)?

- ¿Estuviste o estás vinculada a algunas actividades de la comunidad o del barrio? Por ejemplo, juntas de acción comunal, reuniones o actividades de edificio o del barrio...

3. SALUD

Por último, me interesa reconstruir contigo temas relacionados con tu salud a lo largo de tu vida.

- ¿Tienes algún problema de salud actualmente?, **Si la respuesta es sí: ¿Cuál(es)?*

- ¿Tienes a alguien que cuide de ti si te enfermas? **Si la respuesta es sí: Cuéntame de esa persona, ¿Ya te ha ayudado anteriormente?*

- Sientes que, ¿Cuentas con recursos económicos para sobrellevar cualquier complicación de salud?

- Desde tu perspectiva, ¿cómo sientes que ha sido tu salud a lo largo del tiempo? - ¿Qué factores crees que intervinieron en qué te hayas o te sientas así?

- ¿Piensas que tu salud ahora puede explicarse por cosas que viviste en el pasado? **Si responde sí: ¿De qué forma?*

4. PANDEMIA

- ¿Cómo pasaste la pandemia?
- ¿En qué aspectos cambió tu vida?
- ¿Te enfermaste de COVID-19? **si responde que sí: ¿me quieres compartir cómo viviste la enfermedad?*

5. OPINIÓN PERSONAL

- ¿Cómo describirías la situación de las mujeres a tu edad?

TRAYECTORIAS BIOGRÁFICAS Y CALIDAD DE VIDA DE LAS MUJERES MAYORES EN DOS CIUDADES DE AMÉRICA DEL SUR: UNA APROXIMACIÓN COMPARATIVA EN MONTEVIDEO Y BOGOTÁ.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimada Señora:

La sociedad ha ido experimentando grandes cambios, con la modernidad hemos sido testigos de mejoras en la salud y transformaciones culturales importantes, significando un cambio sustancial en la calidad de vida de las personas, demostrado en que cada vez más rápido llegamos a niveles más altos de esperanza de vida, siendo las mujeres las principales protagonistas; no es un secreto que las mujeres hemos vivido más que los hombres a lo largo del tiempo, pero con los cambios anteriores, esta diferencia se ha hecho más grande. Las mujeres, entonces somos las que contamos con una mayor expectativa de vida, lo cual no significa que disfrutemos de un envejecimiento más satisfactorio, ya que, aunque somos las que más sobrevivimos, presentamos mayores restricciones para ejercer nuestros derechos y alcanzar una calidad de vida digna.

Por esto, en calidad de estudiante, yo Daniella Castro Barbudo, me encuentro realizando una investigación vinculada a mi tesis de grado para finalizar mis estudios de maestría en Demografía y Estudios de Población que busca entender cómo es la calidad de vida de las mujeres en la edad adulta en Bogotá a partir de la reconstrucción de su vida asociada con su trayectoria escolar, laboral, sus redes y su salud. Para este propósito actualmente me encuentro realizando entrevistas que buscan recolectar información para entender la manera en que se relaciona la vida de cada mujer con su calidad de vida en la vejez.

Si te interesa participar en esta investigación con fines académicos, es importante recordarte que:

Beneficios: No recibirás ningún tipo de beneficio directo (ni económico o material) por tu participación. Sin embargo, con tu participación estarás ayudando a comprender la calidad de vida de las mujeres en Bogotá y poder pensar más adelante algunas estrategias de mejora, si así lo amerita.

Confidencialidad: Toda la información proporcionada en esta entrevista será de carácter estrictamente confidencial. No te pediré ni tu nombre, ni tus datos de personales. La información que des será utilizada únicamente por mi persona o mi tutora de tesis para fines investigativos y no estarán disponibles para ningún otro propósito.

Riesgos potenciales/compensación: Los riesgos potenciales que implican tu participación en la entrevista son mínimos. Si alguna de las preguntas o temas que se traten te hacen sentir un poco incómoda, tienes el derecho de comentar al respecto.

Participación voluntaria/Retiro: La participación en esta investigación es absolutamente voluntaria. Estás en plena libertad de negarte a participar o de retirar tu participación en cualquier momento.

Datos de contacto: Si tienes alguna duda, comentario o preocupación con respecto a esta investigación, te dejaré la información del proyecto y mía como investigadora responsable del mismo.

¡Muchas gracias por tu participación!

Certificado de consentimiento informado

Leí o me leyeron la información y pude clarificar las dudas y hacer preguntas sobre esta investigación. Doy mi consentimiento, de mi libre voluntad y sin ser presionada de ninguna manera para participar en la entrevista.

Sí_____ No_____

Doy mi consentimiento para tomar audio del proceso.

Sí_____ No_____

Nombre entrevistada: _____

Firma: _____

Firmado en: _____ a los ____ días del mes ____ del año _____

Nombre investigadora: _____

Teléfono: _____

Firma: _____