

UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
ESCUELA DE POSTGRADO

**DISPOSITIVOS DE ALIVIO, GOBIERNO E INDIVIDUOS  
MAYORES:  
UNA INDAGACIÓN SOBRE LA INCITACIÓN A LA  
GESTIÓN INDIVIDUAL DE PROBLEMAS COLECTIVOS.**

CANDIDATO: HUGO SIR RETAMALES.  
PROFESORA TUTORA: MARÍA EMILIA TIJOUX.

[A los hospitales, los psiquiátricos, y las cárceles, lugares-otros que contienen a quienes se desvían de la norma]  
habría que agregar, sin duda,  
los asilos de ancianos, puesto que, después de todo, la ociosidad en una sociedad tan atareada como la nuestra, la ociosidad se asemeja a una desviación.  
Desviación que, por lo demás, en este caso resulta ser una desviación biológica, por estar asociada a la vejez; y es una desviación, en verdad, constante, al menos para todos aquellos que no tienen la discreción de morir de un infarto, en las tres semanas siguientes a su jubilación.

(M. Foucault, *Documental Foucault por sí mismo*)

En aquel tiempo en que la proposición “la especie lo es todo, uno es siempre ninguno” se haya hecho cuerpo en la humanidad, y en que para cada uno esté abierto en todo momento el acceso a esta última liberación e irresponsabilidad. Tal vez entonces se habrán aliado la risa y la sabiduría, tal vez solo entonces exista la “ciencia jovial”

(F. Nietzsche, *La Gaya Ciencia*)

## Agradecimientos

Primero deseo agradecer a mis padres, quienes además de darme cabida en este mundo, le dieron espacio a mis primeras inquietudes. Desde allí no paramos nunca más.

Segundo a Andrea, a mi hermana y mis amigas y amigos. Toda conversación, toda recomendación, todo camino recorrido forma parte también de este trabajo. Quien escribe no es más que el medio por el que se expresa nuestro conocimiento colectivo.

Del mismo modo, un agradecimiento enorme a la profesora María Emilia Tijoux, cuyo trabajo constante, ético y dedicado, ubica la vara muy alta a quienes exploramos los caminos de la investigación social crítica.

Se extienden también el saludo a ese importante espacio abierto al debate, la discusión y el intercambio fraterno que es el Núcleo de Sociología del Cuerpo y las Emociones de la Universidad de Chile. Nada de esto sería posible sin un lugar como aquel, al cual además tengo el privilegio de contribuir como responsable de la Línea Cuerpo, Salud y Política. Mi más sincero afecto y admiración a cada uno de sus participantes. Mención especial debo hacer a Nicolás Fuster, quien con su propio trabajo influyó notablemente en mi investigación, alivianando el camino, y proponiendo con el diálogo honesto nuevas vías de exploración de estas y otras temáticas. Igualmente van mis saludos a Iván Pincheira, cuya generosidad de investigador y franqueza intelectual avivan enormemente las reflexiones posibles.

Finalmente a todos y cada uno de los que han contribuido de una u otra forma a mi formación como sociólogo. A la profesora Claudia Mora, quien me permitió entrar por primera vez al oficio de investigador. Al profesor Klaudio Duarte, quien supo animarme a no declinar hacia un formato convencional. A los profesores Aldo Mascareño, Omar Aguilar, Juan Miguel Chávez, Elaine Acosta, Carolina Estefoni, Luis Uribe, entre otros que mi –no tan admirable- memoria extravía en este momento, pero que me permitieron conocer y explorar diversas aristas de esta disciplina y sus derivaciones. A los investigadores Gabriel Guajardo, Rodrigo Lagos y Christian Rivera, de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, de quienes aprendo constantemente en el trabajo, y de cuyo recibimiento siempre estaré agradecido.

## Índice.

<b>Introducción</b>	Página 6.
a. Algunas urgencias	Página 6.
b. No hay teoría sin método / No hay método sin teoría	Página 11.
<b>Capítulo 1: Soberanía médica</b>	Página 19.
I.I El espacio posible de las Medicinas Complementarias y Alternativas.	Página 20.
a. Demasiados medicamentos.	Página 20.
b. Industrialización de la atención, humanización complementaria.	Página 29.
c. Los principios diferentes, la heterodoxia de la medicina alternativa	Página 34.
I.II Espacios de visibilidad. Controlar los principios de distribución (secundarios)	Página 60.
a. Derivación	Página 62.
b. Lo oficial. Delimitación de por espacio, objetos y sujetos	Página 64.
I.III Lo social y lo difuso. Una etiología imposible	Página 69.
a. Entorno	Página 70.
b. El cuerpo revela una pertenencia. O. no es Santiago.	Página 72.
c. Ideal preventivo: La mirada infinita hacia dentro del individuo.	Página 75.
<b>Capítulo 2: Vejez, medicina y gobierno.</b>	Página 81.
II.I Vejez como condición de <i>des-obligatoriedad</i> .	Página 82.
a. La longevidad problemática	Página 82.
b. La vejez como prueba de des-obligatoriedad. Crianza primaria y trabajo.	Página 85.
II.II Biomedicina, trabajo y vejez.	Página 90.
a. ¿Hay algún <i>afuera</i> del trabajo?	Página 90.
b. Medicalización de la vejez por defecto y por exceso.	Página 92.
II.III Dispositivos de alivio alternativos. No lugar y gestión de sí.	Página 95.
a. El paciente policonsultante y la socialización medicalizada.	Página 97.

b. Soledad <i>política</i> . Gestión individual de problemas colectivos.	Página 101.
<b>Capítulo 3: Campo de la salud, dispositivos y gubernamentalidades.</b>	Página 104.
III.I Espacios de visibilidad: Articulación de conceptos.	Página 105.
a. Campo y dispositivos.	Página 105.
b. Dispositivos y espacios de visibilidad.	Página 108.
c. Posibilidades de justificación, y jerarquización de formas de vida.	Página 110.
III.II La posibilidad de la crítica. Dispositivos y justificación.	Página 111.
a. Industrialización y mercantilización.	Página 114.
b. Buen trato.	Página 115.
c. Otra comprensión del cuerpo y la naturaleza de lo que aflige.	Página 116.
d. Efectividad y prácticas cotidianas.	Página 117.
III.III Hacia la medicina integrativa. Gubernamentalidad/individuos.	Página 118.
a. La incitación a constituirse sujetos.	Página 118.
b. Hacia la medicina integrativa.	Página 124.
c. Gubernamentalidad e individuos	Página 130.
<b>Epílogo</b>	Página 134.
a. Necesidad de los largos caminos.	Página 135.
b. Los largos caminos no se cierran.	Página 144.
<b>Bibliografía</b>	Página 146.
<b>Anexos</b>	Página 159.

## Introducción

Abriremos la introducción a este trabajo haciendo referencia a un elemento de forma que muy pocas veces se problematiza. No obstante, toda forma es parte de un acto performativo, apuesta por la creación de una realidad. En ese sentido, una primera decisión que evidenciamos, es respecto a la persona gramatical en que estará escrito nuestro texto. Esta, como ya pudo ser apreciado será la mayor parte del tiempo, la primera persona plural. Si nos detenemos al comenzar en esto, es porque creemos que detrás de la persona que escribe y que puede perfectamente no ser la persona-escritor-autor, se entraña también una apuesta por la naturaleza del conocimiento. Si bien, no forma parte directa de la investigación que aquí se presenta, todo acto de producción y comunicación intelectual es también una toma de posición. Por tal razón, quisiéramos esclarecer que utilizaremos la primera persona plural, no como señal de la existencia de un equipo específico detrás de la redacción, ni como falsa modestia, sino en tanto ningún trabajo de investigación, ni de escritura se realiza en aislamiento, por más que lo parezca, y en este en particular hablan todos a quienes fueron dirigido los agradecimientos, y muchos otros y otras que se han perdido en el despliegue de la palabra. Llamamos la atención sobre la naturaleza colectiva del conocimiento, tanto en la creación como en la propiedad, por lo que también se expresa la absoluta disposición de lo aquí producido para uso público. Nos situamos contra la lógica que impulsa una competencia destructiva en la producción del conocimiento; en contra del conocimiento que existe para sustento y gloria de la figura de su autor; y contra la lógica de mercado en la producción intelectual, que reposa en la creencia en individuos libres y productos desenraizados.

Clarificado esto, entraremos ahora en las materias de nuestro trabajo. En primer lugar, en la introducción se expondrán algunos antecedentes que están a la base de la investigación. Luego, una referencia a la aproximación metodológica, que entendemos imposible de divorciar de la posición epistemológica y teórica. Un tercer momento atenderá a las relevancias, los alcances y las limitaciones, asociado a los puntos anteriores. Finalmente, se presentará un esqueleto del cuerpo de la tesis, con el fin de orientar la lectura. Es primordial considerar desde ya que la recapitulación acabada de lo expresado en el trabajo se entrega en el epílogo.

### **a) Algunas urgencias<sup>1</sup>**

Nuestra investigación estudia la manera en que se construye la salud y los propios individuos mayores, desde aproximaciones biomédicas (o de medicina científica, alopática,

---

<sup>1</sup> Partir del reconocimiento de urgencias, como elementos que están a la base y no de supuestos o hipótesis, implica un posicionamiento respecto del carácter del conocimiento sociológico. En particular como un elemento convencional, este conocimiento sería “un conjunto de respuestas que da la comunidad científica a los problemas de cada momento”, por ello “las respuestas quedan contaminadas por los conocimientos que se tienen en cada momento, por las urgencias sociales que obligan a dar relevancia a determinadas cuestiones” (Berges et. al., 2002: 13). Al mismo tiempo se emparenta con la idea foucaultiana de que los dispositivos responden a urgencias, es decir, a aquello que es definido como problema, aquello que apremia por una gestión particular (Agamben, 2011)

convencional, u ortodoxa)<sup>2</sup>, y de prácticas terapéuticas no biomédicas<sup>3</sup>. Entramos a la problemática a partir del caso particular de un Centro de Salud Familiar (CESFAM), de una comuna periurbana de la región metropolitana ubicada a unos 60 km del centro de Santiago, a la cual por razones de anonimato denominamos O. En este CESFAM existe un ambicioso programa de medicinas complementarias y alternativas, que incluye alrededor de 7 especialidades distintas, y se denomina para este trabajo “Casa-Reunión”

Sin perjuicio de lo anterior, al menos tres tipos de urgencias generales atraviesan nuestra investigación. Decimos urgencias en dos dimensiones. Primero porque como se verá en nuestro análisis, la descripción de las posibilidades de las prácticas terapéuticas alternativas en un espacio privilegiado de la medicina ortodoxa, da cuenta de su capacidad para responder a algunas cuestiones que aparecen como problemáticas para las instituciones estatales. La posibilidad misma de su entrada en el sistema público, residiría no sólo ni únicamente en la iniciativa individual de profesionales, en el encuentro fortuito de intereses y voluntades como en el caso de O., sino que descansaría en desplazamientos de mayor envergadura en la propia organización social. Lo anterior no quiere negar el rol de la agencia, sino dar cuenta de su condición de posibilidad, pues reconocemos como dan cuenta tanto nuestra investigación, como otras a nivel nacional, que este tipo de programas descansan en lo local y específico en la iniciativa y tenacidad de grupos de terapeutas. Señalamos, entonces, que la entrada de estas terapias se vincula a la definición de nuevas problemáticas de gobierno.

La segunda dimensión que las constituye como urgencia, se da en un nivel aún más explícito. No ya como condición de posibilidad de una serie de fenómenos que exploramos y describimos, sino enunciado como tal por organismos institucionales. Revisaremos tres ámbitos de urgencias principalmente a la luz de ciertos antecedentes, el trabajo teórico y empírico respecto a éstos se desarrolla a lo largo del cuerpo del presente escrito.

### *i) El extraño triunfo de la longevidad.*

En la presentación a la Tercera Encuesta de Inclusión/Exclusión de la Tercera Edad, publicada en 2013, se señala que el envejecimiento poblacional será la condición que más caracterizará al mundo “durante este siglo” (Abusleme et. al., 2013: 7). En efecto, para el contexto específico de Latinoamérica este envejecimiento aparece aún más problemático que para las sociedades europeas y otros países del llamado primer mundo, en tanto se despliega en menos de un tercio del tiempo, en condiciones de menor desarrollo material y social, y con una desigualdad creciente (Abusleme et. al., 2013; Chackiel, 2000; Solimano & Mazzei, 2007;

---

<sup>2</sup> La manera en que se denomina a la medicina más ampliamente difundida en los países desarrollados y en vías de desarrollo, y cuya características fundamentales son la de vincular estrechamente el saber clínico con el conocimiento científico, con la utilización de técnicas de visibilización (diferentes tipos de exámenes clínicos) y con los laboratorios e industria farmacéutica. Que además tiene un marcado rasgo de biologicismo en sus concepciones, un carácter ahistórico, individualista y neutralizante, que sirve de apoyo a intervenciones técnicas respecto problemas sociales (Fuster, 2013; Rose, 2012; Zarate, 2008; Menéndez, 1984), recibe aquellos diferentes nombres, que si bien recalcan ciertas aristas, para efectos de este trabajo, serán usados como equivalentes, en tanto indican el dominio de prácticas terapéuticas del que se da una descripción de su formación como campo en nuestro trabajo.

<sup>3</sup> Plantearemos una definición de estas prácticas más adelante.

SENAMA, 2012). Para el año 2050 el porcentaje de mayores de 60 años ascenderá al 21,6%, y ya el 2025, aquel tramo de la población -que se considera en términos formales “adultos mayores”- superará a los menores de 15 (Giraldo, 2011; Solimano & Mazzei, 2007). Además, se registrará en los próximos años un “envejecimiento de la vejez” (SENAMA, 2012), es decir, un incremento del tramo de 80 años y más.

De este modo, se produce un fenómeno ambivalente. Por un lado, la longevidad ha sido un objetivo largamente buscado por las sociedades, y por tanto, es susceptible de ser considerado un triunfo de las políticas estatales, sobre todo en asociación con las posibilidades brindadas por el desarrollo de la medicina y su rol higienista (SENAMA, 2012; Lolas, 2000; Solimano & Mazzei, 2007). Por ello se puede mencionar en la introducción a la encuesta citada que “nuestra población no sólo envejece más, su situación es cualitativamente mejor que en la época de sus progenitores. Los nuevos adultos mayores cuentan con mayor educación y mejores estados de salud física y mental” (Abusleme et. al., 2013: 7). Y no obstante, por otro lado, reconocer el trascendental desafío que implica para la manera en que nos organizamos como comunidades, estados, sociedades. Apuntando a reglón seguido de lo anterior: “Actualmente, las proyecciones de la extensión de la esperanza de vida son evaluadas como una *catástrofe* para los sistemas productivos, sanitarios y previsionales y como un riesgo para los propios adultos mayores y sus familias que se sienten desprotegidos” (Ídem)<sup>4</sup>. Como sostendremos, esta ambigüedad no puede entenderse separada de la organización actual de las relaciones laborales, y la seguridad social, en nuestro país. Son las luchas asociadas al trabajo, las que están detrás de la existencia de una edad en que se verifica la posibilidad del retiro formal del régimen del trabajo, es decir, el cese legítimo de la obligación a trabajar<sup>5</sup>. Evidentemente esto se encuentra vinculado a la estructura que toman las pensiones. Su individualización en Chile es fruto de un episodio particularmente violento de rearticulación de las relaciones capital-trabajo, de modo que este horizonte catastrófico en el que se inscribe el envejecimiento poblacional, tiene una dimensión política innegable.

Es precisamente esto lo que constituye al envejecimiento poblacional como una urgencia. La visualización de este horizonte hace tomar medidas explícitas al Estado chileno. En 2002, el 17 de septiembre, mediante la promulgación de la Ley N°19.828, se crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor de cobertura nacional, que comienza sus funciones en enero de 2003. Sus ejes estratégicos son: i) Proteger y garantizar los derechos de las personas mayores; ii) Fomentar la participación social de quienes pertenecen a este grupo etario; iii) Fortalecer el sistema de protección social dirigido a los mayores; iv) Avanzar hacia un cambio cultural que reconozca a las personas mayores como sujeto de derechos; v) Fortalecer la gestión territorial y descentralización de SENAMA<sup>6</sup>.

Con lo anterior se da pie a un trabajo en distintas dimensiones que tiene como objetivo declarado poder hacer frente a algo que se entiende como una urgencia. Así, en la medida en

---

<sup>4</sup> Cursivas en el original.

<sup>5</sup> Insistiremos constantemente en la idea de que se trata de una posibilidad formal, pues reconocemos la necesidad que tienen muchos individuos mayores de seguir vendiendo su fuerza de trabajo, para procurar condiciones mínimas de existencia.

<sup>6</sup> Extraído de: <http://www.senama.cl/EjesEstrategicos.html> . Última visita: 2 de junio de 2014.



que esto se tematiza como “problema”, se volverá también objeto de gobierno (Rose, 2012; Miller & Rose, 2008; Castro-Gómez, 2010). La comprensión de este como objeto de gobierno, no se limitará a la institucionalidad oficialmente reconocida como política, sino que incluirá a una serie de agencias descentralizadas que contribuyen en los procesos de generar saber y posibilitar la intervención sobre estas áreas (Miller & Rose, 2008; Castro-Gómez, 2010). En esa línea situamos la urgencia para los propósitos de nuestra tesis. La vinculación de los mayores con el sistema de salud, y las posibilidades que abren las prácticas terapéuticas alternativas, deben describirse en relación a la problemática que implica el envejecimiento poblacional, en otras palabras, en la necesidad de gobernar de alguna manera esta zona opaca, que se reconoce creciente, sin un lugar social propio (Gutiérrez et. al., 2006; SENAMA, 2007; Abusleme et. al., 2013; De Lima & Sivoli, 2005; Martínez, 2008), cuya situación actual y proyección augura un problema sanitario, económico y político (SENAMA, 2007; SENAMA, 2012; Abusleme et. al., 2013).

*ii) Una medicina que no es suficiente.*

La necesidad de actuar sobre esta realidad, es también clara para los principales organismos encargados de la salud. La acción sobre el grupo denominado de adultos mayores, se vuelve prioritario para los objetivos de la década, e incluso del siglo dadas las tendencias al envejecimiento (OPS, 2008; OMS, 2000; Ministerio de Salud, 2004, 2011b; Sánchez, 2011). A la vez se reconoce hace tiempo una relativa incapacidad no tan sólo de los sistemas públicos de salud, sino del enfoque mismo de la biomedicina, para hacer frente de manera satisfactoria a los nuevos desafíos. De ahí que se propongan modificaciones en distintos niveles, desde el desarrollo del enfoque “bio-psico-social”, hasta lo que nosotros presentamos como “medicina integrativa” (Arias, 2007; Cockerham, 2001; Davis, 2001; Baer, 2001; Menéndez, 1983, 1984; Willis, 2006; Coburn, 2006; Hughes, 2005).

El punto que vuelve a este ámbito otra urgencia, es que la medicina convencional se topa con una suerte de límite. Nosotros sostendremos que para dar cuenta de esto hay que indagar en la manera en que llega a constituirse como saber privilegiado sobre el sufrimiento de los individuos, y es más, cómo en este mismo proceso problemas sociales se procesan como asuntos técnicos (Salinas, 1993) y susceptibles de enfrentar de manera individual (Miller & Rose, 2008). Su agotamiento se atestigua, en primer lugar, y de la forma más evidente en las extremas desigualdades (Menéndez, 1983, 1984; OPS, 2008; OMS, 2010; Pescosolido & Boyer, 2001), expresión de un conjunto institucional que tiene de hecho una forma estratificada, en tanto se compondría de tres sistemas superpuestos: Medicina asistencial, destinadas a quienes no pueden pagar por otra alternativa; Medicina administrativa, que se encarga de problemas generales como la vacunación o las epidemias y; Medicina privada que beneficia a quienes disponen de recursos (Foucault, 2000).

En segundo lugar, y de manera crecientemente relevante, en el decaimiento de la confianza ciega en la inocuidad del accionar de la medicina alopática, y por ende, un cuestionamiento al carácter científico como respaldo definitivo de su eficacia (Illich, 1975;

Fries, 2008, 2013; Baer, 2001; Pescosolido & Boyer, 2001; Possamai-Inesedy & Cochrane, 2013; Coburn, 2006; Willis, 2006; Hughes, 2005). Por otra parte, la ineficacia de las prácticas terapéuticas ortodoxas se hace evidente frente a un logro asociado al de la longevidad. El cambio radical del patrón epidemiológico, en donde la reducción de la mortalidad por enfermedades infecciosas da pie a un incremento de la presencia e importancia de las enfermedades crónicas (Solimano & Mazzei, 2007), frente a las cuales la medicina convencional difícilmente puede aducir tener un rol curativo. Esto se entronca además con un fenómeno de importancia a nivel nacional e internacional, que es el fenómeno de la policonsulta, es decir, de pacientes que presentando síntomas que no se corresponden con exámenes fisiológicos, vuelven una y otra vez, generando diversos problemas a los sistemas públicos de salud, sobre todo a la asistencia primaria (Fagalde et. al., 2009; Ministerio de Salud, 2004). Frente a estos casos la medicina puede muy poco, mostrando también sus limitaciones pues se asumirán como enfermedades sin causa específica, lo que de hecho implica muchas veces una sospecha respecto a la veracidad de la enfermedad. Generalmente estas situaciones pueden recibir la denominación de somatización, lo que supone un vínculo con algún difuso mecanismo psicológico expresado en malestares corporales. Las y los mayores tienden a ser colocados en esta posición, tomando incluso conceptos ofensivos para referirse a ellos (los cuales abordamos en nuestro desarrollo), y proponiendo una gestión de esta realidad fundamentalmente asociada al consumo de medicamentos, que genera nuevos daños y encarece sus vidas. De esta manera, surge nuevamente una urgencia económica y de salud, en la medida en que aquellas personas constituyen una carga económica al sistema, debido al gasto en exámenes y otros procedimientos, a los que dan origen (Escobar, 1987; Smith, et. al., 1986; Fagalde et. al., 2009; Ministerio de Salud, 2004; Thomas, 1981; Saffie, 2011; Camacho & Alfaro, 1977; Bermejo, 2006).

Una medicina cuestionada, que sin embargo debe hacer frente a urgencias como las que presentamos, abre los sistemas públicos de salud a posibilidades provenientes de otras raíces. En este sentido abordaremos también el espacio, los efectos y la inscripción general que puede leerse en la presencia de prácticas alternativas de salud en la provisión pública. Al respecto, en Chile en el año 2012 se realizó un estudio sobre la situación de las medicinas complementarias y alternativas (MCA) en la red asistencial del Sistema Nacional de Servicios de Salud mandatado por el Ministerio de Salud (CECV, 2012). Más allá de detenernos en los datos específicos que se exponen en el apartado III.III.b., es de interés indicar que este estudio tiene por objetivo la producción de información a modo de diagnóstico, para favorecer la integración de estas prácticas terapéuticas, considerando variables “técnicas y administrativo-financieras” (CECV, 2012: 13). Tal objetivo viene definido por el Ministerio de Salud, en tanto forma parte de su estrategia para incorporar e integrar en el sistema público de salud a estas medicinas, siguiendo la declaración de Beijing de 2008 y la resolución de la 62° Asamblea de la OMS sobre Medicinas Tradicionales (CECV, 2012; OMS, 2008). En el mismo apartado recién mencionado abordamos por qué es relevante expandir la discusión más allá de los problemas técnicos, administrativos y financieros.

### *iii) Un modelo de relaciones sociales*

Un último espectro de urgencias, que se vincula por cierto a los dos anteriores, tiene relación con la forma que toman las relaciones sociales en Chile, a partir de las transformaciones socioeconómicas radicales acaecidas en dictadura, y mantenidas y legitimadas en el período de post-dictadura. Éste consistiría en una forma profundamente individualizada de vivir las relaciones sociales entre pares, fiel a la manera en que se entienden las cosas desde la lógica económica neoclásica, aunque sin agotar por ello todas las relaciones posibles (Araujo & Martuccelli, 2012). Pero además, se acompaña de una transformación en la manera de entender el rol que le cabe al Estado y al mercado en la intervención en problemas sociales, y una liberalización no tan sólo de las empresas estatales, sino de su propia lógica de gestión (Ozlak, 1997; Garretón, 2001; Beasley-Murray, 2012).

Estas tendencias propias de Chile y de su historia reciente, se imbrican con las tendencias internacionales, y en efecto el país las habría conocido primero siendo clave de la internacionalización de las reformas el conocido Consenso de Washington, basado en las reformas estructurales acaecidas en Chile durante la dictadura (Torche, 2005; Henisz et al. 2005; Moreno et al., 2004). Esta nueva institucionalidad, señala a nivel mundial, cambios profundos en la manera en que se ejerce el poder, se regulan los individuos, y se gestionan las dinámicas sociales, asociadas a una privatización generalizada, y basada en un arte liberal de gobernar, una suerte de “gobierno a distancia”, que no realiza principalmente una intervención estatal directa, sino que permite jugar a agentes libres, en los que se apoya para conducir las conductas de los gobernados (Foucault, 2006, 2007; Miller & Rose, 2008; Castro-Gómez, 2010; Beasley-Murray, 2012).

Esto implica una serie de presiones crecientes sobre los individuos enfrentados a un mundo competitivo, desigual y que ofrece pocas alternativas de protección. Así, las ideas de riesgo, incertidumbre, inseguridad y precariedad, se vuelven claves de inteligibilidad de la situación que enfrentamos (Bauman, 2003; Castel, 2004; Castro-Gómez, 2010; Rose, 2012). Esta urgencia atraviesa subterráneamente las respuestas posibles a las otras dos, a saber la “carga” del envejecimiento poblacional, y la cuestionada respuesta que puede dar la medicina científica. Abordaremos las interacciones entre estas tres líneas problemáticas, ampliando los antecedentes de cada una, y mostrando, gracias a las posibilidades ofrecidas por nuestro desarrollo teórico, cómo se vinculan las diferentes concepciones de salud y las posibilidades de constituirse sujetos con cada una de estas urgencias.

## **b) No hay teoría sin método / No hay método sin teoría**

La construcción del objeto de investigación, que tiene por tarea adentrarse en la descripción de las concepciones de salud en relación a los mayores, en su vinculación con las tensiones mencionadas más arriba, requiere de una consistencia y fluidez en los lazos entre los conceptos teóricos y epistemológicos que están a la base, con las posibilidades otorgadas por los métodos utilizados. Por ello abordaremos esta apuesta metodológica, y los instrumentos específicos implementados, para luego a partir de esto recalcar los alcances y limitaciones que deben tenerse en cuenta para la lectura de este trabajo, así como de las relevancias asociadas.

*i) La apuesta metodológica: De la epistemología al trabajo en terreno.*

En cierto modo presente en la manera en que hemos enunciado las zonas de urgencia que propician y atraviesan el objeto de investigación construido, se encuentra una epistemología relacional (lo que por cierto delinea una ontología, a la cual no haremos mayor referencia en este trabajo). Tanto Bourdieu (2001), como Foucault (2002; 2002b), y el resto de los autores que, en mayor o menor diálogo con ellos, hemos introducido para el desarrollo de nuestras conceptualizaciones, exigen la toma de esta postura. Se trata de comprender que lo que existe y puede estudiarse, no son objetos en sí, sino que “relaciones”. De este modo, procuramos no definir ninguno de los fenómenos aquí abordado, como agotado en sí mismo. Postulamos que no es posible describir ninguna problemática estudiada, si no se hace mención a sus condiciones de posibilidad, a su exterior constituyente (Foucault, 1990, 2002b, 2006c; Deleuze & Guattari, 2002; Bourdieu, 2007). De ahí que, para situar nuestro trabajo de campo, hayamos propuesto un relativamente largo estudio de la formación del campo moderno de la salud en Chile, a través de documentos y fuentes secundarias. Lo mismo fundamenta que para entender la edad, hayamos recurrido al tratamiento de Gutiérrez y Ríos (2006) de ésta como campo. Análoga operación justifica que para entender la salud, la hayamos descompuesto en cuatro dimensiones en cuya proyección cabe su descripción: i) Aquello que se entiende que es la vida, en cuanto a actividades legítimas y deseables; ii) Las teorías asociadas a la comprensión de la muerte; iii) Lo que se concibe como la naturaleza de la enfermedad, sus etiologías posibles, y las prácticas posibles que las acompañan; y iv) El cuerpo que se define intervenible, que implica el territorio sobre el que se desplegarán las prácticas terapéuticas (Hughes, 2005; Foucault, 2000; Menéndez, 1983, 1984; Rose, 2012).

Esto está a la base de nuestra decisión de no presentar los conceptos por separado, sino en el mismo transcurso de la descripción. Estas nociones adquieren su relevancia en la interacción con el material empíricamente producido, y con la lectura de las fuentes secundarias utilizadas para situar el espacio que se reconstruye en el terreno.

Así la reconstrucción del campo de la salud, requerirá la integración del concepto foucaultiano de dispositivo (Foucault, 1983; Deleuze, 1990), especificado en este trabajo como dispositivo de alivio, para dar cuenta de las posibilidades de las prácticas terapéuticas alternativas, frente a la posición dominante que adquiere la medicina científica, en relación a las características de un determinado momento histórico. Esto se vincula con el trabajo de campo propiamente tal, a través del concepto de “espacios de visibilidad” que nosotros proponemos para reconstruir empírica y sociológicamente la operación de los dispositivos. Un “espacio de visibilidad”, constituye las indicaciones explícitas o implícitas, que *incitan*<sup>7</sup> a los individuos a adoptar determinadas formas de ser, de sentir, de presentarse, describirse, y por tanto de “concebirse”, al plantearse aquellas indicaciones como requisitos para que los individuos puedan ser vistos y reconocidos como válidos; que en el caso de los dispositivos de alivio implica la posibilidad de ser tratados y eventualmente, mejorar. Como se verá, sostenemos que

---

<sup>7</sup> Se remarca el hecho de que sea una “incitación” para indicar que no se trata de una imposición autoritativa clásica, es decir fundada en una autoridad que se *reconoce* como indiscutible, sino que se funda más bien en la facticidad del operar del dispositivo, que hace requerible para los individuos adoptar determinadas formas de ser.

se pueden encontrar más de un dispositivo en un campo, el cual no obstante, siempre se encuentra jerarquizado (Bourdieu, 2007).

A nivel de nuestro trabajo en terreno, retomamos las posiciones reconstruidas en la historización que hacemos del campo de la salud moderno en Chile. Planteamos, entonces, la necesidad de explorar el terreno a través de un enfoque cualitativo atento a estas posiciones. La estrategia metodológica involucró técnicas observacionales, pero se basó fundamentalmente en una muestra de entrevistas en profundidad “por oposición”.

Las entrevistas que llamamos “por oposición” recogen la reconstrucción histórica del lugar de observación empírica, y siguen las reflexiones de Bourdieu (1999, 2001, 2007) en al menos dos sentidos. Primero, al no obviar que aquello que se concibe fenomenológicamente como la realidad actual, “el orden de las cosas” (Bourdieu, 2001, 2007), es fruto de luchas anteriores y que por tanto ninguna observación ni investigación empírica puede pretender que una “fotografía” del momento, agota la descripción de lo que se observa. Segundo, en tanto el propio autor advierte de la necesidad de confrontar los puntos de vistas

tal como se dan en la realidad, no con el afán de relativizarlos, dejando actuar al infinito el juego de imágenes cruzadas, sino por el contrario, para permitir que aparezca, por el simple efecto de yuxtaposición, lo que resulta de la confrontación de visiones de mundo diferentes o antagónicas. (Bourdieu, 1999: 9).

Este espacio de los puntos de vistas, permitiría la reconstrucción de la confluencia de los espacios de visibilidad de los distintos dispositivos y agentes involucrados en el campo en estudio. Esto requirió la realización de un set de entrevistas en profundidad, es decir, entrevistas abiertas, sin guion estructurado. Esta técnica plantea una situación de entrevista cercana a una conversación, guardando las distancias obvias, pero tiene por objetivo permitir al entrevistador y al entrevistado entrar en una relación de confianza, que haga susceptible el relato de los significados asociados a experiencias muchas veces íntimas. En ningún caso, se pretende extraer una “verdad” de parte de cada individuo en particular, sino que entendiendo la excepcionalidad de un espacio de conversación como el de la entrevista, apunta a dar cuenta de hechos generales que atraviesan las experiencias en común, y los significados que antes éstos emergen (Bourdieu, 1995, 1999, 2001; Canales, 2006; Valles, 1999). Dados los dispositivos y su jerarquización reconstruida en el trabajo de historización, que además justificaba la investigación en adultos en edad de jubilación formal (más allá de 60 años para mujeres, y más allá de 65 para hombres), la primera muestra que nos propusimos se componía del siguiente modo (ilustración 1), ajustada al criterio de saturación de información (Canales, 2006; Valles, 1999; Navarro & Díaz, 1999):



**Ilustración 1: Muestra estructural 1**

Estos atributos de identidad dirigían la intencionalidad de composición de nuestra muestra. Sin embargo, en el transcurso del trabajo de campo, la muestra efectiva se adaptó y finalmente no contó con individuos mayores de 60/65 años que no hayan asistido al programa de medicinas alternativas “Casa-Reunión”, tanto por criterios de factibilidad, como porque las experiencias de los y las entrevistados establecían constantemente comparaciones entre ambos dispositivos.



**Ilustración 2: Muestra estructural efectiva**

De esa forma se realizaron un total de 11 entrevistas en profundidad, correspondientes a más de 17 horas de conversaciones, terminando según el criterio de saturación de información. A esto se suma un cuaderno de campo con observaciones recogidas en las distintas visitas y entrevistas, que suman aproximadamente 60 horas. El cuaderno fue transcrito desde una versión *in situ*, redactada lo más cerca posible de la visita, a una versión definitiva. Las notas fueran incorporadas al análisis, principalmente a través de *memos* enlazados a la codificación de las entrevistas. La técnica en que mayoritariamente se basa el procedimiento es el análisis de contenido cualitativo (Navarro & Días, 1999; Cáceres, 2003; Valles, 1999). Esta se ajusta a nuestros propósitos pues se entiende que “el ‘contenido’ de un texto no es algo que estaría localizado *dentro* del texto en cuanto tal, sino fuera de él, en un plano distinto en relación con el cual ese texto define y revela su *sentido*” (Navarro & Díaz, 1999: 179)<sup>8</sup>. Anima a esta técnica la posibilidad de capturar el sentido latente, y que de forma congruente con nuestros propósitos, exige poner el texto con algo que está fuera de éste, de elementos *extra-textuales*, como condiciones de producción de los textos, sean de índoles sociales (clase, raza, género, etc.), históricos (por ejemplo, determinados períodos), teóricos (elementos que permiten poner en relación los códigos o categorías extraídos, e interpretarlos), entre otros. Éste exige la producción de un metatexto que difiere del corpus de textos seleccionados, es decir, “consiste,

<sup>8</sup> Cursivas en el original.

pues, en una determinada transformación del corpus, operada por reglas definidas, y que debe ser teóricamente justificada por el investigador a través de una interpretación adecuada” (Navarro & Díaz, 1999: 182), lo cual se apoya en la creación de un listado de códigos, con las que se interviene en los textos que conforman nuestras unidades de análisis. Entre aquellos códigos se establecen relaciones posibles, que se complementan, especifican o redefinen a partir de los *memos* provenientes de las observaciones realizadas, o de una inicial integración teórica. Los códigos se agregan en categorías que nos permitieron ir vinculando con mayor fluidez la información producida de forma empírica con nuestro trabajo documental y teórico.

### *ii) Instrumentos específicos<sup>9</sup>*

En conjunto el dispositivo de producción de información consistió en:

- Indagación en fuentes documentales secundarias, para realización de una breve genealogía del campo moderno de la salud en Chile, que permite historizar el trabajo empírico, a través de un diálogo permanente.
- Realización trabajo de campo en CESFAM de una localidad periurbana de la región metropolitana, a la cual denominaremos O.<sup>10</sup>, durante primer semestre de 2013.
- Set de 11 entrevistas en profundidad<sup>11</sup>. 4 a terapeutas del programa de terapias alternativas (reiki, masoterapia, fitoterapia, medicina antroposófica). 4 a individuos mayores de 60/65 años que asistían al programa. 3 a médicos alópatas del mismo CESFAM.
- Notas de campo. Aproximadamente 60 horas<sup>12</sup>. Las observaciones se realizaron en: a) Consultorio central; b) Espacio diferenciado para el programa “Casa-reunión”, a unas cuadras del consultorio central; c) En consultas de los terapeutas; d) En casas de pacientes y algunos terapeutas.
- Se sumó además a la consideración, las notas de campo obtenidas en la observación del CESFAM Bellavista en La Florida, primer lugar tentativo de realización de la investigación.

---

<sup>9</sup> En anexos se incluyen: Ficha de identificación; Pauta de tópicos a tratar en las entrevistas; Ejemplo de consentimiento informado; Ejemplo de una transcripción; Lista de códigos para el análisis; Listado de memos derivado de observación y análisis.

<sup>10</sup> Se escoge este CESFAM por la diversidad de terapias no biomédicas, que incluye su programa. En Chile, como señalamos en el capítulo final de nuestro trabajo, la mayor cantidad de programa de terapias alternativas existente tiene hasta 3 terapias. En este caso, existen más 5 terapias diferentes.

<sup>11</sup> Todas las entrevistas se acompañaron de un consentimiento informado.

<sup>12</sup> Estas 60 horas consideran que cada entrevista se acompañaba de una nota respecto al entorno y a gestos, movimientos, entonaciones, etc., del entrevistado durante el desarrollo de la técnica.



### *iii) Relevancias, alcances y limitaciones.*

La relevancia social y sociológica de nuestra investigación se encuentra estrechamente unida a las líneas de urgencia presentadas más arriba. Frente a las cuales esta investigación pretende aportar una mirada que amplíe los debates y consideraciones, permitiendo a las colectividades enfrentarlas en mejores condiciones, junto a abrir nuevas líneas de exploración.

Consideramos también que la propuesta del concepto de espacios de visibilidad, puede rendir frutos teóricos, e incluso metodológicos, que pretendemos seguir desarrollando. En ese sentido vale la pena señalar que realizamos una utilización similar en una investigación anterior, respecto a la manera en que a ciudadanos y ciudadanas de Perú residentes en Chile, se les impulsaba a mostrarse, describirse y comportarse para lograr ascender y mantenerse en el mercado laboral chileno (Sir & Tijoux, 2015<sup>13</sup>). Su utilización en la presente investigación permitió tensionar las premisas teóricas que estuvieron detrás de esa primera aproximación, a partir de nuestro nuevo trabajo de campo. Esto estimuló un diálogo constante del que da cuenta el cuerpo del trabajo.

Respecto a los alcances de esta investigación son claramente exploratorios y descriptivos. Se sugieren especialmente en el epílogo líneas de profundización que sólo alcanzamos a enunciar. También por cierto, creemos que este trabajo podría profundizarse y ampliarse a través de un desarrollo metodológico más acabado. Esto consistiría en la diversificación de los lugares de observación, contrastando experiencias y hallazgos. A su vez, sería interesante dar mayor preponderancia a las técnicas de observación, teniendo mayor acceso a las interacciones de los individuos solicitantes y terapeutas, acompañando procesos, entrando a un mayor número de consultas, etc.

### *d) Mapa de lectura.*

Como ya señalamos nuestra investigación empírica se llevó a cabo en el CESFAM de una localidad periurbana a la que por motivos de anonimato llamamos O., la cual se ubica a aproximadamente a 60 km del centro de Santiago. En este CESFAM, existe un ambicioso programa de prácticas terapéuticas complementarias hace más de 2 años a junio de 2014, un año menos cuando realizamos el terreno. Decimos ambicioso, pues incluye aproximadamente<sup>14</sup> 7 terapias diferentes: Antroposofía, Fitoterapia, Reiki, Masoterapia, Arteterapia, Acupuntura, Biomagnetismo, mientras que la mayoría de los programas existentes en el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), articulan hasta 3 terapias (CECV, 2012). Al momento de realizar nuestro estudio las más activas eran las 4 primeras, las cuales quedaron cubiertas en nuestra muestra. Esta indagación dialoga constantemente a través del desarrollo de nuestra tesis, con los antecedentes históricos que nos permiten situarlo en una red de relaciones generales, y con los elementos teóricos fundamentales para la descripción de los significados de salud que se construyen y sus efectos directos e implícitos sobre los individuos mayores.

---

<sup>13</sup> Se encuentra actualmente aceptado y por ser publicado en la revista LARR el año 2015.

<sup>14</sup> En el tiempo varían.

De este modo, en el primer capítulo encontraremos un diálogo entre las posibilidades que abren las terapias alternativas (que conceptualizamos como dispositivos de alivio alternativos), y la reconstrucción del campo que en su propia formación pone a la medicina científica como dominante. Esto se traduce en una exploración de la forma que actualmente toma lo que conceptualizamos como “soberanía médica”, es decir, el poder de imponer las reglas sobre el territorio de la salud pública, aún perteneciente a la medicina ortodoxa. Reconocemos las especificidades de los dispositivos de alivio alternativos respecto a las dimensiones en cuya proyección se entiende la categoría neutral de salud (vida, muerte, enfermedad y cuerpo).

En un segundo capítulo, abordamos la emergencia de una clase de edad caracterizada por la desobligatoriedad, y la manera en que esta se vincula con las posibilidades (o efectos locales) de los dispositivos de alivio estudiados. Del mismo modo, describimos cómo éstos se ligan a la tercera urgencia que caracterizamos más arriba, y a través de ello, a las dos primeras.

En la tercera parte reconstruimos de manera sistemática el desarrollo que se expuso en los capítulos 1 y 2, para avanzar en una lectura que posibilite la entrega de elementos relevantes tanto para las discusiones sociológicas, como para la comprensión y acción sobre los problemas sociales. Por otra parte, tensionamos los conceptos teóricos de base, en relación al trabajo de campo y sus derivas.

Finalmente, exponemos un epílogo, en donde se vuelve sobre todo el camino recorrido, para expresar sintéticamente sus principales hallazgos, y evidenciar líneas que se desprenden, pudiendo servir de inicio de posteriores indagaciones. Sin perjuicio de lo anterior, no pretendemos ser capaces de agotar las potenciales lecturas sobre nuestro trabajo.

## **Capítulo 1: Soberanía Médica.**

## I.I El espacio posible de las MCA<sup>15</sup>.

### a. *Demasiados medicamentos.*

Entonces creo que los médicos no deberían hacer uso y abuso de los medicamentos porque ven alguien con dolor de cabeza y por sanarle el dolor de cabeza le echan a perder el estómago (...) yo no tengo como muy, muy buena relación con los medicamentos, sí con la medicina, [sí] con los medicamentos naturales. (Encargada Práctica Médica<sup>16</sup>, mujer, MCA. Entrevista personal).

Reemplaza, al provocar alivio inmediato, el paciente que estaba acostumbrado a cuando le empezaba a doler se toma un ibuprofeno, el paciente ya no toma un ibuprofeno. (Encargada Práctica Médica, mujer, MCA. Entrevista personal).

Eh... [Hablando sobre la derivación a MCAs] igual más llevado por el paciente, cuando el paciente dice no estoy ni ahí con tomar pastillas, me cargan las pastillas o, me carga venir al médico, me cargan los médicos, ahí es como, no esta persona para medicina complementaria (Encargada Práctica Médica, mujer, Medicina convencional. Entrevista personal).

Una de las primeras cosas que salta a la vista al llegar al sitio del trabajo en terreno<sup>17</sup>, uno de los primeros elementos que llaman la atención al hablar con las personas que tienen alguna vinculación con el programa de medicinas alternativas y complementarias<sup>18</sup> de este CESFAM, es la relación que establecen los usuarios del centro de salud, en especial las personas mayores con quien entablamos conversaciones, con los medicamentos propios de la medicina científica o biomédica. En la sala de espera del consultorio, es posible observar las caras de desagrado y de enojo, pero también de angustia e impaciencia de las personas durante el tiempo de espera por los medicamentos. Escuchamos, entonces, reclamos por la cantidad de pastillas, por el rígido régimen horario que lo acompaña, y a veces también bromas respecto a la posibilidad que tienen de enfermarse más “por culpa de los remedios<sup>19</sup>”.

Así lo señala, también, una de las terapeutas del Programa: “por *sanarle* la cabeza, le *echan a perder* el estómago”. Las referencias a problemas estomacales, a “ardores”, a un “peso en el estómago”, o por otro lado, al “sueño” que provocan, al “atontamiento”, o incluso, al hecho de olvidar tomar algún medicamento, “porque son muchos” -y no se sabe- “para qué sirven”, abundan en la sala de espera del CESFAM, y también en las conversaciones sostenidas con distintas personas (más allá de las formalmente entrevistadas), sobre todo cuando se trata de

---

<sup>15</sup> Medicinas Complementarias y Alternativas. En adelante para referirnos a este tipo de terapias, utilizaremos esta sigla, especialmente por su usual utilización en la literatura relacionada.

<sup>16</sup> En adelante se designará como EPM.

<sup>17</sup> El Centro de Salud Familiar (CESFAM) principal de una comuna retirada unos 60 kilómetros de Santiago, capital de la Región Metropolitana, a la cual llamaremos O.

<sup>18</sup> En adelante nos referiremos a este programa como “Programa Casa-Reunión” o “Casa-Reunión”, por el nombre que le dan al lugar en donde se ha instalado el programa que ya no está ubicado exactamente en el CESFAM de la comuna O. Tendremos ocasión de referir más extensamente respecto a esta separación espacial, lo importante por el momento es la constatación de que son dependencias separadas físicamente, pero en donde la Casa-Reunión, depende administrativamente del CESFAM. Tanto los nombres de las comunas, como del programa, y las personas entrevistadas, están modificados para asegurar tanto como sea posible su anonimato.

<sup>19</sup> Casi nadie le dice medicamento, ni menos *cura*.

individuos mayores, quienes están continuamente expuestos a una medicación cuyo lazo se da tanto por exceso, como por defecto<sup>20</sup>.

Denominaremos a esta constatación como una *primera queja*. Formalizada podría expresarse así: “Los medicamentos son demasiados, me cuesta organizarme para tomarlos, son caros, y me traen problemas, a la vez que no estoy seguro si me curan”. Es posible dar cuenta de ésta a través de la escucha en una sala de espera, o de una conversación breve. Ahora bien, al acercarnos a la Casa-Reunión, o al profundizar la conversación en una entrevista con usuarios del Programa de medicinas alternativas, esta primera queja se complementa con los beneficios atribuidos al Programa, o en otras palabras, a su “productividad táctica”, su actuación explícita, los “efectos recíprocos de poder y saber [que] aseguran” (Foucault, 2002b: 124)-<sup>21</sup> Los relatos, no dudan en reconocer las modificaciones que permite acudir al Programa

R: Y, y por otro lado, como te digo eso es lo mejor que me pasó, porque es el doctor que me alivia cuando tengo otras dolencias de otro tipo también, yo o lo llamo, le digo, me siento aquí, ya es como un médico que nos hicimos muy cercanos. La otra parte es la parte que tu... que a ti más te duele, la parte de los gastos, la parte de las platas, la parte del alto costo de los medicamentos y tú tienes que, tienes que, que tomar

E<sup>22</sup>: Claro

R: La parte menos amigable... es esa

E: Y es en general, ¿Tomaba harto medicamento?

R: Sí, harto

E: Y ahora con, con estas terapias ¿Se logra un poco reemplazar?

R: Sí, sí, como te decía yo, le comenté al doctor, ya, me dijo, perfecto... los corticoides tu sabes que no se pueden cortar así... de un rato para otro, pero mientras yo me mantenga bien, mientras yo me sienta bien

(Entrevista personal, mayor 65 años, hombre)

M: No, me he sentido bien (...) sí porque *ya no es tanto* el... ese *ardor que me subía* que me quemaba hasta la lengua, era muy fuerte con las pastillas, porque lo... ay como se llaman estas, paracetamol, tenía que tomar dos casa seis horas

H: Harto y ¿Por qué le daban tanto?

M: Por los huesos

H: Por los huesos, y eso, ese dolor de los huesos se le ha disminuido ahora ¿O no?

M: No, no. No porque recién estoy con los imanes.

(Entrevista personal, mayor 65 años, mujer)

Una de las asociaciones más espontáneas sobre la relación de las MCA y la medicina convencional, pasa por los medicamentos<sup>23</sup>, como objetos de una queja, y como posibilidad

---

<sup>20</sup> Ver capítulo 2.

<sup>21</sup> Siguiendo las indicaciones metodológicas, una descripción acabada de un fenómeno debe acompañar la “productividad táctica”, con su “integración estratégica” (Foucault, 2002b), que es lo que se realiza a lo largo de este trabajo, integrando diversas herramientas conceptuales, teóricas y empíricas.

<sup>22</sup> En adelante, el se utilizarán cursivas en la entrevista para destacar frases particularmente ilustrativas.

<sup>23</sup> En general, también va a asociada, o es posible dar cuenta de una actitud similar frente a los exámenes, sin embargo, por ser una investigación exploratoria, y estando centrada en las prácticas terapéuticas no biomédicas,

para las otras terapias de probar, demostrar y tener una eficacia particular. Ahora bien, debemos ser enfáticos en afirmar que no se trata de una queja irrelevante, dado que se trata del cuestionamiento a uno de los elementos técnico-científicos fundamentales de la medicina convencional como la conocemos, es decir, aquella sujeta a los principios de validez que se instalan como dominantes al inicio del siglo XX. En efecto, la alianza que se produce entre la ciencia y la práctica terapéutica, se hace particularmente visible en los medicamentos. Más incluso que en los exámenes, pues se trata de un producto diseñado para el alivio de una dolencia, de un malestar, etc., y no de un aparato para el diagnóstico. El medicamento deviene el estandarte de la medicina científica, frente a cualquier otro tipo de terapia. Es la separación definitiva entre curandero y profesional de la medicina (Molina, 2010; Armus, 2005). La ciencia y la técnica se convierten en principios de validez, de visión y división legítimas del campo de la salud (Bourdieu, 1999; 2006; 2007). Al mismo tiempo es indicador de la concreta posibilidad de la mercancía, de toda una nueva fármaco-economía, en la medida en que este producto otorga una separación del lazo terapéutico y el alivio<sup>24</sup>, condición del alejamiento profesional de la figura del curandero. De todas maneras esta crítica se dirige más al médico que a la farmacéutica y en ese sentido, más al medicamento como concreción de un estatuto superior de la biomedicina frente a otras terapias, que como principio de una fármaco-economía que hoy toma diferentes formas<sup>25</sup>. Lo que se observa, en este caso, es una duda respecto a la posición social de la biomedicina, que supo adquirir durante la primera mitad del siglo XX, una hegemonía sin sobresaltos por la que venía pujando desde fines del XIX en Latinoamérica y Chile<sup>26</sup>.

El medicamento, en tanto fármaco administrado por los profesionales médicos<sup>27</sup>, es concreción de una serie de procesos paralelos al de la profesionalización de la medicina, del orden de los adelantos tecno-científicos de los laboratorios, del papel de los farmacéuticos y boticarios, del desarrollo de una industria interesada en su comercio, etc. Sin embargo, esa fármaco-economía incipiente, requiere de una utilización neutra de las sustancias alteradoras del ánimo. Así como el recurso al profesional de la medicina a fines del XIX y principios del XX, no es la norma y frente a ella hay más bien una desconfianza generalizada, las relaciones con las sustancias permitidas y prohibidas carecen de la claridad formal que conocemos, aquella que promete vincular moléculas específicas, con resultados buscados, aun cuando los

---

nos preocuparemos solamente de los medicamentos, porque son efectivamente los que más se mencionan de cara a estas terapias, y que además se vinculan como un elemento tecno-científico central para la biomedicina.

<sup>24</sup> A diferencia de otros abordaje de la salud, el medicamento promete poder confiar en la inocuidad y especificidad de la sustancia, contrario a las situaciones de compenetración entre terapeuta y solicitante, que implican el uso de sustancias que actúan de formas “difusas” (Escotado, 1998).

<sup>25</sup> Ver, por ejemplo: Rose, 2006; Fries, 2013.

<sup>26</sup> En distintas partes del mundo se habla de una crisis de la medicina hacia los años 70's, en referencia a problemas similares a los que estamos presentando, especialmente producto de los problemas económicos que enfrenta la salud pública, y respecto su posición indiscutiblemente dominante. Ver, entre otros: Foucault, 1974; Illich, 1975; Coburn, 2006; Willis, 2006). En Chile difícilmente se da un proceso similar, en relación a su expresión en el espacio público, debido a que las reformas a la salud en ese tiempo se dan bajo la dictadura de Augusto Pinochet. El alcance tanto de aquella *crisis*, como de las críticas y las terapias que se abordan acá, son motivo de reflexión constante en esta investigación.

<sup>27</sup> Que por tanto neutraliza toda la ambigüedad del *phármakon/pharmakós* a la vez cura y veneno, chivo expiatorio y sustancia purificadora (Escotado, 1998; Agamben, 1998).

resultados no siempre sean satisfactorios (Illich, 1975; Rose, 2012). Durante el siglo XIX los saberes tradicionales y sus propias sustancias, pociones, pequeños rituales, son competidores, y hasta cierto punto conjuran la centralización de una institucionalidad sanitaria, y farmacológica (Molina, 2010; Escohotado, 1998; Márquez & Meneu, 2007; Illich, 1975; Armus, 2005; Illanes, 1993, 2004). El ascenso social de la medicina y el principio de división del campo ligado a la verdad científica, va de la mano con el medicamento como única sustancia legítima, como único fármaco autorizado, en detrimento de otras sustancias, generalmente psicoactivas<sup>28</sup>. El fármaco depurado, es recetado exclusivamente por un profesional con propiedad científica.

Haremos referencia al proceso de ascenso social de la medicina, que es también el proceso de constitución de un campo en el sentido de Bourdieu (2007) y que supone la cientificidad como un rasgo diferencial frente a otras terapias, para comprender que las quejas del medicamento suponen hasta cierto punto, una puesta en cuestión de la cientificidad como criterio suficiente de la efectividad de los dispositivos de alivio.

Sólo a fines del siglo XIX y comienzos del XX, asistimos a una profesionalización perdurable de la medicina en Chile. Es decir, una estructuración interna del campo de la salud, junto a la adquisición de un lugar de privilegio en estas materias dentro de la sociedad, lo que conlleva la capacidad de monopolizar las definiciones legítimas de salud. Este proceso de profesionalización, se produce al mismo tiempo que una medicalización perdurable de la sociedad.<sup>29</sup>

En efecto, como se señala en Molina (2010: 89) todavía

A comienzos del siglo XIX, ante la falta de facultativos en el país, el uso de conocimientos médicos populares era generalizado y aceptado, llegando a difundirse en folletos. Ni siquiera el Protomedicato, a pesar de sus quejas a las autoridades, lograba contrarrestar a este competidor de los médicos titulados.

Existía una falta de “acceso o de confianza en los conocimientos médicos” y un “fuerte arraigo de usos y sabidurías ancestrales” (ídem). Sólo a partir de 1850 se dictan una serie de normas que establecen la obligatoriedad de una certificación académica para ejercer profesiones como la medicina, la obstetricia y la farmacología, junto a una persecución judicial

---

<sup>28</sup> En Chile, el alcohol y el tabaco se permiten siendo de todas formas problematizadas por la autoridad médica, pero todas otras drogas se prohíben (Becerra, 2010). Para una profundización de esta temática, en el caso de los Estados Unidos, en donde la prohibición llega al alcohol, y las consecuencias en término de la legitimidad de los efectos de las sustancias permitidas, ver: Escohotado, 1998.

<sup>29</sup> Según Márquez & Meneu, (2007), la medicalización puede entenderse desde tres aristas: 1) Redefinir las percepciones de profesionales y legos sobre algunos procesos, caracterizándolos como enfermedades e incorporándolos a la “mirada médica” como entidades patológicas abiertas a la intervención médica. 2) Reclamar la eficacia incontestada de la medicina científica, y la bondad de todas sus aportaciones, desatendiendo las consideraciones sobre el necesario equilibrio entre sus beneficios y los riesgos o pérdidas que implican. 3) La marginación de cualquier modo alternativo de lidiar con las dolencias, incluyendo tanto terapias de eficacia probada empíricamente como las formas desprofesionalizadas de manejo de todo tipo de procesos que van desde el parto hasta la muerte. Va en la línea de la definición que da Davis (2001), que desarrollamos en el capítulo II, como: “extensión del dominio conceptual [epistemológico] y normativo [moral] de la medicina hacia problemas, estados, o procesos no previamente inmersos en la esfera médica, dando lugar al manejo y tratamiento médico, de éstos” (Davis, 2001: 218)

a quienes no contaban con ella (Zárate, 2008). Esto marca el comienzo de la profesionalización de la disciplina, de los pasos definitivos para hacer de la práctica médico-terapéutica una actividad vigilable, tecnificada, y excluyente, pues “se buscaba (...) crear un mercado para los facultativos formados en la Universidad evitando la competencia” (Molina, 2010: 90).

Durante la segunda mitad del siglo XIX, hubo una notoria preocupación por institucionalizar la educación, y aumentar la cantidad de profesionales de la salud debidamente certificados, específicamente médicos. Esto es un paso clave para la conformación de un “campo”, en la medida que se instituye un cuerpo de agentes especializados, capaces -por lo mismo- de monopolizar el acceso a ciertos saberes y capitales específicos, en este caso, terapéuticos (Bourdieu, 2006).

Un elemento fundamental de esta conformación del campo de la salud, es el aseguramiento de su aspecto científico y técnico. El reconocimiento difundido en el espacio social del “capital terapéutico” de los, ahora llamados, profesionales de la salud, se basa en la posibilidad de echar mano a esta característica que define para el Estado la única manera legítima de encargarse del alivio del sufrimiento. Es decir, convertir este capital terapéutico en un verdadero capital simbólico, en tanto se reconoce más allá de los límites del campo en que se origina, por desconocerse la arbitrariedad de su institución, como por ejemplo la arbitrariedad existente frente a otras formas de encargarse del sufrimiento y el alivio (Bourdieu, 2007).

El campo en gestación, construye al mismo tiempo su principio de reconocimiento, en base al *nomos* que lo rige, la científicidad. Si este conocimiento sobre salud e higiene, puede al mismo tiempo servir para la conformación de un Estado de Asistencia o Compromiso, y formar parte importante de la constitución del movimiento obrero (Fuster, 2013), es precisamente, porque esta unión no siempre fácil con el capital propio de la ciencia –“la verdad”- le otorga una neutralidad suficiente, y una benignidad inherente a sus intervenciones claramente políticas, en tanto, se emparentan con los objetivos de desarrollo y progreso propios de la ciencia y de los Estados de matriz nacional-popular (Armus, 2005; Zárate, 2008; Molina, 2004; Garretón, 2001).

En esta búsqueda, la necesidad de fijar medidas para una institucionalidad sanitaria, se vincula directamente con el desarrollo de centros de producción de especialistas. La primera, la institucionalidad sanitaria, representa el despliegue del aparato de demarcación simbólica, que vinculará el dispositivo biomédico (por oposición a otros saberes) con los principios de legitimidad del campo de la salud. Las segundas, las instituciones educativas (principalmente las universidades), fundamentarán el vínculo con el capital “verdad”, y a la vez darán vida a la *illusio* del campo. La *illusio* la concibe Bourdieu (1999), como aquello que asegura la implicación de los agentes en el campo, sin lo cual ningún campo podría tener vida<sup>30</sup>. En tanto la educación se ve progresivamente imposibilitada de negar formalmente la formación a nadie que lo

---

<sup>30</sup> “La forma original de la *illusio* –señala Bourdieu- es la inversión en el espacio doméstico, sede de un complejo proceso de socialización de lo sexual y de sexualización de lo social. Y la sociología y el psicoanálisis deberían aunar sus esfuerzos (...) a fin de analizar la génesis de la inversión en un campo de relaciones sociales, constituido así en objeto de interés y preocupación, en el que el niño se encuentra cada vez más implicado y que constituye el paradigma, así como el principio, de la *inversión en el juego social*” (Bourdieu, 1999: 219). El énfasis es nuestro.



merezca, funda la creencia en la importancia de participar en ese campo (la promesa rezaría: “todos podrían ser curadores de la salud, pero sólo los mejores lo son”), y además, propone como expectativa que el conocimiento médico no es un conocimiento divino, ni estancado, sino que en movimiento y progreso, pero donde la única vía legítima para decir algo es mediante el lenguaje propio de la ciencia<sup>31</sup>.

En 1842, se inauguró la Universidad de Chile, en donde se impartiría la primera carrera de medicina moderna del país. En aquellos días, Andrés Bello, fundador de la casa de estudios, no dudaba en señalar que “el deber cultural y el objetivo científico de la medicina estaban asociados al desarrollo de las ciencias médicas consagradas al bienestar del pueblo, como una tarea nacional que aseguraba el progreso del país” (Molina, 2004: 9). Se establecía así que el lazo fundamental entre la capacidad de curar de la medicina moderna y la verdad científica, tenían como objeto la salud nacional, antes que la individual, en miras del progreso del país, es decir, de cara a la inserción de éste en la forma capitalista de producción (Salinas, 1983). Así lo señala Molina (2004: 9) respecto a los “cambios en la medicina”, los cuales nosotros hemos presentado como la formación del campo de la salud moderno:

Estos cambios de la medicina estaban vinculados con la maduración del capitalismo como modo de producción dominante y así la medicina chilena inició su desplazamiento del espacio religioso y político donde se encontraba, para articularse con el proceso de producción económica

Este desplazamiento del ámbito religioso y político, está posibilitado por la neutralidad que le da la relación con la verdad científica, y que hace ver en las intervenciones más políticas, antes un órgano de consulta que un estrato interesado.

La profesionalización y la institucionalización se profundizan hacia el siglo XX. Si en 1863 se inaugura un nuevo edificio para la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile (única que impartía la carrera), para albergar a 40 alumnos y 5 profesores; Ya en 1889 se abre un nuevo edificio en Avenida Independencia, junto al hospital San Vicente, para alrededor de 350 estudiantes y 40 profesores (Molina, 2010: 69-70). Este proceso profesionalizante se ve afianzado por la preocupación a comienzos del siglo XX de estructurar la instrucción de otros profesionales de la práctica médica, como las enfermeras, y por cierto, la farmacología (Molina, 2010; Becerra, 2007)<sup>32</sup>.

La promulgación en 1892 de la Ley Orgánica de Higiene Pública de Chile y la formalización en el mismo año, del Consejo Superior de Higiene Pública, y del Instituto de

---

<sup>31</sup> Este principio de división, es posible de identificar aún hoy en la “medicina basada en evidencias”, o en algunos intentos de legitimar el uso de terapias con orígenes distintos al de la biomedicina. La vinculación entre esta superioridad y lo que se conoce como “colonialidad del saber” (Lande, 2000), puede ser un vínculo interesante de explorar.

<sup>32</sup> En 1906 se crea la Escuela de Enfermería de la Universidad de Chile para el estudio y la preparación de un grupo diferenciado de personas expertos en actividades que habían estado preferentemente reservadas para religiosas (Molina, 2010). La terapéutica siempre recurrió a sustancias, su regulación, prohibición y manejo, se incrementó dada la problematización de la toxicomanía, a comienzos del siglo XX (Becerra, 2007). También a inicios, en 1907, se logra aislar la vitamina C, y luego toda la gama de vitaminas conocidas. En 1929 fue creado el Instituto Bacteriológico, cuyo antecesor es el Instituto de Higiene de 1892, que tuvo por principales tareas establecer “métodos estandarizados de diagnóstico, producir sueros, vacunas y medicamentos para prevenir y tratar masivamente las enfermedades contagiosas” (Molina, 2010: 107)

Higiene, marcan los inicios de una estrategia decididamente centralizadora, que va crecientemente restando autonomía a las administraciones municipales (pobres en recursos), y tomando funciones propias de las casas privadas de “Beneficiencia”<sup>33</sup> (Molina, 2004). En efecto, la intervención de los médicos en el espacio público también va creciendo en importancia y legitimidad, en la medida que se enfrentan las llamadas “enfermedades sociales” (alcoholismo, sífilis, tuberculosis, altas tasas de mortalidad infantil), que ponen a estos profesionales salvíficos al frente de discursos y alternativas sanitarias a problemas socio-políticos (Molina, 2010; Becerra, 2007; Salinas, 1983). Esta intervención se acompañaba de la potestad que este consejo tenía para echar mano a la Ley de Policía Sanitaria de 1886, que incluso se volvió contradictoria con las necesidades expresadas por el Ministerio del Interior<sup>34</sup>.

En este período, se intercambian opiniones en el parlamento, se exponen públicamente los beneficios de los tratamientos, de las vacunas, de las medidas de higienización y se busca la autoridad gubernamental para lograr la obligatoriedad de prácticas que se consideran legítimas. La medicalización de la sociedad avanza a paso firme (Zárate, 2008; Belmartino, 2005).

Estos tres procesos brevemente señalados -a saber, i) la exclusión de otros saberes sobre los sufrimientos y aflicciones corporales, en base al criterio de cientificidad; ii) la formación de un cuerpo de agentes especializados, que reproduce el capital específico y asegura la *illusio* y; iii) la intervención pública de los médicos sobre problemas “sociales”, que permite el reconocimiento difundido del capital terapéutico, marcan la conformación de un campo de la salud en Chile, lo que define el terreno de una perdurable medicalización de la sociedad en nuestro país.

Estos procesos se ven reforzados por la denominada “cuestión social”<sup>35</sup>, que en razón de las presiones sociales y política, ponen al Estado en posición de establecer una mayor presencia e intervención sobre el espacio social y sobre la gestión de la vida de sus ciudadanos en un momento que la higiene adquiere una relevancia central, en tanto afectan los índices de mortalidad, de morbilidad, de ausencias laborales, y sobre todo de productividad<sup>36</sup>. Ante las dramáticas condiciones de vida y muerte, sobre todo de los sectores más pobres de la

---

<sup>33</sup> Las Beneficiencias, son entidades privadas mayormente religiosas encargadas de los cuidados, que constituyen casas de acogida para los enfermos obreros, pobres y/o desamparados, que era la gran mayoría de los enfermos (Molina, M., 2010; Molina, C., 2004).

<sup>34</sup> Ver por ejemplo el caso de la peste bubónica en Iquique en 1903, que opone la necesidad de realizar un aislamiento y quema de las viviendas contagiadas, con la urgencia de evitar una revuelta, propia del Ministerio del Interior.

<sup>35</sup> Visibilización, gracias a la capacidad de organización y de comunicación, de las condiciones de miseria y marginación que se provocan en las principales ciudades de Chile en los últimos años del siglo XIX y principios del XX, debido a la incipiente proletarización, y un Estado hasta ese entonces marcadamente “liberal” (Salinas, 1983)

<sup>36</sup> Sería interesante estudiar el vínculo posible entre estas transformaciones en la preocupación por la vida, por ejemplo, entre unos gobiernos liberales completamente desinteresados en resguardar derechos, como no sea el mínimo para la reproducción de la fuerza de trabajo, a uno Estados de una biopolítica centralizada y centralizadora, en donde la intervención en la vida, en los vicios, en las formas de habitación, en la alimentación, en las enfermedades, etc., es muy notoria (y luego el desplazamiento que se abordará más adelante, hacia una individualización de la gestión de la salud), con una necesidad de aumentar progresivamente la plusvalía relativa, por sobre la absoluta.

població<sup>37</sup>, las llamadas “Beneficiencias”, entidades privadas mayormente religiosas encargadas de los cuidados, se hacen insuficientes. Asimismo, se hace cada vez más importante, de cara a las posibilidades de revueltas populares, evitar las contradicciones en el sistema de salud, y propiciar la alineación con los objetivos políticos, que recaen en la necesidad del fortalecimiento de la población, en tanto, masa trabajadora. En este sentido, la cientificidad médica, está notoriamente ligado al cuerpo comprendido como máquina.

La preocupación por la salud de la población tiene un marcado carácter urbano, y emerge específicamente en la medida que aumenta la participación de los obreros en el proceso de producción. De ahí que el interés sanitario por la ciudad y sus habitantes, de parte del Estado, se dé en un marco de temprana revalorización capitalista del obrero urbano, y se desatienda el ámbito rural, con excepción de las epidemias agudas (Salinas, 1983: 114-115). Una preocupación activa por lo que afecta a la *vida como tal*, en términos de morbilidad y mortalidad, se hace patente junto a los procesos de industrialización, logrando que la medicalización de la sociedad se integre al proceso de producción. Los problemas de salud e higiene, pasan a ser netamente asuntos de “más o menos conocimientos” (Salinas, 1983: 108). Tanto para la institucionalidad estatal, como para los propios individuos, los sufrimientos y aflicciones propios del modo de vida que se ha instalado, es decir, de una sociedad con un Estado centralizado que tiene su fundamento económico en la obligación al trabajo de una gran masa de personas adultas; pasan a ser problemas médicos. De ese modo, se transforman en problemas técnicos, y la práctica médica profesionalizada en la única legítima para hacerles frente.

Los barrios, las habitaciones, y las prácticas de vida cotidiana de los obreros, serán preocupación fundamental de las intervenciones de la medicina convencional que está en ascenso. El principal medio de excluir del campo de las alternativas legítimas a otras formas de encargarse de la salud, será su institucionalización, y sus barreras educativas, lo que requiere no obstante, de la posibilidad de mostrar resultados, de probar su eficacia. De ahí que estas intervenciones sobre la población más pobre y principalmente contra la clase trabajadora sean recurrentes, pero no necesariamente por un criterio objetivo, sino por la manera en que se incluye a la vida, en la instalación de una forma biopolítica de gobierno (Foucault, 2006, 2007) de marcada intervención estatal. Esto debido a que para el Estado las condiciones de la masa trabajadora forman parte de sus preocupaciones, en tanto factor de la producción, al mismo tiempo que sienta las bases, para que se ponga a funcionar un mercado de la salud (Fuster, 2013; Miller & Rose, 2008; Rose, 2012). Esto ocurre en la medida que existe una alianza de la élite médica y el Estado sobre el mundo del trabajo, que tendrá como efecto que de ahí en adelante, los individuos se vean cada vez más impulsados a leer su cuerpo; el cuerpo de los Otros<sup>38</sup>; sus dolencias y preocupaciones en el trabajo y en la casa, según las formas que

---

<sup>37</sup> Con esto nos referimos a las condiciones de vivienda, “los conventillos”, las condiciones y educación sobre el higiene, y las altas tasas de morbilidad y mortalidad. Por ejemplo, las defunciones por tuberculosis en el país ascienden de 48.534 en la última década del XIX a 81.483 en la primera del XX (Molina, 2010)

<sup>38</sup> Sobre todo en lo referente a una forma inmunitaria (Esposito, 2005) de relacionarse con los demás, vistos como potenciales amenazas, en tanto portadores de enfermedades, marcadas muchas veces con estigmas en la piel, mezclándose con consideraciones de clase, etnia, raza o género.

propone la medicina científica. Y por medio de la necesidad creciente de mostrar sus cuerpos, sus dolencias, sus malestares como la ciencia médica puede entenderlos, contribuirán a hacer carne sus premisas, es decir, a hacer aparecer su cuerpo complejo, su persona, al modo de las máquinas que se averían, y no requieren sino la intervención del técnico o el ingeniero, para su vuelta al trabajo. Esta intervención se vincula estrechamente con la posibilidad de disponer del medicamento como elemento tecno-científico, desarrollado especialmente para un tratamiento determinado y que es el único tipo de sustancia que será legitimada para el uso clínico (Foucault, 1976).

Esta alianza se cristalizará en la implementación del Sistema Nacional de Salud en el año 1952. Será a la vez concreción de esta tendencia de profesionalización, de intervención en la población basada en el carácter científico de las prácticas terapéuticas y en la vigilancia del fármaco; y un inicio del desplazamiento de las formas de gobierno. Un alianza que encierra las bases de una centralización nunca vista de la atención de la salud en aras de la nación e incluso de la raza (Ortiz, 2006), y también el comienzo de una individualización de la salud, que manteniendo los principios del campo, propondrá una salud por el bien del propio individuo, al separar los ministerios de Salud y Previsión Social.

En 1925, el deber del Estado de velar por la salud pública ya había quedado consagrado en la nueva Constitución llevada adelante por el gobierno de Alessandri (Molina, 2004; Zárate, 2008). La institucionalidad permanecía agrupando trabajo e higiene en un mismo Ministerio, que tenía también expresión en la forma tripartita que se organizó el funcionamiento y financiamiento de la seguridad social hasta 1979. Este ministerio pasa por diversas denominaciones que atan la “salud” con el bienestar social, y también a través de ésta con el trabajo: En 1927, “Ministerio de Bienestar Social”, en 1932 “Ministerio de Salubridad Pública”, en 1936 “Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social”, en 1953 “Ministerio de Salud Pública y Previsión Social”, hasta que en 1959, se inaugura el Ministerio de Salud, separándose las funciones del Ministerio del Trabajo y Previsión Social (Molina, 2013).

Entonces, si la constitución del Sistema Nacional de Salud en 1952, marca un nivel de centralización vinculado un Estado interesado en la intervención en la vida de las personas, para incremento de las potencialidades de la fuerza de trabajo, la separación de la preocupación por la “Salud” en un ministerio especializado, abre nuevas posibilidades, asienta un nuevo campo de estudio e intervención; propone nuevos problemas, y en particular considera a la salud como un ámbito propio, diferenciado de la esfera del trabajo y la asistencia, por tanto, que ha de tener su propia razón de ser, constituyéndose un campo autónomo de la salud.

Evidentemente, la ligazón intensa entre las necesidades del trabajo, y el requisito de la salud, se mantienen aún hasta nuestros días, sin embargo, en esta separación se anuncia ya el elemento problemático, que junto a otros justifica el estudio de la salud respecto a los individuos mayores en tanto condición de des-obligatoriedad social.<sup>39</sup> Es decir, permite la incorporación de la pregunta por una salud que no implique la reparación de los individuos para su vuelta al régimen laboral, propio de la mirada biomédica que se impone en el ascenso de la disciplina y justifica el principio de legitimidad del campo (Foucault, 2000, 2006; Caponi,

---

<sup>39</sup> Profundizaremos sobre esta temática en el segundo capítulo.

2010). Los individuos mayores, en tanto se enfrentan a un tiempo liberado de la obligación legal de trabajar y de la crianza primaria, inauguran una responsabilidad que la biomedicina no consideraba, la necesidad de que la neutralidad con la que se define la salud, tenga sentido más allá de poder trabajar o criar hijos.

En lo que atañe a su propio desarrollo, la salud tiene un nuevo despegue que permite una nueva relación con el trabajo. La noción del cuerpo-máquina seguirá siendo central, fundamental, incluso hasta hoy, pero se atenuará, producto de una liberalización, que adentrándose en este campo abierto por la separación simbólica y epistemológica de la salud respecto al trabajo (productivo o reproductivo), iniciará nuevas formas de intervenir la vida, de fomentarla, de producirla.

En particular, el carácter científico será elemental hasta la actual medicina basada en evidencias, pero también su anclaje epistemológico en la gestión de poblaciones, que devendrá en constantes nuevas formas de medicina preventiva. Lo que sí verá cambios es la relación con la patología, y como veremos, una creciente centralidad no tanto de la enfermedad y los vicios que hay que reparar o contener respectivamente, ni de la vida en cuanto instrumento de la producción, sino de ésta en tanto formas legítimas de vida, de estilos de vida<sup>40</sup>. En efecto esta misma apertura, que se da en conjunto con el punto cúlmine de la centralización de la salud, será relevante para las posibilidades de las terapias alternativas y complementarias, dadas las limitaciones que muestra la medicina convencional, atada a una forma particular organización social cuyo centro era el trabajo industrial tradicional, frente a procesos y personas que lo exceden.

#### *b. Industrialización de la atención, humanización complementaria.*

R: El tiempo de una consulta médica de morbilidad dura quince minutos para una institución acreditada.

E: ¿Quince minutos?

R: Sí, pero si un CESFAM... tienen menos profesionales de los que se necesitan para cumplir con ese estándar y tú tienes una agenda de pacientes que van cinco, seis, siete días, pues no puedes realmente implementar esa faja de tiempo. *Eso se traduce en consultas de menor tiempo, de diez minutos, o menos a veces, obviamente de menor calidad en cuanto a la atención...*

(EPM convencional, hombre. Entrevista personal)

G: Claro por ejemplo, viene una persona y... y es como que ya por fin fueron al médico, por fin tuvieron la hora, entonces quieren todo, al tiro, y tú tienes doce minutos, en los cuales, en la consulta en morbilidad, tienes doce minutos y *en esos doce minutos no puedes resolver todo eso, aunque quieras*, no, no alcanzas.

(EPM convencional, mujer. Entrevista personal)

---

<sup>40</sup> Los desplazamientos en las preocupaciones, no se reemplazan los unos a los otros, sino que se superponen, pero tienen distintos niveles de predominio. Trataremos de dar cuenta de esto, en referencia a las transformaciones en la gubernamentalidad, sobre todo en el capítulo III.

Ya pudimos identificar una primera queja referida al exceso de medicamentos. Además, propusimos, ésta implicaba el cuestionamiento del carácter indiscutiblemente científico con el que se había constituido el campo y que fundaba la base del reconocimiento de esas terapias en amplios sectores de la sociedad, es decir, que convertía en un verdadero capital simbólico al capital terapéutico. Ahora podemos constatar una segunda aproximación crítica. Esta queja se encuentra bastante difundida entre terapeutas de la Casa-Reunión, sus pacientes, e incluso los encargados de la práctica médica convencional.

Para los pacientes la asociación al tiempo no se hace de manera necesariamente directa, sino vinculado a otros aspectos que dan cuenta de una atención industrializada, como la indiferencia o el trato distante:

M: (...) No, como le digo en el consultorio, tal ahí, no, es tremendo, si uno lleva un niño enfermo y no alcanza número, no alcanza no más, malo

E: Claro, nadie le preocupa

M: No si no se preocupa nadie de uno...

(Entrevista personal, mujer, mayor 65 años)

Porque la persona se ponía así... se ponía así... y yo contándole la historia, como que no me tomaba en cuenta, entonces ahí es cuando me salieron los leones, no lo agarré a garabatos tampoco, los respeto mucho, así que, le dije: '¿señor, me va a atender o no?'

(Entrevista personal, hombre, mayor 65 años)

Estas situaciones, se vinculan a un fenómeno mayor que afecta incluso a los médicos convencionales: La gran cantidad de presiones burocráticas y de gestión, o mejor dicho, la presión de una burocracia dispuesta para y encargada de, un aumento de la eficacia de la administración, de la gestión en este caso de la salud, que se traduce fundamentalmente en el cumplimiento de metas e indicadores de atención.<sup>41</sup>

E: Quería saber ese tema de los papeles, del papeleo (...) ¿Tienes que llenarlo mientras el paciente está ahí?

G: Sí, tienes que llenar

E: Quita tiempo de la consulta entonces

G: Sí, (...) mucho tiempo, tienes que llenar papeles para todo, para cualquier cosa que tengas que mandar tienes que poner el nombre, el RUT, el número de ficha, la hora, el sexo, qué es lo que estás buscando, el diagnóstico, en una orden de examen, en la receta lo mismo, hay recetas que son para una cosa y, y otras para otra, tienes que llenar eso, tienes que llenar en la ficha, si hay algo que no llenaste en la ficha también se puede pasar mal si no lo llenaste, tienes que llenar cartolas, tienes que llenar la agenda diaria, tienes que llenar todo el rato, la notificación auge, *tienes que llenar, llenar, llenar*

(EPM convencional, mujer, entrevista personal)

---

<sup>41</sup> Para el carácter gestor que toma gran parte de las instituciones sociales, se puede consultar: Foucault, 2006; Rose & Miller, 2008; Boltanski & Chiapello, 2002. Para el caso de la salud en particular, aunque no exactamente en los mismo términos: Menéndez, 1983, 1984.

Claro porque en esos doce minutos tiene que llenar (...) llenar el Rut del paciente, llena el diagnóstico, luego escribir si tiene alguna patología de ges o algo tiene que llenar algún informe y tiene que mandarlo donde otro médico especialista, tiene que llenar tu informe y entonces ahí entre tiempo y tiempo doce minutos no va...ahora fuera que toca examinarlo digamos que sean cuatro minutos examinándolo, cuatro minutos escribiendo, serian ocho y ya le quedan cuatro minutos para decir el diagnóstico y explicar al paciente que tiene y el tratamiento a, que se va a tomar. *Entonces casi prácticamente no puede ni alcanza uno a saludarlos...*

(EPM convencional, hombre, entrevista personal)

*En diez minutos desde que sabemos que esta el paciente afuera porque hay que restarle, no se cada segundo cuenta ¿no? Desde que salimos, llamamos, preguntamos; está, no está, lo examinamos, le damos su diagnóstico, le damos el manejo, las recomendaciones, él se va y llamo a otro paciente, ahí ya corre el otro tiempo, el siguiente paciente pero todo es dinámico, muchos llegan tarde, otros más temprano. Y la faja del tiempo se puede comprimir o expandir de cada paciente, y eso condiciona pues la calidad de la atención de cada paciente.*

(EPM convencional, hombre, entrevista personal)

Z: Si bien el sistema tiene un sistema público desarrollado en comparación a otros países, porque hay una buena cobertura en salud, falta algunas cosas como en todas partes.

E: ¿Cómo qué tipo de cosas?

Z: Pues los recursos económicos son limitados pero las necesidades son infinitas, en ese tipo de cosas.

E: ¿Y eso cómo se expresa en la práctica?

Z: En la práctica es que tú tienes diez pesos pero para mantener el sistema de salud necesitas treinta, cuarenta, cincuenta. Entonces, es incompleto ¿no?

E: Entonces esto se produce en el paciente.

Z: Claro, *los recursos deben optimizarse*, por ejemplo hay algunas cosas que se han ido trabajando en la atención de calidad. Ahorita todos los CESFAM del país y todos los centros médicos que están en el mundo de la acreditación están intentando implementar algunas metodologías que les exigen para estar acreditadas, *por ejemplo el tiempo.*

(EPM convencional, hombre, entrevista personal)

Lo que ocurre en terreno muestra bien la asociación con los valores de productividad y eficiencia, propios de la intervención de las llamadas reformas de segunda generación<sup>42</sup> (Ozlack, 1997) en el marco del despliegue institucional de la gubernamentalidad neoliberal. Sin embargo, ya habíamos mencionado que desde la concreción de un Sistema Nacional de Salud, y del Ministerio de Salud, como área diferenciada y de preocupación específica del Estado, se abre este ámbito de aseguramiento de la salud por sí misma, tanto en la forma de un derecho, como de un bien de mercado. La salud y el bienestar social se separan. La salud de los individuos en cuanto tales, y en cuanto miembros de una sociedad, no están más superpuestas la una a la otra, sin por ello quedar totalmente desvinculadas<sup>43</sup>. Evidentemente, es bastante distinto si este ámbito definitivamente liberado es manejado como derecho por el Estado, o como mercancía por el mercado, y es posible distinguir reformas específicas que modifican las

<sup>42</sup> Las reformas de segunda generación, refieren a la intervención en la administración pública de criterios propios de la gestión privada.

<sup>43</sup> Para un examen de este proceso a un nivel global, ver: Foucault, 1976.

realidades<sup>44</sup>. Sin embargo, a pesar de las condiciones de excepción, que implican la liberalización de la salud en el Chile de la dictadura, las reformas van en la línea de una arremetida global de desmantelamiento del área social del Estado (Menéndez, 1983; Bourdieu, 1999; Wacquant, 2005). Las condiciones de excepción en dictadura, refieren en líneas generales a la escasa capacidad de oposición a la liberalización y mercantilización de extensas áreas y procesos de la economía, y organización chilena. Aquello, a diferencias de otras partes del globo, implica una alta penetración de las medidas, debilitando radicalmente el sector público, en beneficio de la iniciativa privada en salud (Illanes, 1993; Molina, 2010).

El Sistema Nacional de Salud de los años 50, fundamental para una forma de gobierno de alta centralización estatal, había logrado convertir la posición simbólica y metropolitana de la medicina científica, en una realidad prácticamente nacional. Así, por ejemplo, en

1931 sólo el 33,5% de los partos nacidos vivos ocurrían en hospitales, los demás nacían en sus casas, *asistidos por personas de la comunidad o por parteras*. En 1951 esta cifra se había casi duplicado, llegando al 60,2%. En el año 1975, la atención de partos hospitalarios alcanzaba el 87,4% a nivel nacional y quince años más tarde aumentaba a un 97,8% (Sepúlveda, 2010: 8).<sup>45</sup>

Este sistema nacional y unificado, no se ve modificado de inmediato luego del Golpe de Estado, sino recién en 1979, en el marco de una serie de reformas, entre ellas las ligadas al mundo del trabajo y la educación. En el área de la salud, las modificaciones corresponden a un marcado proceso de liberalización, tanto por descentralización, como por estímulos a la iniciativa privada<sup>46</sup>.

Mediante decreto con fuerza de ley –un arma típica del Estado de excepción (Agamben, 2004)- el Sistema Nacional de Salud, se reorganiza en el actual Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), creándose 27 servicios de salud descentralizados. A su vez el financiamiento de esta nueva organización recae en una nueva institucionalidad, el Fondo Nacional de Salud (FONASA) (Sepúlveda, 2010; Illanes, 1993). Se daba un primer paso a la liberalización y mercantilización que actualmente puede apreciarse en el sistema de salud. En 1980, un nuevo decreto traspasa los consultorios primarios de salud a las Municipalidades, lo que supondrá en adelante desigualdades en las atenciones brindadas, en consonancia con las diferencias económicas de los municipios. Finalmente, el último y principal paso, se da 1981, cuando se decreta la creación de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE). El 7% de cotización independiente del sueldo, guiará casi como si fuera natural, a los individuos de menor ingreso a las prestaciones de FONASA, y a algunos de mayores ingresos a las ISAPRE, sobre todo en tanto éstas pueden pactar un porcentaje mayor de cotización, que asegura una mayor o mejor cobertura.

---

<sup>44</sup> Esto no implica *necesariamente* un juicio de valor *a priori*. La exploración que permite este despegue de la salud, en manos del Estado puede conducir perfectamente a la Eugenesia, como se señaló en páginas anteriores. O bien, en manos del mercado, puede llevarnos a una distinción de tipo biológico, con el resultado de violentas diferencias por clase, raza, género y etnia, que hacen pensar en una eugenesia privatizada e individualizada (Rose, 2012; Fries, 2008). Algunas de estas aristas abordaremos más adelante.

<sup>45</sup> El énfasis es nuestro.

<sup>46</sup> Un “estímulo” de importancia es el desfinanciamiento del sector público. En efecto, durante el período de 1974 a 1990, se experimenta una caída sistemática del porcentaje del PIB destinado a salud. Desde un 3,3% a menos de un 2% (Sepúlveda, 2010).



El Estado se vuelve subsidiario en el ámbito de la salud, y se establece un sistema mixto, profundamente desigual, entre las prestaciones públicas y privadas, y al interior de cada uno de estos ámbitos (Sepúlveda, 2010). Estas escandalosas diferencias, también implican una serie de presiones al sistema público, que en tanto aún posee las exigencias de la universalidad, recibe una cantidad mucho mayor de afiliados que el sistema privado con una disposición de recursos radicalmente escasa. Para el 2010, más del 70% de los habitantes de Chile se encuentra afiliado o es beneficiario de FONASA. Solamente en 2008 el porcentaje del PIB destinado a la salud pública, se igualó al que tenía en 1974, pero en circunstancias en que el porcentaje total de gasto en salud llega a un 5,5% en 2010<sup>47</sup>. Esto significa que para ese año las ISAPRE gastaron un 47% del total para atender al 17% de la población, mientras que el sistema público gastó un 53% para el 73%, es decir, el gasto per cápita de las ISAPRE en sus beneficiarios es el doble del gasto público, que es también “menos de la mitad de lo que otros países de parecido nivel de desarrollo a Chile gastan en sus sistemas públicos” (Sepúlveda, 2010: 12). Esto impone serias limitantes económicas y presiones administrativas al ámbito de la salud estatal, como evidenciaban las entrevistas y conversaciones. Una escasez de personal, impone ritmos de trabajos deshumanizantes en el personal médico y administrativo; la necesidad de priorizar recursos dificulta la atención en lugares con condiciones dignificantes. La presencia del modelo privado impone un ritmo competitivo e instala como legítima la concepción y manipulación del ámbito autonomizado de la salud, como un mercado, que tiene de forma directa a la vida como su mercancía.

Sin embargo, en tanto la crítica por la industrialización es una exigencia de humanización, y el criterio de la científicidad se encuentra hasta cierto punto atenuado, los servicios públicos tanto internacional como nacionalmente, han puesto los ojos en las potencialidades de ciertas medicinas consideradas alternativas. Si bien, existía recelo sobre ellas, no sólo por una desconfianza en sus principios, sino por una percepción de costos injustificados, las presiones por mejores tratos, y el reconocimiento del abaratamiento de costos al menos en países como Chile, han permitido un ingreso parcial de terapias basadas en otros principios (Baer, 2001; Coburn, 2006; Almeida, 2012; Possamai-Inesedy & Cochrane, 2013)<sup>48</sup>.

Estas otras terapias, que sitúan en ocasiones sus raíces en tradiciones anteriores a la constitución de la medicina científica como dominante, han podido volver a aparecer con fuerza, merced al despegue que tuvo la “salud” como ámbito autonomizado, y específicamente gracias a la formación de mercados sanitarios, que le han permitido conformar una

---

<sup>47</sup> Cifras de este tipo para 2013 no estaban disponibles al momento de redacción.

<sup>48</sup> Incluso en las entrevistas y conversaciones el tema de la reducción de costos, sumado a los altos índices de satisfacción de los usuarios, son los argumentos que más se esgrimen para señalar la pertinencia y las posibilidades de mantenimiento del Programa. Por otra parte, Nogales-Gaete (2004), señala que una paradoja en las MCA se da en que en los países “en desarrollo”, con una industria incipiente en estas materias, existe un costo más bajo que en países con industrias de mayor tamaño. No obstante, el costo de la medicina de punta es tan elevado en algunos países, que a pesar de que el costo relativo de las MCA sea mayor, éstas aún así pueden ser una buena alternativa (Baer, 2001).

consistencia propia, y dialogar con la medicina convencional<sup>49</sup>. Este “ámbito diferenciado”, es decir, la *salud*, es concebible como una proyección de concepciones respecto a la vida, la muerte, las enfermedades y el cuerpo (Canguilhem, 1978; Zárate, 2008; Alcántara, 2008; Yanguas, 2006; Lolas, 2000; Bermejo, 2008 Hughes, 2005). En el próximo apartado daremos cuenta de la consistencia que se puede apreciar en estas terapias frente a la medicina convencional, para posteriormente volver a las formas en que ésta se relaciona con una soberanía médica<sup>50</sup> aún existente. Finalizando el capítulo con la exploración de una relación más compleja que la de oposición entre terapias y medicina convencional, de cara a los individuos mayores, cuya salud es tanto un triunfo atribuible a la medicina convencional o biomedicina, como un problema en tanto ésta, encuentra la condición de posibilidad de su ascenso social en el mundo del trabajo propio de mediados del siglo XX.

*c. Los principios diferentes, la heterodoxia de la medicina alternativa.*

Los principios de validez del campo respecto a la legitimidad del capital terapéutico se mantienen estables, a pesar de las drásticas transformaciones en las formas de administración, de financiamiento, de objetivos, y de relación con la población que es intervenida. La cientifización de la medicina, se profundiza con las reformas de la dictadura (Ociel, 2013). A su vez los gobiernos de la post-dictadura, tampoco afectan la liberación de los principios de gestión de la salud.

Entre 2002 y 2005 se realizaron reformas impulsadas por los gobiernos de la Concertación. Centrales en estas transformaciones son la Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión y la Ley de Régimen General de Garantías en Salud, conocida como Ley AUGE. Siendo ambas publicadas en 2004,

la primera separó las funciones de provisión de servicios de salud, de las de regulación y fiscalización de la normativa sanitaria, creando las Subsecretarías de Salud Pública y la de Redes Asistenciales, así como la Superintendencia de Salud; y redefinió al servicio de salud como el *gestor de la red* asistencial, dotando de *mayor flexibilidad* a la *gestión de las redes* con la creación de establecimientos *autogestionados en red*. La Ley AUGE creó un sistema de garantías explícitas de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera para un conjunto de problemas de salud prioritarios; que entraron en vigencia a contar de julio del año 2005, para el sector público y privado.<sup>51</sup> (Sepúlveda, 2010: 10)

---

<sup>49</sup> La forma más usual de clasificación de las medicinas alternativas, que acá preferimos no usar canónicamente para enfocarnos en sus puntos comunes, se basa en las conceptualizaciones del Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa (NCCAM, sigla en inglés), dependencia de los Institutos Nacionales de la Salud Estadounidense (NIH). El NCCAM define a las MCA como: “el conjunto de diversos sistemas, prácticas y productos médicos y de atención de la salud que no se consideran actualmente parte de la medicina convencional” (Nogales-Gaete, 2004), y las clasifica en: i) Sistemas médicos de salud alternativa; ii) Medicina de intervenciones mente–cuerpo; iii) Terapias basadas en sustratos biológicos que se encuentran en la naturaleza, iv) Manipulación o movimiento del cuerpo; v) Terapias relacionadas con la hipótesis de la energía que rodea y penetra el cuerpo, y vi) Fuerzas electromagnéticas (Ídem). Una clasificación similar es usada en los informes para el ministerio de salud llevados a cabo, por ejemplo, por el Centro de Estudios para la Calidad de Vida (2008; 2012). En el consultorio accedimos a terapias del tipo i) Antroposofía; del tipo iii) Fitoterapia; del tipo iv) Masoterapia; y del tipo v) Reiki.

<sup>50</sup> Con soberanía médica, nos referimos específicamente al territorio soberano de la biomedicina.

<sup>51</sup> El énfasis es nuestro.

Es posible dar cuenta de la presencia de un lenguaje propio de la gestión económica y empresarial, en consonancia de lo que señala Ozlak como reformas de segunda generación, en la implementación del modelo (neo)liberal en Latinoamérica (Ozlak, 1997) que se acompaña con un desplazamiento en la manera de gobernar (Boltanski, 2008; Miller & Rose, 2008; Foucault, 2006b). La gestión, las redes, la flexibilidad, son elementos que nos invitan al sistema de valores propio de un capitalismo avanzado (Boltanski & Chiapello, 2002), que no solamente mantienen un sistema mixto que dispone el espacio escindido de la “salud” (tanto al mercado como al Estado), sino que también produce una jerarquización de sus valores. Si hay difuminación de los sectores públicos y privados, es en la perspectiva de un problema gerencial. Se busca asegurar universalmente una serie de problemas declarados prioritarios, pero sin una modificación sustantiva de la forma de organización de las relaciones entre el Estado y los privados. Ello fortalece al sector privado por la vía de las transferencias, dado que el AUGE es en realidad un subsidio a la demanda, una suerte de solución en la línea del *voucher* en educación, que sería de hecho “una de las columnas vertebrales de las ‘políticas públicas’ de los gobiernos neoliberales” (Pincheira, 2012: 120). En nombre de las libertades, o mejor dicho, de la liberalización económica ya vivida en dictadura, el problema del prestador de servicios no está en la primera línea de las preocupaciones. Esto afianza el mercado sanitario, pues sus lógicas, sus semánticas y sus prácticas gobiernan las relaciones entre los sectores. Como sosteníamos, dada la demanda del sector público y su desproporcionado financiamiento, éste siempre está en deuda respecto a los indicadores de la gestión empresarial: eficiencia, eficacia, tiempos de espera, cantidad de atenciones respecto a la demanda, gastos, costos, etc. A esto se suma la insatisfacción de los pacientes, que como se reconoce en las entrevistas, generan ambientes de asperezas, e incluso malos tratos mutuos. Ya desde 1978 la Organización Mundial de la Salud, estimula la incorporación –vigilada- de las medicinas complementarias y alternativas (Possamai-Inesedy & Cochrane, 2013; OMS, 2002). Y concordantemente en Chile desde el comienzo de los gobiernos de la post-dictadura surgen iniciativas para su incorporación, que se cristalizan en el decreto número 42 de 2005, que “aprueba reglamento para el ejercicio de las practicas medicas alternativas como profesiones auxiliares de la salud y de los recintos en que estas se realiza”<sup>52</sup>

La sensación de industrialización a la que se aludía como segunda queja, surge de la mercantilización, que a su vez se hizo posible por el despegue del ámbito de la salud como uno autónomo, técnico y científico. Ésta se acompañaba de un primer punto que tenía que ver con el exceso de medicamentos, que era una crítica al carácter exclusivamente científico, y en ese sentido reductor, con el que se entendía el malestar, parcializando las concepciones de los propios individuos.<sup>53</sup> Como señalábamos el despliegue de un mercado sanitario, permite la consolidación de medicinas complementarias y alternativas (MCA) que articulan principios divergentes de los de la medicina convencional, e incluso a veces conflictivos (Baer, 2010).

---

<sup>52</sup> Disponible en: <http://www.leychile.cl/N?i=239259&f=2005-06-17&p=>

<sup>53</sup> Uno de los resultados de la socialización de la medicina a los que hicimos alusión, era que los individuos debían comprender su propio cuerpo al modo de las máquinas que se averían, que era el modelo mecanicista y biologicista, de la medicina convencional, científica o biomedicina.

Ahora bien, una de las cuestiones más reconocidas de este tipo de terapias, es una relación diferente con la persona enferma, que requiere por principio del funcionamiento de una relación menos estandarizada, por lo tanto, menos fría y más humana. Esto incrementa el interés y la demanda en el mercado, dada la asociación de estas prácticas terapéuticas con cuestiones positivas, que son al mismo tiempo las críticas que se constataron respecto a la biomedicina. Frente a la parcialización del individuo, la industrialización de la atención, y el exceso de medicamentos, las MCA se asocian a cuestiones naturales, holísticas, con formas más completas de cuidado, con atenciones más individualizadas, etc. (Baer, 2010; Possamai-Inesedy & Cochrane, 2013; Nichol et al., 2011). Cuando a esto se le suma la verificación de una disminución de costos asociada a su masificación, las terapias alternativas se vuelven relevantes a los ojos de la gestión pública, y también de los prestadores privados de salud (Baer, 2010). Esta situación ha dado lugar a literatura internacional que reconoce una relativización de lo que Menéndez (1983, 1984) llamaría “modelo médico hegemónico” (Baer, 2010; Possamai-Inesedy & Cochrane, 2013; Coburn, 2006; Willis, 2006). Ahora bien, esto no implica de inmediato una verdadera subversión de principios desde terapias con raíces distintas a la medicina científica. Se debe examinar muy bien esta relación, y la literatura se preocupa del reconocimiento de barreras institucionales y disciplinarias. Se deberían tener en cuenta a nivel general al menos tres cuestiones: i) la transformación de la dicotomía salud/enfermedad y el espacio de la prevención; ii) el carácter tradicional de la legitimación de otros saberes, que tiene a la ciencia como referente; iii) la exterioridad que constituye a estas aproximaciones terapéuticas y que permite comprender su jerarquización.<sup>54</sup> En particular en Chile, esto debe observarse con atención, dada las reconocidas inequidades en salud (Miranda & Vergara, 1993; Giraldo, 2011). Y la forma en que las iniciativas para reglar las prácticas terapéuticas no biomédicas, que tienen su raíz en 1992, se materializan desde 2005 con en el “Reglamento para el ejercicio de las prácticas médicas alternativas como profesiones auxiliares de la salud y de los establecimientos en que éstas se realizan” (Decreto N° 42), el reconocimiento en 2008 de la acupuntura y en 2010 de la homeopatía como profesiones auxiliares de la salud<sup>55</sup> y una serie de estudios para establecer las “bases de la normalización” de estas terapias (CECV, 2012)<sup>56</sup>.

Nuestra investigación se introduce en estas materias desde un enfoque cualitativo, en particular desde la relación que estas formas de ver la salud pueden establecer con la vida de los mayores, dada su particular relación con el régimen del trabajo de vital importancia en el ascenso y legitimación de la medicina convencional. Es decir, desde uno de sus aparentes límites, en tanto la jubilación marca la posibilidad de abandonar el trabajo obligatorio, y seguir

---

<sup>54</sup> Volveremos sobre estas cuestiones, desplegando conceptualmente lo que puede interpretarse de la investigación, sobre todo en el apartado II de este capítulo, y en el capítulo 3.

<sup>55</sup> En consonancia con las legitimaciones internacionales de las terapias alternativas (Baer, 2010).

<sup>56</sup> Realización en el año 2006 de la primera fase del estudio denominado “Evaluación de terapias complementarias / alternativas en el sistema público de salud. Bases para su normalización”, y de la segunda en 2008. Realización también en 2008 del “Estudio de evaluación de Terapias Complementarias en el Sistema Público de Salud” a cargo del Centro de Estudios para la Calidad de Vida (CECV). En 2009 se realiza el Curso de “Capacitación en Medicinas Complementarias/Alternativas a Encargados(as) del tema en las regiones”. En 2010, un nuevo estudio “Diagnóstico situacional de las medicinas complementarias/alternativas en el país”, mandado por el MINSAL, y en 2012 un estudio del “Uso de Medicinas Complementarias/ Alternativas en la Red Asistencial del Sistema Nacional de Servicios de Salud”, entre otros (CECV, 2012).

recibiendo un ingreso. La des-obligatoriedad<sup>57</sup> que inaugura la edad de jubilación, constituye – por el hecho del cese de la obligación legal que nos ata al régimen laboral, que se acompaña generalmente del fin de la obligación a la crianza primaria- una realidad por fuera del trabajo, no contemplada por la medicina científica, cuya legitimidad se funda en las necesidades del mundo laboral industrial de la primera mitad del siglo XX chileno. Esta misma razón, hace imposible que nos enfoquemos en la excepcionalidad del caso, y sería poco fructífero partir o terminar una investigación de este modo, puesto que para comprender la posición que las medicinas complementarias tienen en un consultorio de una comuna periurbana y las posibilidades que tienen de desplegar sus principios frente a la medicina convencional, se debe indagar en procesos más generales que hacen posible los procesos micro, que los habilitan, que los limitan, que los constituyen, en la misma medida que en su concreción, éstos dan vida a los procesos generales.

No se puede entender ningún interior (las disciplinas médicas convencionales, o las no convencionales; o su relación, sus posibilidades, etc.), dirían Deleuze y Guattari (2002) sin referir a un exterior constituyente. En otras palabras, no se puede comprender la formación de un campo, sin referir a sus condiciones de posibilidad, en este caso, no es posible comprender el campo moderno de la salud, sin la referencia a los saberes que se desarrollan, a los problemas que se definen, a las racionalidades con las que se gobierna<sup>58</sup>. Tampoco es posible referir a un fenómeno determinado, sin vincularlo con el estado del campo como condición de posibilidad, es decir, no sería posible comprender la posibilidad de encontrar prácticas terapéuticas alternativas en un centro de atención primaria en salud público, sin la reconstrucción del devenir de los principios de validez (o jerarquización) del campo. Finalmente, tampoco pueden comprenderse –y aquí habría un desplazamiento respecto a la teoría de Bourdieu- estos principios de jerarquización, y sus modificaciones, sin referir a estrategias globales no subjetivas que les exceden. Este es el modelo descriptivo que se está desarrollando. Hemos dado cuenta de los procesos históricos de formación del campo, que permiten la entrada de las medicinas alternativas o complementarias en el espacio de la salud pública. Ahora desarrollaremos la manera en que éstos operan dentro del campo, para indicar su relación con la biomedicina.

Comenzaremos desarrollando lo que por ahora denominaremos *autonomía* de las MCA frente a la autoridad médica, sólo para volver críticamente sobre esta oposición que supone y dar cuenta de su difuminación. La pregunta es la siguiente: Este espacio que se da en el consultorio, para prácticas terapéuticas no biomédicas ¿logra volverse material? ¿Logran sus principios articularse con algún grado de autonomía? Y si es así, ¿en qué áreas?<sup>59</sup>

---

<sup>57</sup> Volvemos sobre esto en el segundo capítulo.

<sup>58</sup> Aquello fue expuesto en el primer apartado, a partir de la crítica al exceso de medicamentos, como indicador de una crítica a la neutralidad científica que era fundamental para la constitución del campo, y el reconocimiento generalizado del capital terapéutico definido desde la medicina científica.

<sup>59</sup> Se volverá sobre estos temas, conceptos y dimensiones constantemente en adelante, por lo que esta equivale a una primera exploración del territorio, y no agota ni su extensión ni su profundidad. En efecto, al terminar esta primera aproximación descriptiva, se conceptualizarán como dispositivos de alivio, tanto las prácticas terapéuticas biomédicas como alternativas. Tal como se expuso en la introducción, la intención de esto, es mostrar cómo

La respuesta devenida de la investigación es que sí, en relación a 4 áreas o dimensiones fundamentales, en la definición que hemos dado de salud. Éstas son las siguientes: i) Dimensiones del individuo; ii) Ir más allá del cuerpo físico; iii) Relación terapéutica y; iv) Control del cuerpo o autonomía del paciente.

*i) Dimensiones del individuo.*

Cuando nos referíamos a la vida y la muerte como dimensiones en cuya proyección se delinea una concepción de salud, nos referimos a que la comprensión de actividades deseables y legítimas (vida), y de los planos de trascendencia del humano que son relevantes para la terapéutica (muerte), lógicamente afecta la manera en que se diagnostica e interviene. Las dimensiones de los individuos que se consideran relevantes para el tratamiento de las aflicciones y el cuidado de la salud, anudan significados de vida y muerte.

Fundamentalmente este aspecto, se despliega a partir de una crítica de las limitaciones de las concepciones de la medicina convencional, principalmente por parte de los terapeutas.

En la medicina se toman muchas decisiones en muchas conductas que tienen que ver con un miedo que ocurra algo riesgoso o con un miedo que pase algo malo, pero ese miedo está sustentado no, no en una perspectiva realista de las cosas, sino en una perspectiva puramente estadística ¿ya? Entonces, por aminorar ese riesgo estadístico se hacen cosas que (...) uno podría decir (...), no las más dignas para la vida humana, y desde otro punto de vista, no las con más sentido *o no las que consideran una vida humana íntegra*, artística en un desarrollo creativo, sino que son una serie de medidas orientadas a, a... a garantizar la comodidad o garantizar la ausencia de riesgo mortales pero no, no la búsqueda de la *salud como virtud*, no la búsqueda del desarrollo de la vida humana en la plenitud de sus sentidos, sino más bien, en la ausencia de molestias.

(EPM hombre, MCA. Entrevista personal)

Hay muchas medidas que son, em de per orgullo en la medicina alopática [convencional], si uno trata de profundizar cual es la raíz que se sustenta, de un punto antropológico son muy cuestionables (...) Qué significa que un niño que al nacer debe ser recibido con un canto de alegría o un ritual de acogida, ese niño sea recibido en un entorno absolutamente frío, con luces (...) un tanto estridentes. Un contexto un tanto aséptico no solamente en cuanto a lo microbiológico, sino que es aséptico también en [emocionalidad], y en el mejor de los casos porque a veces hay un entorno de emociones negativas muchas veces. Y ese niño nace y en lugar de ser recibido pasa por una serie de procedimientos que tienen que ver como con manipulación, con aspiración, con tratos bruscos, con alteración de su indemnidad biológica, pinchazos. Entonces uno se pregunta *¿Qué sentido tiene hacer esto cuando desde un punto de vista antropológico es tan indeseable, tan desagradable y desde un tipo de vista cultural se hace un rito social o un, o un ritual cultural tan pobre ¿no?, tan precario.*

(EPM hombre, MCA. Entrevista personal)

R: (...) Yo le contaba [*a un médico convencional que se diferencia de la norma*] estoy haciendo esto, muy bien me decía, estoy haciendo esto, muy bien, eh...

E: Era receptivo

---

resultados emergentes de la investigación, se hacen comprensibles de mejor forma gracias a algunos conceptos, en lugar de hacer caber lo estudiado en un marco previo.

R: *Muy espiritual, un tipo así como muy, no así como los médicos...* ponte tú, que ellos tienen el poder o el poder o solamente ellos saben, no, no, no, él era, es así como bien especial el médico

H: Estaba como abierto a

R: Correcto súper, súper, y con él siempre yo le comentaba lo que estaba haciendo. Y, y por otro lado, como te digo eso es lo mejor que me pasó, porque es el doctor que me alivia cuando tengo otras dolencias de otro tipo también, yo o lo llamo, le digo, me siento aquí, ya es como un médico que nos hicimos muy cercanos.

(Entrevista personal, mujer, mayor de 65 años)

A partir de estas críticas y percepciones sobre las posibilidades de la medicina convencional, se le reconoce un espacio no sólo institucional, sino más bien epistemológico a las medicinas agrupadas como alternativas y complementarias. En la medida en que la medicina científica se encuentra ligada a la dimensión biológica, física o fisiológica, al menos con un peso demasiado unívoco, estas otras terapias encuentran un lugar de relativa autonomía, precisamente por aparecer más como un complemento en su nivel epistemológico, que como un desafío a la validez de los principios que dividen el campo. A pesar de que los y las encargados/as de las prácticas médicas alternativas, deslizan constantemente críticas a los límites de la mirada biomédica, se hace más para mostrar el lugar que pueden tener otras disciplinas en la actual ordenación de los saberes terapéuticos, antes que como una crítica radical al modelo de la medicina científica. Es como si se dijera desde las terapias alternativas “sabemos que su visión tiene límites, sabemos que se encuentra inevitablemente atada a un cuerpo separado de otras dimensiones, a un cuerpo-máquina, a pesar de los intentos que se hagan por unir con dimensiones ‘psico-sociales’, pero también reconocemos que respecto a ese cuerpo-máquina ustedes tienen un conocimiento privilegiado, y asumimos que el desconocimiento, o la falta de atención de las otras dimensiones no afecta su comprensión de ese objeto propio, que es el cuerpo separado, biológico, físico, fisiológico”

En base a esa constatación encontramos también la delimitación de un lugar propio y diferente, que si bien tiene particularidades en las distintas terapias<sup>60</sup>, apunta a criterios relativamente comunes.

Pero todo lo que trasciende la dimensión puramente física tenemos ahí al menos tres dimensiones con las que también trabaja la [terapia MCA], esas tres dimensiones que, que puedo nombrar posteriormente son completamente negligidas por la medicina oficial y, y se pretende que sea solo un producto del azar o un hiper fenómeno, o un resultado aleatorio de, de un choque complejo de moléculas. Y en eso, si uno es estricto también; una piedra es un choque complejo de moléculas, el ser humano en esencia no es nada más que un choque complejo de moléculas, quizá un poco más complejo que la piedra, pero en esencia sigue siendo un choque complejo de moléculas, y eso es imposible poder e... atribuir la dignidad del ser humano a algo que pertenece a su propia esencia, *sino parece la dignidad humana algo agregada artificialmente*. Y no es tampoco coincidencia que los más [terribles] vejámenes que se han hecho al nombre de la ciencia al ser humano aparezcan luego de la aparición del positivismo.

(EPM hombre, MCA. Entrevista personal)

---

<sup>60</sup> En parte correspondiente, con las clasificaciones habituales de las MCA presentada en la cita a pie de página 36.

Uno trabaja distintos planos, trabaja el plano espiritual, en el plano físico, el plano emocional, y cada uno de ellos va produciendo distintos problemas en las personas, entonces ponte tú, en el plano emocional, muchas de las personas que tienen problemas de depresión es porque su plano emocional está dañado, y solamente tú trabajas en un *chakra*, que es el *chakra* específico del corazón, y logras nivelar, y logras que salga de las 20 pastillas o las 16 pastillas que toma al día, que llegue a tomar 2, es una maravilla.

(EPM Mujer, MCA. Entrevista personal)

Significa que la persona piensa, siente, eso es, tiene alma, tiene espíritu, sentimientos, tiene parte física también, tiene mente, *es un todo, no es sólo una parte física, ¡es un todo!, necesita cariño, necesita amor*, por ejemplo, los adultos mayores que tengo yo, es increíble cómo viven faltos de cariño, faltos de afecto, y basta con que unos los abrace, cuando los saluda o cuando se despide de ellos; y se entregan totalmente, está muy faltos de cariño, de atención, y eso los daña un montón, los hacen mirar en menos, los hace vivir en forma infeliz, porque al igual que los niños, los viejitos necesitan cariño, más que cualquier remedio, necesitan cariño, entonces, eso les hace... como digo, ellos sienten que [*la terapia MCA*] les entrega cariño, les entrega amor, yo les digo, “bueno, para mí esto es energía de amor”, *energía amorosa, uno les entrega.*

(EPM Mujer, MCA. Entrevista personal)

Ya, mira lo que yo entiendo es estar sin enfermedad, estar sano, estar sin enfermedades y... y además yo le agregaría que las enfermedades no, *no solamente se manifiestan en la parte corporal, sino que estar sano significa estar sano de todo; del cuerpo, de la mente, del alma, del espíritu, de todo.* Eso es estar sano

(Entrevista personal, mujer, mayor 65 años)

*Tiene un cuerpo, tiene un espíritu, tiene una mente, tiene un mundo emocional, tiene una historia, una biografía, pero todo eso es una sola cosa*, no lo vemos separadamente como no sé, la psiquiatría de la mente, la medicina interna del cuerpo, y el cura ve el espíritu, no sé.

(EPM hombre, MCA. Entrevista personal)

Efectivamente se podría delinear un otro individuo diferente al que se reconoce propio de la medicina convencional. Éste tendría al menos, además de la dimensión biológico-fisiológica, una dimensión emocional y una espiritual (en el sentido de trascendente). A pesar de las variaciones entre las terapias y sus denominaciones es posible establecer esas dos dimensiones como referencias relevantes. Las actividades que se consideran parte de la vida, en el plano emocional se complejizan al mantener un silencio respecto al desenvolvimiento de los individuos en diversos entornos, desde lo más íntimo a las responsabilidades sociales, pasando por las relaciones familiares. En el plano espiritual, en tanto marca una trascendencia, se evoca disposiciones distintas frente al término de la vida, divergentes al aseguramiento de la existencia biológica como máxima de la medicina convencional.<sup>61</sup>

---

<sup>61</sup> Debemos señalar que una profundización mayor de estos aspectos sin duda interesantes, se dificulta principalmente por 3 razones: 1) El carácter exploratorio de la investigación, que permite la emergencia de una serie de temas de los que se debe dar cuenta, sin posibilidades reales de entrar en detalles en cada uno; 2) Este mismo carácter, y dada las condiciones del trabajo en terreno, provoca que en ciertos aspectos una mayor exhaustividad descriptiva comprometan el resguardo del anonimato; 3) Finalmente, porque este panorama



No bastaría con que se hayan enunciado estas dimensiones en una situación de entrevista para dar cuenta de una autonomía relativa de las terapias alternativas para definir dimensiones propias del individuo. Es necesario que tengan consecuencias prácticas, que se materialicen, que se hagan carne.

En general, la importancia de estas dimensiones aparece de cara a una conceptualización de la naturaleza de las enfermedades que reconoce un entrelazamiento de planos, fundamentando prácticas diferentes a las convencionales

*Muchos puntos de nuestro cuerpo son referencia a lo que nos pasa, muchos puntos... tenemos eh.. responsabilidades, culpas, miedos, prácticas que generalmente a veces no nos, no tienen sentido para nosotros, pero las hacemos de igual forma, no sé un ejemplo simple um... tengo un paciente que tiene un local que atiende ella, que no le gusta su trabajo, pero lo hace, el practicar esto que no está de acuerdo con ella, con lo que ella quiere, con sus sueños, provoca en ella una tendinitis, entonces hace repetidamente un ejercicio, o sea un... cierto acto, que no nos gusta, pero que tenemos que hacerlo, por trabajo o por cualquier otra cosa, puede provocarnos una molestia, que en el tiempo se transforma en una contractura y que nos lleva a simplemente dejar de hacer eso... digitadores con tendinitis...*

(EPM Mujer, MCA. Entrevista personal)

Por ejemplo, te puedo, te puedo dar un ejemplo clásico de muchos pacientes: *tienen un problema en el espíritu... un problema de voluntad... eso le... les ha impedido realizar sus sueños... lo cual los frustra... y esa frustración se transforma en la mente en ansiedad, en nerviosismo... y el nerviosismo activa el sistema simpático, el sistema nervioso simpático, que aumenta la secreción gástrica y te produce gastritis, que lo largo si se mantiene te produce úlcera y sangramiento digestivo.* Entonces ahí tienes como una secuencia, bien clarita, clásica de cómo se relaciona lo espiritual, con lo mental, con lo físico (...) *incluso* lo podemos relacionar con lo biográfico si es que esa falta de voluntad viene de los traumas, de golpes en la infancia por ejemplo, o de... o de una situación de extrema pobreza.

(EPM hombre, MCA. Entrevista personal)

Este entrelazamiento, se expresa en prácticas diagnósticas y de intervención que toman en cuenta estos principios. En tanto aquello es posible, es factible decir que se diferencian de la medicina convencional.

Una consulta típica en el CESFAM, está descrita así por un médico que trabaja allí:

Entonces en esas consultas de diez minutos ellos intentan solucionar o intentan expresar todo lo que tengan acumulado por el tiempo para que uno los pueda atender y resolver la mayoría de los problemas que tienen. Entonces después de que terminan ellos de descargar todas sus cuestiones, para poderlas resolver el médico debe traducirlas de acuerdo al conocimiento que ha recibido en su universidad. Y también tiene que hacer otras preguntas relacionadas. A esas enfermedades y a ese pacientes. No solamente la información que el trae sino que uno debe sacar también información adicional, a eso se le llama la anamnesis. Esa información se relaciona con los antecedentes personales y familiares. Los pacientes adultos mayores y todos en realidad pues tienen antecedentes sean positivos o negativos. Le llamamos positivos cuando

---

exploratorio, tiene también como fin abrir temáticas, asumiendo que no es posible la exhaustividad en cada arista, por las propias condiciones y objetivos de la investigación.

tienen un dato que afecte su salud, negativo es cuando no tiene nada. Si, resultado positivo es que se halló algo. Y luego esta situación procedemos a dar examen físico.

(EPM Convencional, hombre. Entrevista personal)

De esta base prototípica es que se intentan diferenciar los practicantes MCA.

S: [Terapia MCA] [a] utilizo como método de diagnóstico y también como tratamiento, entonces a través [de ésta] vamos identificando cuáles son los puntos, cuál es la raíz del problema, ya que el paciente siente que le duele todo, y es cierto le duele todo, pero no es todo el cuerpo el que está contracturado, hay cierto puntos específicos que causan el dolor.

(...)

Quizá por la formación de terapeuta nosotros tenemos *un trato más humano, más cercano, eh... pacientes hablan de sus dolencias, pero también de sus problemas, de sus problemáticas que viven a diario y a través de la [terapia MCA] nosotros podemos conversar, mientras se hace, entonces es un trato... de tú a tú.* También, claro hay muchos pacientes que llegan con la estructura de que tu eres el profesional, que tú estás a cargo de su salud... nosotros intentamos romper un poco ese esquema, el paciente y yo somos iguales, somos seres humanos, tenemos dolores, tenemos alegrías.

(EPM mujer, MCA. Entrevista personal)

*No, la medicina tradicional, desgraciadamente, trata a los pacientes por la parte física, le da lo mismo lo que piense o lo que siente* (risas), ¿has visto a alguien a un médico, que tú vas con un dolor de estómago y empieza a pensar, “por qué le dolerá el estómago, no estará preocupado este caballero”?, no, te dice, ah... tendrá “lecuando triliton”, -claro-, ellos sólo ven una parte física, esa es la tremenda diferencia, no ven al paciente en forma global, ven sólo la parte física y le dan remedios.

(EPM, mujer, MCA. Entrevista personal)

Fundamental para diferenciarse de este tipo de diagnósticos estrechos es la disposición de tiempos por consulta, por eso es vital el reacomodo espacio-temporal, que pone a las terapias con consultas de media hora como mínimo, y generalmente, en el espacio propio de la Casa-Reunión.

Siempre había tenido la inquietud de poder hacer asequible a toda la población, siempre es bueno encontrar la forma adecuada, y si, me parecía muy novedoso, me pareció una idea no sólo interesante, sino que necesaria; y siempre, bueno, apareció la dificultad de cómo hacer esta idea posible sin que, la medicina antroposófica se pierda de lo que realmente es, *en ese sentido apareció la posibilidad de tener un mayor tiempo por cada paciente, lo que es muy importante en la relación, en el conocimiento, en todo el dialogo.*

(EPM, hombre, MCA. Entrevista personal)

*Nosotros tenemos otro diseño, en que tenemos más tiempo por paciente, tenemos más posibilidades de re-controlar a los pacientes y de establecer un vínculo con ellos,* para que no suceda eso, del, del maltrato, de, de atender al paciente con el terapeuta quemado.

(EPM, hombre, MCA. Entrevista personal)

Por cierto, esto se ve reflejado en prácticas de intervención divergentes, que sobre todo se plantean una relación distinta con las sustancias farmacológicas, recogiendo el sentimiento de rechazo del medicamento, antes tratado.

La diferencia es que... eh, lo invito a que se haga parte, a que se haga cargo, simplemente a que se haga cargo, siento que el médico tiende a dar indicaciones... pero esas indicaciones a veces para el paciente no tienen mucho sentido, el paciente tiende a pensar que al ir al médico, al tomar los medicamentos como se dice, eh... va a estar bien, pero en algún momento el paciente no se toma los medicamentos, *simplemente hace el acto sagrado de ir al médico*. Entonces el tratamiento en sí a veces pierde valor, porque simplemente el paciente no se toma el medicamento, o tiende a decirle al médico lo que quiere escuchar el médico, que es que "sí, me tomo el medicamento", "sí, me siento bien", "sí, me pasa esto" empieza a describir ciertas cosas pero no habla realmente lo que hace en la casa (...) Entonces, claro, algunos tratamientos que son directamente relacionados con los medicamentos no... a veces no cumplen el objetivo porque el paciente no... no se involucra con el medicamento.

(EPM, mujer, MCA. Entrevista personal)

*La responsabilidad que asume el paciente, siento que... en general el, el paciente cuando va al médico entrega la responsabilidad al médico* y el médico es quien tiene que resolver su problema. Siento que con esta terapia más, con masoterapia, el paciente toma la responsabilidad sobre sí mismo... y entiende que es él el que lo va a resolver, que *yo lo ayudo, lo acompaño en el tratamiento, pero no hago su trabajo...* o sea el paciente tiende a pensar que el terapeuta va a resolver sus problemas y no es así, siento que *todos somos responsables de nuestra salud*, pero para eso hay que darle también el *conocimiento*, la instancia que el paciente vea eso, el paciente no lo ve, entonces corregir un poco, el hecho de que el médico sea quien resuelve todo.

(EPM, mujer, MCA. Entrevista personal)

Si en este paciente, *suprimimos la capacidad de sentir malestar*, a través por ejemplo de, *aumentar la disponibilidad de serotonina en el espacio cerebral de forma artificial*, que es como habitualmente se hace, con un antidepresivo de última generación, *simplemente evadimos el llamado del cuerpo del paciente*, a que *el paciente se haga cargo de una situación*. En el caso [terapia MCA], haríamos todo lo que en la terapia sea necesario, para *despertar a ese paciente, para aumentar sus capacidades sensitivas*, y eso se puede trabajar desde una psicoterapia, desde una terapia espiritual como sería por ejemplo una terapia de la biografía, que (...) es muy importante, pero puede hacerse también con aplicaciones físicas, o de una terapia que apunte el ámbito de lo vivo, de las fuerzas formativas. Entonces, ¿cómo trabajaríamos desde el cuerpo?, disminuiríamos la resistencia del cuerpo, para que el paciente pueda vincularse con su sensibilidad, que está apagada, no inhibiríamos el malestar producto de esa poca sensibilidad, sino que, haríamos que en esas circunstancias, *la posibilidad de ese paciente de vincularse con sus sensibilidad, tenga muchos menos obstáculos*, entonces, la sustancia medicamentosa, farmacológica, se elige del ambiente, observando desde la naturaleza, donde hay una relación, entre estas dimensiones, que le sea útil, al paciente en lo que necesita, entonces, podríamos darnos cuenta, que en una determinada planta por ejemplo, la relación entre las fuerzas de lo animado, y las fuerzas de lo vegetal, tienen una correspondencia en la relación que tiene este paciente en lo animado y lo vegetativo, *y en esa correspondencia se genera un vínculo en el ser humano que es sanadora*, y que ofrece la posibilidad de disminuir la resistencia al cambio.

(EPM, hombre, MCA. Entrevista personal).

Es relajante porque, te conversan... le explican por ser de la yerba esta que yo tenía, que tomaba todo eso la aloe vera y el doctor se da el trabajo de buscarlo en computación y mostrarnos la matita, cómo es y todo para que uno vea y la busque natural, pero esto que, por ser yo en la mañana tendría que levantarme sacar un... pedacito de aloe vera y pelarlo y comérmelo... es... es

muy... no es ninguna cosa de otro mundo que no haga uno, pero se olvida, se olvida y si usted tiene su... su medicamento uno en el velador, ya a tal hora me toca esto uno lo saca y se lo toma, claro... no tiene que salir para afuera al jardín a buscar una planta y todo.

(Entrevista personal, mujer, mayor de 65 años)

Una cierta epistemología diferente se delinea, es decir, concepciones propias respecto a la manera de intervenir sobre el malestar, dada la concepción de la naturaleza de éste. Se logra por ello, conceptualizar otras dimensiones del individuo relevantes para la gestión de los procesos patológicos. También logra concretizarse a través de prácticas específicas, que sólo hemos enunciado parcialmente. Se acomoda el espacio de la consulta, para que desde el diagnóstico se puedan incluir otras dimensiones, reconocidas por estas terapias, y que el tiempo industrializado de la consulta convencional impide incorporar. Cuando éstas pueden ser consideradas de alguna forma, son también tratadas y trabajadas. El método diagnóstico y las sustancias terapéuticas cambian utilizadas en los tratamientos cambian. Los exámenes de laboratorio se reemplazan por conversaciones, ejercicios biográficos, diagnósticos energéticos. Los fármacos se vuelven escasos, y cuando aparecen, lo químico es relegado. Es el reino de las plantas y de las infusiones, pero también de la fabricación de medicamentos en base a otros principios, que resguardan las características naturales mediante una correspondencia cualitativa, antes que de una especificidad analítica fundada en el elemento tecno-científico del medicamento químico.

También el régimen de la terapia varía. Se exige una involucración activa del paciente. Que realice determinados ejercicios de forma cotidiana; que varíe su dieta; que se proponga decretar una relación distinta con el universo y sus pares<sup>62</sup>; que busque él/ella mismo/a la planta, la hierba y se prepare una infusión; que vigile los resultados de esa infusión y se decida en conjunto la dosis más adecuada; que se interrogue por la vinculación que tiene esta práctica con su vida; que realice una lectura biográfica de sus acontecimientos. En definitiva que tenga un rol principal en la modificación de su conducta de cara a la gestión de su salud, y su posible bienestar.

Esta constatación es central y será retomada más adelante. La relativa autonomía de las terapias, permite constituir efectivamente en el consultorio una concepción diferente de las dimensiones relevantes del individuo, principalmente porque existe la posibilidad de prácticas diferenciadas y de efectos particulares que consiguen un desplazamiento del modo en que se relacionan los individuos con los encargados de las prácticas médicas, desde un modelo autoritario, jerárquico y disciplinador, a uno de acompañante y guía. Posible únicamente en la medida en que el criterio fundamental del capital terapéutico -su carácter científico- se relativiza (como frente a la crítica por el exceso de medicamentos). La posición de autoridad del médico se traslada desde una autoritativa, a una consejera, que seduce y hace requerible la intervención del profesional, por petición de acompañamiento de un proceso que el paciente debería entender como propio. La gestión de la salud aparece nuevamente como una gestión

---

<sup>62</sup> La asociación de este tipo de discursos con el de los libros de autoayuda, debería ser tomada en cuenta a la hora de la lectura de nuestro capítulo de cierre. Ver capítulo 3.

de la vida, pero de un modo diferente. Este desplazamiento del modelo autoritario, iría de la mano con modificaciones en las formas de gobierno, en la gubernamentalidad, y anuncia lo que Nikolas Rose referirá como el paso de una biopolítica a una ethopolítica centrada en la gestión de sí (Rose, 2012; Fries, 2008).

*ii) Ir más allá del cuerpo fisiológico*

El cuerpo encerrado en lo biológico es un punto central de la crítica de los terapeutas no biomédicos, a las formas de la biomedicina convencional. Ésta atraviesa tanto las quejas respecto al medicamento, como la sensación de la industrialización de la atención. Para estos otros enfoques, el cuerpo no aparece nunca encerrado en el reino de lo biológico y/o fisiológico. En consonancia con las dimensiones del individuo que se delinearán en sus epistemologías y prácticas, lo que le pasa al cuerpo es siempre indicación de otra cosa. Aparece siempre atravesado, rodeado, inmerso en una red de prácticas y emociones, de energías, de dimensiones espirituales. Es una suerte de puente que se tiende entre lo visible y lo invisible, pero no de un invisible biológico demasiado pequeño para ser observado (que apuntaría a la microbiología, a la neurociencia, a la genética), sino de algo que excede al cuerpo, como excede a la realidad en que se habita. Las indicaciones presentes en el cuerpo (los síntomas), se explicarán por dimensiones que requieren ir más allá del reino de lo fisiológico. Se reinstaura una dignidad que se considera perdida en la reducción biológica del cuerpo, para fundar su importancia en algo que le excede.

Quizá la más elemental de las maneras en que esto se expresa, es la de un dualismo cartesiano que pretende no relegar al cuerpo, sino que prestarle una atención constante, en tanto el cuerpo sería vehículo del alma. Por esta razón, el cuidado que se debe hacer de él, tiene como prioridad la posibilidad de experiencias que permitan ir más allá del reino de las sensaciones. Es decir, aun cuando aparece el cuerpo en el centro de las preocupaciones, se ve desplazado a indicador de otras experiencias, que vienen de y apuntan a, más allá de lo corporal.

Generalmente no estamos, eh... habituados a pensar en nuestro cuerpo como... *como un vehículo para el alma...* por ende, intoxicamos nuestro cuerpo, sin tener conciencia de que estamos desgastando *nuestro único vehículo para existir en la tierra*, por ende exponemos a nuestro cuerpo a muchas cosas: a la sal, al azúcar, a las grasas, al alcohol, etc., etc., y no nos hacemos cargo de que esas sustancias que consumimos, nos pueden hacer mal, *que estamos consumiendo veneno...* entonces simplemente consumimos cosas, invitados por no sé por, por los estímulos por las sensaciones... *y olvidamos que es el mismo cuerpo para toda la vida...* que nuestro cuerpo se desgasta, nuestro cuerpo sufre, pero también *nuestro cuerpo nos permite llegar a cosas hermosas...* cuando tenemos salud.

(EPM, mujer, MCA. Entrevista personal)

En general se apunta a cuestiones en lo elemental análogas, aunque exploren con distintos niveles de profundidad y de consistencia la forma en que ese cuerpo, al que se

enfrentan los terapeutas en la localidad de O.<sup>63</sup>, está determinado, siendo parte de una red de diversos cuerpos (físico, espiritual, sutil), energías, planos, etc. Esto es consistente con comprender la salud como una proyección de las nociones que se construyen de vida, de muerte, de enfermedades y cuerpo. Efectivamente, no se puede intervenir, ni diagnosticar de manera distinta, si no se ha concebido que el cuerpo hable otros lenguajes, distintos al clínico-biológico.

Uno podría decir que el *síntoma como última aparición, como pantalla de la enfermedad*, es la *expresión de un estado de la relación de estas cuatro dimensiones*, dependiendo de cómo ha sido el estado en la relación de estas cuatro dimensiones *el cuerpo se exterioriza hacia fuera*. Cuando uno ocupa un anti, un anti-hipertensivo, un anti-pirético, un analgésico, sólo se logra bloquear un medio de expresión del estado en que se hallan estas cuatro corporalidades.

(EPM, hombre, MCA. Entrevista personal)

E: Claro, entonces eso provoca que haya problemas...

R: Bloqueos que se llaman, bloqueos en los *chakras*, bloqueos en los *chakras* provoca problemas, entonces que hace uno, los desbloquea, los desbloquea, los carga, o a veces hay unos que están demasiado, por ejemplo la gente que es demasiado explosiva, es porque generalmente el *chakra* sexual está pero muy, muy, muy cargado ahí, entonces uno, nivela, disminuye ahí, aumenta en otro lado.

(EPM, mujer, MCA. Entrevista personal)

Consistentemente el cuerpo que conceptualiza, nunca se interviene, o “se trabaja”, por y para él mismo, en el encierro autopoiético de la biología, sino como vía de acceso a esos otros elementos, en particular emocionales y espirituales, que le dan su lugar e importancia.

R: Ayudo a que la persona sea más segura de sí misma, si yo trabajo en la garganta, como la niñita chica, (yo trabajo mucho su garganta), y aquí en su cabeza. *En la garganta porque ella era incapaz de decir lo que sentía, era incapaz de decirle a su papá, que era él que lo provocaba*, entonces al trabajar en la garganta una persona puede hablar y decir las cosas, entonces cuando uno conoce el problema, uno sabe dónde ir trabajando, *por ejemplo las plantas de los pies, son para personas inseguras, en los tobillos, para las personas que son agresivas, intolerantes*, entonces...

E: ¿Cómo se hace esa asociación? ¿Por los *chakras*?

R: Cada *chakra* tiene una función, cada parte de tu cuerpo tiene una función

(EPM, mujer, MCA. Entrevista personal)

S: Entonces ya dejo de recomendar el medicamento y empiezo a recomendar una [terapia MCA] y vamos educando.

E: ¿Cambia ahí la relación con el cuerpo de las personas?

S: Cambia la relación con el cuerpo, ya empiezo ah... a ser consciente de mi cuerpo, de mis dolencias, pero también de los beneficios que implica *tener un cuerpo acondicionado para la vida*, que es un cuerpo que no solo eh... existe porque nació con él, sino *es un cuerpo que me facilita para hacer muchas cosas y que por ende es una herramienta que valoro*.

---

<sup>63</sup> Pero no sólo en la localidad de O., sino a nivel universal. Ahí radica la consistencia de las concepciones y las prácticas no biomédicas, en su capacidad de aplicarse en distintos lugares.

(EPM, mujer, MCA. Entrevista personal)

E: Y cómo se diferencia, o no sé si se diferencia o no pero, ¿cómo ves tú este paradigma de lo bio-psico-social? Que también es una manera (...) de observar desde la medicina más clásica también un poco variando a reconocer estos otros factores que existen... ¿qué opinas de eso y cómo se relaciona eso con tu propia perspectiva?

B: Yo lo diferenciaría de eh... por una diferencia ortográfica... yo creo, el modelo que yo sigo eso biopsicosocial, todo seguido, en cambio si tu escribes "bio" rayón "psico" rayón "social", *ves todos temas simultáneamente y los ves en una persona, pero los ves por separado*. Yo creo que es esa la diferencia, de lo que hacemos nosotros.

E: ¿Y eso también determina la manera en que se intervienen o que se hace terapia?

B: Por supuesto, o sea... eh... es muy diferente ir al psiquiatra que... yo sé que estoy haciendo una caricatura, no es exactamente así pero, vas al psiquiatra que solamente va a ver tu mente y después vas ir a ver al médico internista que solo va a ver tu cuerpo... que es bien diferente a, al menos a lo que yo intento hacer, que es eh, *ver cómo se relaciona la mente y el cuerpo, dónde está el nexo, la conexión, que está produciendo la enfermedad*.

(EPM, hombre, MCA. Entrevista personal)

El movimiento que lleva a la posibilidad de concepción de un cuerpo separado de otras dimensiones del espectro de lo humano, es un proceso de larga data, que requiere al menos del ascenso del individualismo del renacimiento, del desarrollo de las preocupaciones de la anatomía, y del requisito de obreros libres. Así el cuerpo, anteriormente puesto constantemente en relación con una cosmología que le daba un lugar en el universo, puede ser envuelto “en un espacio colectivo y homogéneo”, que permite fundar una “correlación perpetua y objetivamente fundada de lo visible y de lo enunciable” (Foucault, 2006: 275)<sup>64</sup>. En el sentido en que lo trabajan Deleuze y Guattari (2002; Herner, 2009), puede entenderse que acontece una desterritorialización del cuerpo, en tanto se desinscribe de las estructuras clásicas que le daban inteligibilidad, es decir, respecto al cosmos y la sociedad, respecto a lo misterioso y lo sagrado, etc. Y una reterritorialización, que fija los atributos necesarios para la comprensión de los fenómenos corporales, en un organismo que si bien interactúa con el mundo, tiene en su estructura interna los elementos suficientes, tanto para su comprensión, como para la intervención clínica. Se abre todo un campo para la acción de la *medicina interna*, pilar del modelo biomédico. Y las personas son comprendidas bajo el modelo de la máquina, dando lugar a las experiencias cotidianas de abuso por parte de los sistemas de salud, que aquí han sido retomadas desde el trabajo en terreno como quejas, como reclamos, frente a la utilización excesiva de medicamentos y la industrialización de la atención, que no tiene en cuenta la historia de esos cuerpos sufrientes que buscan alivio.

Ahora bien, la referencia al cuerpo en relación con las otras dimensiones conceptualizadas, y las posibilidades de actuar sobre él, en aras de otra cosa, efectúan una desterritorialización y reterritorialización de otro tipo, que sin anular la primera, conquista un nuevo territorio<sup>65</sup>. Este nuevo cuerpo, o nuevos cuerpos, que se delinean en las terapias

---

<sup>64</sup> Para interesantes aproximaciones a esta temática, revisar: Foucault, 2006; Le Breton, 1995.

<sup>65</sup> Algunos insistirían en que *recupera* dimensiones que la medicina científica habría dejado de lado. Nosotros, por el contrario, consideramos que una discusión sobre la autenticidad, o la originalidad, no tiene sentido, y que si

alternativas, implican una territorialización mucho más móvil, maleable, con puntos de apoyo más fluidos<sup>66</sup>. Mejor dicho, existen distintos grados de fijación, pero en general se ponen en juego una mayor cantidad de elementos en el mismo territorio. El cuerpo no queda reducido a un marco interpretativo, sino que es fijado alternativamente dentro de distintos universos. Las prácticas sociales, se vinculan gracias al cuerpo con emociones que pueden traducirse en enfermedades, pero que a la vez pueden ser influenciadas por un cambio energético, o la vitalidad tomada de una planta, o por una dieta inadecuada, etc. Se define un cuerpo plagado de puntos de fuga respecto al cuerpo reducido a su aspecto biológico, que mantiene relaciones con éste que incluso pueden ser de subordinación, pero jamás se trata de una subsunción completa, de una confusión total. Se delinea(n) otro(s) cuerpo(s).

A pesar de las diferencias entre las distintas terapias alternativas, en líneas generales priman las dimensiones emocionales y espirituales, con todas las diferencias semánticas que quepan en aquellas familias (psicológicas, energéticas, etc.). Esto puede interpretarse como un nuevo cuerpo, una reterritorialización en un cuerpo nuevamente separado de las relaciones sociales que le constituyen, y que aun cuando se reconozcan de una u otra forma, entran a consideración tangencialmente, en tanto, afectan puntos de fijación de estos cuerpos: Implican un daño emocional, cargan negativamente o bloquean ciertos espacios energéticos del cuerpo (que son concebidos como portales que comunican el cuerpo biológico con las otras dimensiones). Los malestares así enunciados por los individuos mayores, muchas veces asociados por los propios terapeutas a sus trayectorias sociales, son traducidos a los planos emocionales o espirituales, restando importancia a los componentes sociales que se llegaron a reconocer como cuestiones de importancia.

Entonces, el cuerpo delineado por las terapias alternativas, no está inscrito, o al menos no lo está principalmente, en el universo de relaciones sociales, es decir de las relaciones de poder, sino que éstas pueden vincularse, influir o determinar una corporalidad que encuentra

---

llamamos a este territorio *nuevo*, es en relación a la sociedad y al campo en donde es posible conceptualizarlo. Como hemos intentado dar cuenta –aunque sea someramente– éste ha sufrido cambios importantes, al menos, desde el ascenso social de la medicina científica.

<sup>66</sup> Incluso eso puede apreciarse en el uso de sustancias terapéuticas, en uno de los modelos alternativos más formalizados a los que accedimos: “Mira, es muy lindo de la [Terapia MCA] y la (...) en general, que no es una práctica, un quehacer establecido, sino que es un modo de pensar; el pensamiento se renueva y alcanza posibilidades insospechadas para una visión puramente materialista de la vida, y en ese desarrollo que tiene el pensar, también se incrementa el desarrollo de la percepción, y en esa capacidad de pensar, es importante la vinculación del ser humano con su entorno, y en ese sentido es tan amplio el concepto de vinculación del ser humano con su entorno, que cualquier acción terapéutica puede estar englobada en este concepto, la alimentación es un tipo de relación con el entorno, el medicamento mismo vincula el mundo exterior con el mundo interior del ser humano, la forma de relacionarse con los otros seres humanos, también, el desarrollo artístico vincula al ser humano con su entorno, es decir, en el sentido más amplio del concepto, entonces, si tenemos claro, hacia donde debe avanzar el desarrollo del ser humano en esta posibilidad de relaciones en estas cuatro dimensiones, las posibilidades de encontrar terapia van a ser muchas, ahora, en los 100 años que aproximadamente de existencia que tiene la [Terapia MCA], obviamente, ya ha habido muchos esfuerzos en esa dirección, y ya hay prácticas que tienen una cierta experiencia, y una cierta recopilación de casos, de informaciones, y de sustento estadístico, etc, etc, y de eso podemos hablar de lo que respecta a las praxis, pero es súper importante entender que la [Terapia MCA] no es una praxis, es una visión.”



su completa inteligibilidad *antes*<sup>67</sup> de encontrarse con la sociedad que habita. Esta conceptualización posibilita la mantención de relaciones colaborativas (complementarias) con el cuerpo delineado por la biomedicina, en tanto a pesar de la polisemia que adquiere no suplanta al cuerpo reducido a la biología, de la medicina científica, la que además asegura mecanismos de control de esta polisemia que la hacen incluso funcional (Le Breton, 1995; Baer, 2010; Lolas, 2000)<sup>68</sup>.

En efecto, uno de los elementos más interesantes de este territorio que se abre es la polisemia que representa el cuerpo. Sin embargo, la necesidad de establecer evidencias, para legitimar las prácticas alternativas, requiere que sus aseveraciones e intervenciones sean comprobables una y otra vez. Aquello implica un alejamiento de los contextos de interacción, de las variaciones biográficas, de las relaciones terapéuticas, etc., lo que tiende a ser reconducido hacia una univocidad, para dar validez universal, científica a prácticas basadas en otros principios (Baer, 2001; Hughes, 2005). Esto pone del lado de un entorno difuso a los elementos sociales más relevantes, y que hasta cierto punto eran reconocibles. Por ejemplo, en una de las citas anteriores, los problemas emocionales podían derivar de prácticas sociales, y luego expresarse corporalmente como una molestia más o menos determinada. Sin embargo, si se quisiera hacer replicable la experiencia basada en ese tipo de diagnóstico, la referencia a la práctica social como constituyente del problema, tendría que pasar a segundo plano. Podría entrar en consideración como un factor, una constante, un *determinante social*, que hace de ese modo estandarizable una relación compleja en el cuerpo delineado por las prácticas terapéuticas alternativas. En ese sentido, quita ese punto de fijación móvil, maleable. Quita del cuerpo ese vector sociológico y político (la práctica social que podía ser la causa efectiva del malestar), y lo reconduce afuera de la relación, y con ello se dejaría nuevamente en primer plano, el cuerpo-separado de la medicina científica, el cual es simplemente afectado desde otros lugares (Pescosolido & Boyer, 2001).

Lo anterior sería representativo de casos como la acupuntura y la homeopatía, que son las terapias más avanzadas en su legitimación dentro de sistemas clásicos de salud (Almeida, 2012; Possamai-Inesedy & Cochrane, 2013), sin embargo, dan cuenta de un principio fundamental, el de controlar los principios divergentes de las terapias alternativas que delimitan otros cuerpos posibles. Esto sería garantía de las relaciones entre las medicinas, incluso en el consultorio, y describe un movimiento simétrico en ambos cuerpos (el cuerpo biológico de la biomedicina y el cuerpo múltiple de las terapias alternativas) que retomaremos más adelante: La pregunta por la salud lleva a una interrogación hacia dentro de los cuerpos descritos (sea hacia una microbiología, una genética o una neurociencia, en el caso del cuerpo biomédico; sea a una interrogación emocional y espiritual, conjurando los principios divergentes de las prácticas alternativas). Esta interrogación orientada hacia un interior biológico, emocional o espiritual, posterga indefinidamente una pregunta por el universo de relaciones sociales que

---

<sup>67</sup> Se trata de un “antes” lógico y no necesariamente temporal. Es decir, se puede reconocer que el individuo se hace individuo en tanto se enfrenta al mundo social, pero en la asociación a elementos energéticos o espirituales, estos son siempre anteriores o trascendentes a la sociedad que se habita.

<sup>68</sup> Parte de estos mecanismos serán revisados en la sección siguiente (I, II).

constituye nuestras prácticas de salud-enfermedad, manteniendo una relación con el “entorno” concebida de modo principalmente adaptativa.

Entonces ponte tú, en el plano emocional, muchas de las personas que tienen problemas de depresión es porque su plano emocional está dañado, y solamente tú trabajas en un *chakra*, que es el *chakra* específico del corazón, y logras nivelar, y logras que salga de las 20 pastillas o las 16 pastillas que toma al día, que llegue a tomar 2, es una maravilla, y lo que hace con ello es que, me dicen: “lo que pasa que el psiquiatra, me da pastillas para dormir, y pastillas para andar en el día”, y yo digo ¿qué es lo que pasa cuando dejas de tomar las pastillas? El problema lo tiene ahí mismo, porque lo que pasa es que *no has sabido enfrentar el problema, no has sabido ver la vida de otra forma*, entonces, ¿qué pasa con [terapia MCA]? Se supone que alrededor de la tercera o cuarta sesión dependiendo de cada paciente, se genera una apertura de conciencia, y tú comienzas a ver la vida de forma distinta, sin que nadie te diga ni te pregunte nada, entonces sólo con ir nivelando la energía de la persona, comienza a funcionar mejor.

(EPM, mujer, MCA. Entrevista personal)

Uno habla [en la *Terapia MCA*] de que ... la enfermedad es la posibilidad ... para la superación de sí mismo, a través de la enfermedad ... *en esa superación de sí mismo el ser humano atraviesa a través de la enfermedad él logra estar en un sí mismo más profundo, en un sí mismo más original*, podríamos decir también.

(EPM, hombre, MCA. Entrevista personal)

### *iii) Relación terapéutica:*

La relación terapeuta-paciente, médico-paciente, o bien la relación terapéutica propiamente tal, forma parte constante de las reflexiones sobre las posibilidades curativas de las terapias, en la medida que se trata mucho más que de una definición de roles, de una instancia de eficacia simbólica (Lolas, 2000; Ibarra, 2006; Le Breton, 1995). Tal eficacia simbólica estaría asociada a la capacidad que tiene la palabra de afectar el cuerpo, dada la naturaleza social (y cultural) de la palabra y el cuerpo.

Si la palabra o el rito pueden terminar con un síntoma o provocar la muerte, es porque encuentra, desde el comienzo, eco en el cuerpo, resonancia en la carne. La palabra, el rito o el cuerpo tienen, aquí, la misma fuente. La materia prima es común: la trama simbólica (Le Breton, 1995: 183).

Cuerpo, palabra y relación terapéutica son categorías relacionadas en tanto provienen de la interpretación colectiva de las realidades a las que hacen referencia, y por eso podrían ser afectados concomitantemente. Desde el punto de vista de Bourdieu (2007) podríamos decir que la trama compartida a la que refiere Le Breton es la creencia, en tanto *doxa*, es decir principio de acuerdo tácito e incuestionable que define la pertenencia a un campo.

La creencia práctica no es un “estado de alma” o, menos todavía, una suerte de adhesión decisoria a un cuerpo de dogmas y de doctrinas instituidas (“las creencias”), sino, si se me permite la expresión, un *estado de cuerpo*. La *doxa* originaria es esa relación de adhesión inmediata que se establece en la práctica entre un habitus y el campo al cual está acordado, esa muda experiencia del mundo como algo que se da por sentado y que el sentido práctico procura. (Bourdieu, 2007: 111).

En ese sentido, la eficacia simbólica está aún más resguardada, en tanto esta interpretación compartida se entiende vuelta naturaleza, y por tanto no es discutible, sino que delimita aquello que puede ser discutido. Esto implicaría que la confianza en el médico como el único capaz de curar (dada la neutralidad científica, como clave del reconocimiento del profesional en la sociedad) estaría asegurada y la eficacia simbólica de la relación se daría por descontada<sup>69</sup>. Sin embargo, aún en el caso de la creencia como *doxa*, como sentido práctico, la reactualización de las estructuras del *habitus*, requiere de unas mínimas condiciones del campo. Si la medicina convencional se muestra hasta tal punto industrializada, y la brevedad e impersonalidad de las consultas se hace patente, es entendible que la confianza, clave de la creencia, clave de la eficacia simbólica, se vea reducida. Así, la primacía de la manipulación técnica de los malestares genera una insatisfacción creciente.

A diferencia de otras variables aquí mencionadas, la eficacia simbólica de la relación terapéutica no se asocia tanto a limitaciones inherentes de la mirada médica, como a elementos específicos de la organización de la disciplina, que la empuja hacia lo que aquí hemos denominado industrialización de la atención (García et al., 2004). Así lo reconocen al menos terapeutas convencionales y de medicinas complementarias y alternativas.

E: Con estructura tú te refieres básicamente a la organización o también al espacio físico que...

S: A la organización, organización, al imponerle al médico un tiempo de atención, un tiempo reducido de atención, un tratamiento específico que es el medicamentoso, siento que esas dos variables eh... encasillan a los médicos... y... los limitan

(EPM, mujer, MCA. Entrevista personal)

G: (...) no sé cómo definirlo pero... o sea bueno obviamente con la cuestión de médico que cuando le haces un buen diagnóstico y te resulta y en el fondo es lo que tiene y le hiciste bien el tratamiento, también está la otra parte de, no sé a mí me pasa de repente que es como que... cuando voy a la casa y la gente y es gente súper pobre, súper humilde que no tiene nada... o te cuentan sus cosas, te involucras igual harto pero... decir qué voy a ir a trabajar a otra parte, no sé, a mí me pasa eso, no sabría cómo definirlo, pero es lo que yo siento... como que estoy ahí no sé qué ya, me mostraron, no sé, por ejemplo el otro día fui donde una señora también que no sé, hacinamiento al máximo en la casa, yo me iba y me dijo doctora ¿usted almorzó? y yo le dije no, no almorcé, y me dice porque yo tengo arroz con pollo y era ultra pobre, como... como que esas cosas, así como que tienes que estar ahí, no sé, trabajar ahí

E: ¿Y eso, eso te pasa como más yendo a las casas?

G: Sí, porque ahí tengo más tiempo

(EPM, mujer, Convencional. Entrevista personal)

Como se aprecia en la última cita, una relación de mayor profundidad con el paciente sólo puede darse fuera del espacio del consultorio. Allí se permite un vínculo que renueva las

---

<sup>69</sup> Al respecto, el efecto placebo daría cuenta la eficacia simbólica, aunque los propios profesionales médicos no lo reconozcan así, distinguiendo el *efecto real*, del provocado por el *placebo* (Le Breton, 1995; Andrews, 2001).

bases de una relación de confianza, que reproduce las condiciones de la creencia<sup>70</sup>, como atestiguaría el hecho de entregar más al médico. Más de lo que pagó o esperó por una consulta, que como muestra Le Breton, sería una forma de personalizar la relación con éste, y junto a la aprobación por “boca a boca”, una de las formas de desplazar la posición científica del médico, hacia la posición cuasi mágica del curandero, y que no son ajenas a una realidad relativamente rural como la de la comuna O., retirada algo más de una hora de la metrópolis chilena (tampoco, habría que aclarar, a la propia metrópolis).

La dádiva tiene como objetivo personalizar la relación con el médico y reducir, de esta manera lo extraño que éste representa. La cultura erudita es conjurada y absorbida de otro modo por medio de la corrupción popular. Gracias a lo que se pasa de boca en boca y a la dádiva que hace familiar el hecho de recurrir a sus servicios, el médico es considerado como el curandero, como el que posee un “secreto” y lo insólito de su saber y de sus maneras no es más que una versión entre otras de las que diferencia a todos los curanderos (Le Breton, 1995: 191)

Faltaría una investigación más profunda respecto a esta temática, para asegurar que es exactamente esto lo que sucede en las relaciones médico-paciente en el CESFAM de O., pero es posible establecer su relación con esa reivindicación de un lazo mayor y más profundo entre las personas y los terapeutas del Programa. Como ya tuvimos ocasión de señalar, el tiempo de las consultas en MCA, es mayor al de la medicina convencional, a lo que se suman los principios específicos descritos en los apartados i) y ii), que ponen al espacio abierto por estas medicinas, en una situación privilegiada respecto a las posibilidades de la relación terapéutica.

Y una de las cosas que los pacientes más notan [es] el trato, el trato es distinto o sea ya partimos, ellos sienten que parten siendo acogidos en su problema y eso es muy bueno, o sea *ya se sienten bien al ingresar al programa, ya se sienten distintos*, tratados de forma distinta, tratados de forma digna.

(EPM, hombre, MCA. Entrevista personal)

Tengo una chica, que sufre de cefaleas tensionales, tiene 11 años, qué no le han hecho ¡No tiene nada físico en su cerebro!, pero nadie le había podido sacar por qué a ella le duele, y tenía sus cefaleas tensionales, y a través de [*Terapia MCA*]; hay un momento en que a veces los pacientes se produce una especie de quiebre se sueltan, y empiezan a contar sus cosas, *uno no hace absolutamente nada*, pero llega un momento que ellos hacen como una catarsis, y a veces se ponen a llorar, y les cuentan, y uno tiene la obligación de escuchar.

(EPM, mujer, MCA. Entrevista personal)

---

<sup>70</sup> Al mismo tiempo, la cita permite dar cuenta de toda la distancia social y simbólica que separa a la médico de sus pacientes, tanto que incluso siente culpa por recibir algo de quien tendría tan poco. Lo que no puede ver la encargada de la práctica médica, no por una incapacidad ontológica o epistemológica, sino por la inmersión en la *praxis* a la que todos estamos sometidos, es que aquel acto de agradecimiento es al mismo tiempo un acto de filiación. La “dádiva” que entregan pacientes a terapeutas, a la que hace referencia Le Breton, sigue la misma lógica de todo don; es también vehículo de lazo político, y por eso personaliza las relaciones. Es interesante, pues esto se deja ver respecto a una situación similar en la misma entrevista, cuando G. señala su extrañeza frente al hecho de que luego de sus actos bondadosos con los pacientes que suscitan actos de agradecimientos, ellos se sientan con derecho a exigir más: “Entonces muchas veces que hecho cosas así, después están los pacientes afuera y, ya doctora le traje el examen, pero tiene que pedir hora para que le vea el examen, se enojan, porque tú fuiste tan buena onda, esperar que tú sigas siendo esa buena onda y se olvidan de que hay protocolos y de que tú tienes que tener una hora para que yo te vea los exámenes si yo no, no... *no trabajo en el pasillo, entonces por eso como que no sabes hasta qué punto tienes que hacer o no*” (EPM, mujer, MCA. Entrevista personal).

Entonces, F. se llama este cabro, F. me decía: ‘oye yo estoy seguro de lo que tú me *poní* es anestesia porque apenas me tocas con eso yo me pongo a dormir y tú no sabes lo que me cuesta dormir’, *entonces como te digo, él fue después mi mejor e... difusor*. Y... y me mando a otro caballero que era don Fernando y el entró en esta parada, me dijo: ‘mira yo vengo aquí, e... soy un atado de nervios, tengo nudos por todos lados... estoy -me dijo- totalmente *cagado del mate*<sup>71</sup> (en voz baja), estoy sin esposa blablablá, y me dijo: ‘¿sabes por qué vine? *Porque pancho me dijo que tú tenías unas manos mágicas*.

(EPM, mujer, MCA. Entrevista personal)

Cambia la relación entre paciente y terapeuta... por qué, porque el paciente, adulto mayor... ya llega al... al médico, [o al terapeuta] buscando una respuesta, buscando un alivio, pero también alguien que los contenga... entonces el paciente ya se empieza a *encariñar* con el terapeuta, y en cierto modo a  *depender del terapeuta*... entonces claro, llega un punto en que las sesiones se acaban... y el paciente al no haber tenido una opción de autosanarse, entrega al cuidado (...) al terapeuta entonces cuando el terapeuta tiene que dar de alta, *ese paciente se siente abandonado*.<sup>72</sup>

(EPM, mujer, MCA. Entrevista personal)

Esto, junto a la disminución de la ingesta de medicamentos químicos, es una de las cuestiones que más espontáneamente señalan las personas que tienen contacto con el Programa, respecto al uso de MCA. Esta valoración se da en la forma del reconocimiento del trato bueno, humano, que en el fondo, permite depositar confianza en el tratamiento y su intermediario.

R: Claro, y el trato es distinto

E: Um... y, y eso, el trato se nota de inmediato en la

R: Sí, sí, sí.

E: Y, provoca que, que el mismo trato quizá que uno se siente ya un poco mejor de ir al

R: Sí de todas maneras, eso es súper importante

E: Claro

R: Súper importante, porque tu vas, vas al médico, yo a través de los años he ido, como te decía yo, teniendo cierta conexión con, con el neurólogo y con los reumatólogos no tanto porque se van cambiando... yo me veo en san juaquín y... y el doctor muchas veces no te explica, no te, no, si tu no preguntas, si tu no te interesas más allá no, no tienes un, una respuesta así tan, sino que ya, exámenes, tal cosa, tal receta, eso es todo.

(Entrevista persona, mujer, mayor 65 años)

M: Son... muy humanos

E: Muy humanos

M: Sí

E: Y eso le hace sentir a usted también

M: Claro que sí, nos hace sentir... y lo otro es el trato, es la cercanía que él establece con, con las persona que van ahí, eh... la misma la, la que [Terapia MCA] la R., igual tiene un buen trato, es, es como distinto. Mucho mejor, esa es como las diferencias que hay.

---

<sup>71</sup> Forma coloquial de referirse a la locura.

<sup>72</sup> Esta sensación de abandono será retomada en el segundo capítulo, dedicado a examinar la situación específica de los individuos mayores, y en la sección siguiente, a propósito de la categoría de pacientes *somáticos*.

(Entrevista personal, mujer, mayor 65 años)

T: Sí, bien, por lo menos... por lo menos, me agradó conversar con él, por lo que me mandó a hacer, después, después conversamos, me habló de su persona, me dijo, no me dijo, no tengo ningún inconveniente, ningún inconveniente siempre y cuando, no me vaya a dejar de hablar nomas

(Entrevista personal, hombre, mayor 65 años)

E: Y el, el, sí... y ese trato que la, que usted lo siente diferente, la, la hacen tener más ganas de ir por ejemplo, de, de... de atenderse con el doctor

M: Sí, sí, estoy pendiente de la fecha, cuando me toca, porque no lo citan muy seguido, pero estoy pendiente de las fechas que nos tocan y todo... y estoy eh, ahí cuando me toca

E: Um, y eso antes no pasaba mucho así? usted no...

M: No, no me gusta ir a médicos

(Entrevista personal, mujer, mayor 65 años)

El espacio abierto por las medicinas complementarias y alternatiavas, donde caben los cuerpos afectados y delineados por las dimensiones espirituales y emocionales, permite hasta cierto punto producir una relación terapéutica de mayor involucramiento entre la persona y el terapeuta, que recuerda a aquella existente con los curanderos, según lo señalaba Le Breton (1999). Ahora bien, en este mismo punto que hace pensar en una humanización del trato tecnificado de la medicina, se despliega, o aparece dispuesto a ser desplegado, un nuevo nudo problemático. Esta relación de cariño y confianza, liga de forma dependiente a ciertos pacientes, especialmente de mayor edad. El recorrido de este nudo problemático, se hará en relación a aquello que lo define exteriormente. Por un lado, la conceptualización de este tipo de prácticas (las que se definirán como dispositivos que producen espacios de visibilidad en el apartado II de este capítulo), y sus relaciones en el campo de la salud descrito. Por otro, en relación con la(s) construcción(es) social(es) de la vejez y el envejecimiento, que tendrá lugar en el capítulo 2.

#### *iv) Control del cuerpo o Autonomía del paciente*

Una forma quizá demasiado esquemática de referirse al modelo biomédico, pero que nos servirá para ilustrar nuestro punto, plantea la medicina científica o convencional y el modelo biomédico, desde el hecho de que

Emplea un enfoque fragmentado de la cuestión salud-enfermedad: El cuerpo del ser humano se concibe como una máquina, la enfermedad como un daño de la máquina y el médico el llamado a reparar el daño. Esta concepción deja fuera los aspectos relativos a la humanidad del paciente y la capacidad de tratar el fenómeno de la curación (Muenz, 2007: 68)

Por definición esto implica una limitada posibilidad de autonomía para el paciente, que se refleja sobre todo en la descalificación de su conocimiento sobre lo que pasa con su cuerpo, no como señal, pista o signo descifrable por el profesional, sino como verdad de ese signo, es

decir, como decisión de las medidas a tomar. La autonomía en este punto pasa por la posibilidad de tener control sobre el cuerpo enfermo. Los individuos entendidos como máquinas, al igual que éstas, no pueden repararse a sí mismos. El dualismo cartesiano, que devalúa el cuerpo frente a la razón (Le Breton, 2002), recorre toda la conceptualización del cuerpo-máquina de la biomedicina (Fuster, 2013; Zárata, 2008; Rose, 2012), plasmándose en su relación con los individuos, que requerirán de un experto que los repare, tanto más cuanto más alejados estén de las actividades intelectuales. Reconocida en general es la asimetría de poder entre médico y paciente que hace recordar las diferencias entre lo culto y lo popular, entre lo refinado y lo vulgar, entre lo legítimo y lo abyecto y por tanto, es también objeto de críticas (Kingman, 2006; Márquez & Meneu, 2007; Muenza, 2007; Zárata, 2008). De este modo, el espacio posible de las medicinas complementarias y alternativas, incluye este elemento en su consistencia.

En general, los terapeutas se plantean como principio el establecer otro tipo de relación con las personas que llegan a ellos, para resguardar su autonomía, y en ese sentido, se marca una contraposición con la práctica convencional estandarizada<sup>73</sup>.

En general *nosotros tratamos de manejarlo, no desde la perspectiva paternalista, sino más bien desde la perspectiva del fortalecimiento del individuo*, o sea, primero *dese cuenta* de lo que le está pasando, *abra los ojos*, no se haga más el leso digamos o la lesa frente a la situación eh... desagradable o a la disconformidad que tiene usted con su entorno, primero abrir los ojos, aceptar la realidad y... en base a eso preguntarse... por qué uno hace las cosas, por qué estoy trabajando aquí, por qué estoy casado con él eh... qué se yo, por qué estoy cuidando a mi mamá que está enferma terminal.

(EPM, hombre, MCA. Entrevista personal)

Yo he visto alguna actitud en los colegas y yo mismo antes tenía la actitud de que... en estas enfermedades funcionales, idiosincráticas como sin, sin explicación eh... "*doctor me duele la cabeza*", pero cómo le va a doler la cabeza si le salió el escáner normal... a usted no le duele la cabeza, usted cree que le duele la cabeza. Entonces eso, eso, es un vicio, de los colegas, de los médicos en general, y que yo también lo tenía y ahora me liberé de eso, osea si el paciente dice que el duele, es porque le duele... eso es lo primero, *crearle al paciente*.

(EPM, hombre, MCA. Entrevista personal)

---

<sup>73</sup> Aun cuando algunas corrientes y algunos profesionales médicos, planteen seriamente la necesidad de una vinculación diferente con las personas: "*Entonces el médico históricamente puede haber tenido una figura enaltecida por decirlo así entre comillas, pero tenemos que estar más cerca del paciente, tratar de ser amistosos con el paciente, que el paciente no se sienta agredido por el lenguaje tan técnico que maneja el médico. Que nos pueda decir absolutamente todo para nosotros también poder darle un diagnóstico adecuado y preciso, si somos amistosos en nuestro lenguaje en nuestra comunicación el paciente va a entender lo que realmente queremos saber pero si somos demasiado técnicos y complejos con nuestro lenguaje el paciente al final va terminar yéndose con cualquier cantidad de órdenes de laboratorio y medicamentos que a lo mejor no los va a usar nunca y son recursos económicos que se va a perder del centro de salud y también del paciente porque al final también terminara haciéndose exámenes que nunca requirieron ¿no?*"; Por otro lado, podemos encontrar que para ciertos terapeutas o terapias, la "mayor autonomía" puede estar sujeta a condiciones: "H: *Mi pregunta es: ¿Cómo habla ese cuerpo, y quién puede interpretarlo?, es posible que los pacientes, o los individuos, antes de recurrir un especialista, o a un "encargado" (...)puedan interpretar correctamente esos síntomas que aparecen a su cuerpo;* P: *Generalmente cuando existe un compromiso del paciente con darle el sentido a su existencia, la interpretación suele ser correcta, pero se necesita un compromiso de verdaderamente darle un sentido humano a la vida humana, y no entenderla como un afán de acumulación de bienes materiales, o una mera competitividad, o la simple exteriorización de una apariencia, sino que realmente, cada ser humano se pregunte cual es el sentido de su existencia en esta tierra, en ese sentido uno se puede preguntar, ¿de qué manera tengo que relacionarme con esto que me ocurre?*

La diferencia es que... eh, *lo invito a que se haga parte, a que se haga cargo*, simplemente a que se haga cargo, siento que eh, el médico tiende a dar indicaciones... pero esas indicaciones a veces para el paciente no tienen mucho sentido, el paciente tiende a pensar que al ir al médico, al tomar los medicamentos como se dice, eh... va a estar bien (...) Entonces en esto es distinto, si el paciente no hace las [Recomendaciones MCA], para la próxima sesión llega exactamente igual, entonces yo me siento y le explico que no es el [el acto del terapeuta sobre la persona] el que lo va a curar sino son las [las recomendaciones que debe ejecutar por su propia cuenta].

(EPM, mujer, MCA. Entrevista personal)

E: ¿Qué rol juega el, el propio paciente, la, la propia persona que tiene la dolencia?

R: *Aprende a lo que uso yo, a ver la vida en forma distinta*. (...) Con los dos tipos de paciente, con el primer paciente, el de las 10 sesiones que era más negativo, tú terminas y vas a regresar a alrededor de un mes (...) por su forma que todavía le queda residuo de su forma de pensar, todavía tiende a torcerse, le digo yo (risas). Entonces el otro paciente va a durar dos meses (...) ¿Ya? ¿Qué hace uno? Vuelve a hacerle terapia, pero ya le hace menos sesiones ya al que le hiciste 10 (...), con 5 más la segunda vez, va a bastar y va a durar más que un mes, va a durar dos. Y así, y al final terminas con un paciente ya no vuelve y vuelve una vez al año.

R: Hm... y que ha sido capaz de hacerse cargo.

E: En efecto, de *hacerse cargo de su vida, ha entendido la vida de forma distinta* y, como te digo, cada vez va alejando más su crisis.

(EPM, mujer, MCA. Entrevista personal)

El espacio de la autonomía acá encierra varias cuestiones. En primer lugar, un estatuto diferente de lo que la persona dice de sí. La palabra de la persona no se encontraría deslegitimada por el resultado técnico de un examen. Su dolencia, su aflicción, es verdadera, pues se trata de una experiencia. Las máquinas, modelo de la comprensión clásica del cuerpo biológico, no tienen experiencias, o incluso podrían adquirirla en la forma de un aprendizaje posible<sup>74</sup>, pero no tienen posibilidad de relatar las experiencias, ni de ser leído este relato como indicación de lo que efectivamente le acontece. En ese sentido, hay al menos un desplazamiento del estatuto del interlocutor. El discurso no estaría constantemente puesto en entredicho, no sería objeto de examen acerca de su veracidad, pero sí lo sería su práctica.

[El paciente] tiende a decirle al médico lo que quiere escuchar el médico, que es que "sí me tomo el medicamento", "sí me siento bien", "sí me pasa esto" empieza a describir ciertas cosas pero no habla realmente lo que hace en la casa, (voz risueña) lo que hace en la casa ya empieza a ser parte de las nebulosas.

(EPM, mujer, MCA. Entrevista personal)

Por una suerte de inversión, la "nebulosa" de lo que acontece en la vida cotidiana, es decir, por fuera del discurso, y en el *backstage* de la presentación que hace la persona frente al médico convencional (Goffman, 1993), es lo que importa. Lo que el individuo dice de sí mayormente deja de ser puesto en duda. El discurso es real, no importa si es verdadero o falso, puesto que lo verdaderamente importante es que el individuo haga de su práctica un acto

---

<sup>74</sup> Ver por ejemplo: Haykin, 1998.



terapéutico, y sólo así, a través de su práctica en la compañía del terapeuta, puede dar como resultante la superación de la enfermedad.

Esta centralidad de la práctica, y mejor dicho, de la gestión de la conducta que el individuo pueda realizar sobre sí mismo, es el núcleo de la mayor autonomía del paciente, que se traduce en un mayor control de su cuerpo, en principio porque lo que dice que le acontece deja de ser puesto en duda. Ahora bien, también puede apreciarse que existe un flujo de conocimiento que si bien podría darse en la medicina convencional, se convierte acá en un pilar fundamental. El individuo de estas terapias, debe ser capaz de integrar en su forma de vida, en sus esquemas de pensamientos un nuevo conocimiento respecto a lo que es, a la naturaleza de lo que le sucede, y a las operaciones que él puede realizar sobre sí. Esto puede estar vinculado en una primera instancia a distintos medios que depositan sobre los individuos mayor responsabilidad sobre lo que les acontece y la posibilidad de superarlo.

E: Claro, y esa, esa yerba se la dio para qué?

T: ... me dijo lo siguiente... la yerba, me dijo, no hace, una efectividad inmediata... y es tardía y esto tiene que tomársela, tres tazas diarias

E: Tres tazas diarias

T: Tres tazas diarias. Y... que es recupera, me dijo, el asunto de la memoria.

(Entrevista personal, hombre, mayor de 65 años)

R: Claro, claro que sí, el cuerpo como que te habla y... y yo decía tengo un nudo aquí, qué es lo que me está ahogando, qué cosa me está... me está como, como, por qué tengo este nudo, algo que quiero decir, algo que, por qué tengo estas nauseas, entonces yo, yo como que he ido más... entendiendo esa parte

E: ¿Como que hay un vínculo diferente entre lo que es como un síntoma y... y su vida, diferente?

R: Claro.

E: Antes, antes no se...

R: *No pues, porque yo no tenía las herramientas que tengo ahora*

E: Aha ¿Y esas herramientas las fue adquiriendo a través de estas terapias?

R: *Claro, por lo, por la experiencia anterior, por haber llegado de nuevo a estas terapias que son distintas, o sea son... eh, la otra cara de la medalla, son como más, más integrales más holísticas entonces... eh... siento que estoy súper bien encaminada*

(Entrevista personal, mujer, mayor de 65 años)

E: Y, y a nivel como de su, su experiencia dentro de, de atenderse ahí, eh, se nota

J: No, ha sido bueno, porque además... yo tengo... *tengo una disposición, una predisposición, nosotros [con su esposa] tenemos una predisposición* al... a ese, a ese, a ese sistema, me entiende, entonces a mí me parece bien el... ahora el trato es distinto... el trato ahí en ese, en ese ámbito es muy distinto (...) entonces tenemos buena experiencia con eso... ella [su esposa] tiene un problema de salud bastante severo... y... la, relación con la medicina convencional era que no tenía remedio y que tenía que, irse para la casa y, y... había quedado prácticamente inválida (...) *En ese sentido la medicina alternativa se complementa con la forma de vida que llevamos* que nosotros llevamos... lo más, lo más, eh... lo más que, esto no más, pero lo demás miel, fruta, eh aquí hay todo tipo de semillas, nos comemos... nos alimentamos bastante bien, mucha legumbre, mucha... verdura, llevamos una vida bastante sana.

(Entrevista personal, hombre, mayor de 65 años)

Entonces, este principio disidente que sería la mayor autonomía o control sobre su cuerpo de parte de los pacientes, se asienta en, al menos dos desplazamientos vinculados entre sí. Por un lado, el discurso sobre lo que le sucede a su cuerpo, deja de ser puesto en duda, deja de entrar en la distinción verdadero/falso, para ser considerado en el plano de lo real. Por otro lado, existe la posibilidad de un flujo de conocimiento que el lenguaje excesivamente tecnificado de la medicina convencional imposibilita<sup>75</sup>. Estos dos elementos están estrechamente entrelazados, porque es la práctica lo que se vincula con la eficacia simbólica discutida. Representaría, además, el principio de superación del problema de la dependencia del paciente, puesto que lo importante de las prácticas es su gestión, y lo relevante del flujo del conocimiento es que esa gestión puede descansar en el propio individuo, con visitas cada vez más alejadas al terapeuta-consejero, o bien, con visitas que cambian de intencionalidad y no pasan por la superación de una enfermedad o una dolencia particularizada, sino por una corrección continua de la gestión de las prácticas que debería redundar en un bienestar, que no obstante, o mejor dicho, por lo mismo se mantiene indeterminado.

Ahora bien, esta “mayor autonomía”, no es tampoco un absoluto. Los individuos más viejos sobre todo, tienen dificultades para incorporar las indicaciones. El principio del flujo de conocimiento, y de la modificación de las prácticas se dificulta.

M: Eh... así que cuando vaya el once voy a tener que decirle bien, para qué son, para que me indique, diga, qué estoy tomando remedios [*sustancias de una de las terapias MCA*]... y no sé para qué

E: Claro, pero tiene un horario para tomarlos

M: Sí

E: ¿Pero no sabe para qué es?

M: No, yo estoy tomándome en el horario que él me dijo no más para, esto es... el... por ser me lo tomo a las diez de la mañana y a las diez de la noche cada doce horas... y, estas son tres veces al día la... hay una que son siete gotitas, estas, son tres veces al día, así que ahí me las arreglo.

(Entrevista personal, mujer, mayor 65 años)

La autonomía no es un absoluto, ni a nivel de las MCA frente a la medicina convencional, ni de las posibilidades que se les da a los pacientes. Además considerando que estamos situados en un “campo” (Bourdieu, 2007) y específicamente en el de la medicina, la autonomía será siempre relativa. Este último, el individuo mayor, debe mostrar una disposición bien distinta de la que se tiene frente a un médico convencional, para explorar las posibilidades que estos tratamientos le abren. Debe gestionar también una inquietud, que lo saque de la pasividad tradicional del paciente. Un acercamiento más autónomo no se impone ni se entrega gratuitamente, tiene que ser *requerido*<sup>76</sup> por el paciente, que al hacerse cargo de su salud, se hace más inquisidor frente a la autoridad no autoritativa de un terapeuta-consejero (Rose, 2012). En ese sentido, esta posibilidad de la autonomía puede entenderse también como una transformación de las formas de gobierno de las conductas, en tanto, se requiere que los individuos modifiquen sus prácticas en base a una gestión de la inquietud por cambiar, lo que

---

<sup>75</sup> Bastaría recordar la declaración citada de uno de los médicos convencionales entrevistados, que opone un lenguaje amistoso, abierto a la participación, al lenguaje tecnificado y excluyente.

<sup>76</sup> En un sentido muy parecido a como la intervención del gobierno es *requerida* y no *impuesta* en las formas de gobierno liberal (Foucault, 2007)

equivale a una modulación de las actitudes, propia de una tecnología del yo en términos foucaultianos (Foucault, 1990).

En este contexto, la autonomía de los pacientes como internalización de cierta forma de relación consigo mismo, es también fundamental para abordar la cuestión de la relación entre MCA y medicina convencional. Si hasta aquí habíamos hablado de los principios divergentes que podían desplegar estas terapias, y que parecían dotarla de una suerte de autonomía, en la siguiente sección describiremos la manera en que se relacionan con la mantención de la soberanía médica. Para ello introduciremos nuestro concepto de *espacios de visibilidad*.

### I.II. Espacios de visibilidad. Controlar los principios de distribución (secundarios)

La inquietud que se plantea, entonces, es respecto a las posibilidades de autonomía. Cuando describimos la formación de este campo, y en general cuando Bourdieu aborda la génesis de algún campo (como el artístico o el religioso), se despliega principalmente la manera en que éste se jerarquiza. Cómo un grupo de agentes especializados logra gracias al establecimiento de unos principios de visión y división favorables, poner en funcionamiento un poder simbólico que subordina a agentes y prácticas a las que se opone el grupo en ascenso. Sin embargo las prácticas no dominantes no cesan simplemente de existir. Si bien se ven obligadas a ponerse en relación asimétrica con los principios legítimos, no necesariamente pierden toda su consistencia, aunque no podría decirse que es posible “recuperarlas” o “mantenerlas protegidas”. Las prácticas tradicionales o populares frente a las cuales suelen erigirse las culturas oficiales, inexorablemente varían, pero pueden constituir puntos de apoyo sobre los que echar mano para que el espacio politizable, abierto por el desfase entre disposición y posición social, es decir, entre las circunstancias de formación del *habitus* y de su realización; pueda efectivamente escapar de la tendencia centrípeta y conservadora de la violencia simbólica, en tanto adhesión corporalizada, aceptación tácita que coarta y excluye alternativas de acción y pensamiento, al entregar el reconocimiento a lo oficial por desconocimiento de la arbitrariedad de su origen. (Bourdieu, 2007; Beasley-Murray, 2010).

La escasa atención a las prácticas no dominantes, y las relaciones entre éstas -más allá de la subordinación- es lo que generalmente se denomina “dominocentrismo” o “pendiente dominocéntrica” en la teoría bourdieriana, y cuya crítica al extremo lleva a considerarlo un determinista (Grignon & Passeron, 1989; Corcuff, 2013). Habría que señalar que, tanto en este problema referente a su teoría de los campos, como en el caso del *habitus* que se considera demasiado integrado, sospechosamente parecido al Sujeto (Dobry, 1986; Faure, 2010), el problema es el mismo: La *univocidad* (diferente de unicidad) con la que la teoría de Bourdieu parece mirar las cosas. O en otras palabras, ese “tenor funcionalista” (Beasley-Murray, 2010) que examina el conjunto de prácticas como si las “actividades de los dominados estuvieran siempre bajo la mirada de los dominantes” (Corcuff, 2013: 53), o como si el *habitus* conjurara su propia discontinuidad (Faure, 2010).

Lo que propondremos es que es necesario tomar en serio la multiplicidad que la teoría insinúa tanto para *habitus* como para campos, insistiendo en sus consistencias propias. En este sentido la posibilidad de las MCA de delinear concepciones de vida, muerte, enfermedades y cuerpo, divergentes de las propias de la biomedicina, constituye lo que denominaremos un *espacio de visibilidad*, en tanto, se incita a la constitución de sujetos a partir de principios propios, más o menos opuestos a los dominantes. Los espacios de visibilidad *incitan* a los individuos a adoptar determinadas formas de ser, de sentir, de presentarse, describirse, y por tanto de “concebirse”, al imponer requisitos para que los individuos puedan ser vistos y reconocidos como válidos. Pueden concebirse como la operación práctica de un dispositivo, en este caso de un dispositivo de alivio.

Para Foucault, un dispositivo es antes que cualquier otra cosa una red. En ésta se articulan prácticas discursivas y no discursivas, pero también elementos espaciales y objetuales,

concepciones filosóficas, epistemológicas, morales, etc. (Foucault, 1983). Deleuze (1990) ordena de buena manera las dimensiones más generales que los constituyen:

- *Líneas de visibilidad*: Cada dispositivo, dice Deleuze jugando con la metáfora lumínica, “deja ver” ciertos objetos, delimita, distribuye lo visible y lo invisible, y esto es inseparable de cada dispositivo (por ejemplo, los modelos médicos en tanto dispositivos, delinean un cuerpo, al que intervienen y sobre el cual basan su efectividad. El cuerpo exclusivamente biológico de la medicina científica, es una novedad histórica, y acompaña incluso sus avances más actuales).
- *Líneas de enunciación*: Son propiamente “régimenes” de enunciación. Cada dispositivo, se acompaña y es esta repartición de enunciaciones posibles, también jerarquizadas, fomentadas o prohibidas, que pone en juego a su vez posiciones diferenciales, en relación al uso de los enunciados.
- *Líneas de poder*: Se tratan de los elementos que desde una perspectiva sociológica podríamos llamar estructurales, la “dimensión del poder” (Deleuze, 1990: 156). En ese sentido, son elementos de control de lo enunciable y lo visible, sin ser ellas mismas necesariamente explícitas, sino representan condiciones de posibilidad decantadas en estructuras, en técnicas, en construcciones espaciales, en modos de hacer comunes, etc.
- *Líneas de subjetivación*: Los dispositivos también son principios de subjetivación, y sin embargo, las “subjetividades” no son nunca del todo cooptadas por la operación del artefacto. Ni siquiera los dispositivos médicos, que intervienen directamente en los cuerpos producidos, clausurarán los aspectos de la subjetividad por completo, en tanto es posible la reflexividad como repliegue de la subjetividad sobre sí misma.

En este sentido, se entienden los modelos médicos como dispositivos. Todos los dispositivos de alivio, biomédicos o no, articulan concepciones epistemológicas y morales sobre los cuerpos, las enfermedades, la muerte y la propia vida, con intervenciones prácticas, que requieren objetos, y espacios específicos. Estas intervenciones sobre los cuerpos, y los corpus (los régimenes de enunciados) que las respaldan y éstas movilizan o hacen carne, definen también aquello que los individuos pueden decir de sí mismos, de sus verdades en relación a íntimos aspectos como los dolores, la alimentación, las prácticas sexuales, etc. De este modo, se restringen, se delimitan los cuerpos y los individuos. Son principios de subjetivación, en la línea de las tecnologías del yo (Foucault, 1990; Davis, 2001; Fries, 2013). La forma en que se hacen carne, es mediante el establecimiento de espacios de visibilidad en donde los individuos deben acomodarse más o menos conscientemente y sobre todo corporalmente, a los principios del dispositivo para gozar de su funcionamiento. Por esa razón, que la forma en que los individuos conciben su cuerpo, su involucramiento con la terapia, la naturaleza de las enfermedades, etc., cambie, no es algo superficial, sino que da cuenta de la consistencia de los dispositivos de alivio alternativos, en tanto logran vincular sus propias teorías, con intervenciones prácticas que por esa razón crean espacios de visibilidad no directamente subordinados a los principios dominantes.

Lo interesante es que estos dispositivos alternativos de alivio, vehiculan elementos que incluso parecen ser opuestos a los de la medicina científica que acostumbramos, y al mismo tiempo –y por esta misma razón, existen y pueden describirse formas de delimitación de esta potencia de multiplicidad. Esto no necesariamente se trataría de cooptaciones directas o de prohibiciones expresas (Baer, 2001), sino de la subordinación del espacio de visibilidad de un dispositivo al de otro. No existe mayor problema con que cualquier dispositivo de alivio defina los criterios de legitimidad de quienes los actualicen (sus usuarios), siempre y cuando este propio espacio de visibilidad tuviera que responder a los principios dominantes como instancia de legitimidad superior. Es decir, todo estaría permitido, salvo el punto hipotético en que intentara constituir una legitimidad paralela, que desconociera la dominante. En ese sentido, las formas en que el espacio de visibilidad dominante se reafirma como tal, que identificamos en nuestra investigación son las siguientes: a. *La derivación*; y b. *Lo oficial en cuanto a espacios, objetos y sujetos*. Se trata de un control secundario de los principios de distribución de legitimidad, pues se da únicamente luego de constituido el campo.

a. *La derivación*.

E: Eh... tu me decías que, que había una diferencia como trabajar ahora con, un, derivado de un médico, porque tenías la validez de eso... cómo se nota

S: Se nota en muchas cosas, se nota en que el paciente no solo recibe la terapia, se hace cargo de su dolencia y hace algo para remediarla. Distinto al paciente que llega se toma un masaje, lo agradece y se va para la casa. Porque el paciente que llega al consultorio, sabe que lo necesita, que es una terapia que le va a hacer bien, porque el médico lo mandó...

(EPM, mujer, MCA. Entrevista personal)

T: Porque, lo que me recuerdo, él me hizo... contar de a diez, de atrás para adelante, me hizo contar números, de atrás para adelante, de a delante para atrás y... empecé a conversar así como con usted. Le conté y me dijo, mira te, te voy a contar, me dijo donde un (se escucha respirar) te voy a mandar a esta parte, aquí...

H: Ah ya

T: Porque esta, este también me lo dio el, el... doctor B. Entonces... cuando llegué allá dije yo, pucha ¿qué me mandan aquí?

(Entrevista personal, mujer, mayor de 65 años)

Una particularidad de la investigación y de la realidad existente en O., es la puesta a disposición en el área de salud pública primaria de MCA, puesto que estos dispositivos suelen vincularse directamente con los criterios de salud dominante, y con una población de un nivel socioeconómico diferente a los casos más comunes en la literatura sobre centros de terapias alternativas, que generalmente son pagados y enfocados en los sectores con mayores capitales (Baer, 2001; Fries, 2008; 2013). La derivación constituye un punto privilegiado de relación entre los dispositivos de alivio<sup>77</sup>, y el primer lugar en donde se *recrea* la jerarquía del espacio de visibilidad dominante. El médico convencional, deriva ciertos casos y no otros a las prácticas

---

<sup>77</sup> Se debe aclarar que la derivación no es la única forma de llegar a las terapias, también se pueden solicitar, pero esto es menos frecuente.

terapéuticas no biomédicas, constituyendo una suerte de relación duradera que limita sin intencionalidad maquiavélica, la potencialidad de terapias basadas en otros principios.

Así, los paciente más comúnmente derivados son aquellos denominados, en sus formas más benevolentes, “policonsultos”, “somáticos” o “somatizadores”. Son individuos cuyas dolencias aparecen como inespecíficas, que suelen ir constante y reiteradamente a consultar por malestares siempre ligeramente distintos, que no parecen estar asociadas de manera clara a ningún elemento preciso, ni aparentemente conformarían un cuadro clínico medicalizable. Estos pacientes además de representar un *cachó*<sup>78</sup> –como también suelen llamarles–, desafían la ontología de la enfermedad y la epistemología del cuidado de la medicina convencional. El conjunto de síntomas-signo, no delinea una enfermedad conocida para la nosología actual, se asume que tiene por tanto una naturaleza distinta (o bien, es simple invención), y por otra parte, en tanto la aflicción es inespecífica, la utilización estándar del medicamento se dificulta, parece no ser fructífero el aflojamiento del lazo terapéutico que permite el fármaco tecnocientífico. Ante esto, la derivación se transforma en una excelente opción, al mismo tiempo que los excluye del tratamiento “más legítimo”, enviándolos como por una asociación natural a las terapias alternativas, ya que la policonsulta se liga incansablemente con problemas emocionales. Para el dispositivo biomédico si psiquiátricamente no se constituye un cuadro clínico, significa que formalmente no tiene enfermedad alguna, y que esta emocionalidad que desborda al cuerpo y que hace presentar dolencias inobjetivables, imposibles de recrear fuera de la experiencia, o bien es pura manipulación, o bien habría que manejar con estos dispositivos de alivio alternativos que tendrían algo más que decir.

E: (...) ¿Cómo, usted conoció este tema, del programa de la medicina alternativa?

M: Por la doctora... la psicóloga

E: ¿Por la psicóloga?

E: Sí, Patricia... Paty parece

(...)

E: Paty parece que se llamaba, la doctora. *Ella me dijo...* porque ella, ya me estaba tratando antes de que falleciera mi hija, porque esto [habla de su diagnóstico de depresión] viene de... muchos, muchos años que yo, acumular y acumular y... *ahora ya, uno estalla, ¿ve?* Uno ya no aguanta más porque está más sensible pues.

(Entrevista personal, mujer, mayor de 65 años)

Frente a la exposición inespecífica de malestares, el médico convencional parece alejarse.

G: Sí... eso pasa mucho con las mujeres, de 50 años, 60 años, que tienen múltiples síntomas y todo les ha pasado, les duele este pedazo y les duele este pedazo una vez, y después les duele otra cosa y después les duele otra cosa y otra cosa... y si lo que quieren es lo que te decía (...) que le diagnostiquen algo...

(EPM, mujer, Medicina convencional. Entrevista personal)

---

<sup>78</sup> Forma coloquial de decir “problema”.

Hay “pedazos” de un cuerpo, que duelen, por los que se sufre, y sin embargo, al no haber una asociación científicamente comprobable, es decir, biológicamente comprobable como causa de ese sufrimiento, la enfermedad aparece como invención. Lo que quiere la persona solicitante, es más bien, el puro diagnóstico.

Se insiste asimismo, que esto ha significado un gran aporte del programa, pues ha aliviado a otros sectores del consultorio de pacientes con dolencias inespecíficas, que al parecer demandarían más la atención que la solución de un problema verdadero. Como se puede apreciar, acá se enfrentan principios distintos. La medicina convencional, aunque diga formalmente lo contrario, en la práctica continúa desconfiando de la palabra del paciente, y al no tener herramientas, ni la posibilidad de pensar las dolencias desde otro lugar, encuentra una enorme ayuda en terapias que tienen como principio la realidad de la aflicción más que su veracidad. Esto da un lugar a las MCA, pero al mismo tiempo la subordina al restringir el abanico de pacientes a aquellos que no caben en la medicina convencional. Por supuesto, esto no agota todo el registro de pacientes que asisten al programa, pero sí describe una lógica de relación entre los dispositivos de alivio. Pacientes descalificados (en la medida en que se cuestiona la veracidad de su enfermedad), implican, en su asociación tan natural con las terapias que abordan los registros difusos de la emocionalidad y la espiritualidad, una descalificación tácita de los dispositivos alternativos, que es el primer fuerte de la soberanía médica tradicional. Por esta precisa razón es que el caso de los adultos mayores que revisaremos más adelante, cobra una de sus relevancias.

Estamos tomando lo que lo que se llama inadecua... de una forma no muy adecuada los pacientes cacho, que en el fondo son los pacientes somatizadores que tienen un problema emocional que subyace a su dolencia somática corporal y que si no se resuelve eso entonces nunca le vas a poder quitar el dolor o la depresión o lo que tenga, entonces a los colegas también es un alivio en un momento, porque después de la veinticinco-aba consulta por lo mismo, ya me lo derivan a mí y el paciente se queda aquí y en algunos casos podemos resolverle el problema, entonces también ha sido un aporte real, concreto al... a la (...) al tratamiento de los pacientes.

(EPM, hombre, MCA. Entrevista personal)

Muchos médicos, alópatas, conocen de esto, muchos están haciendo reiki, muchos conocen de lo que nosotros hacemos, por lo tanto confían, y tienen la certeza, que su medicina, le va a hacer muy bien si es ayudada por esta otra parte, porque va a hacer que funcione mejor, nosotros por lo menos hemos tenido un buen apoyo con respecto a los médicos. Y ha sido lo mejor que hemos podido hacer por la gente del sistema de salud público.

(EPM, mujer, MCA. Entrevista personal)

#### *b. Lo oficial. Delimitación por espacios, objetos y sujetos.*

La derivación es todavía un paso exterior al programa. En ese sentido, es todavía una medida propiamente soberana. En la derivación de un grupo de pacientes particulares, se intenta establecer una suerte de jurisdicción. Sin embargo, las relaciones se complejizan: sujetos, espacios y objetos propios del programa, sostienen la subordinación de sus principios de legitimidad a los dominantes.



La embajada de la oficialidad, es la propia forma en que se ingresa al programa. El diagnóstico lo realiza siempre uno de los participantes que está formado en biomedicina (aparte del director, otro miembro más tiene esta formación), que luego envía al individuo solicitante a alguna de las terapias existentes.

También, en cierta forma, yo represento la medicina alopática dentro de lo que es el programa... de hecho todos los pacientes que ingresan al programa tienen una evaluación médica, o sea pasan por mí, y yo los derivo a las diferentes terapias... en el fondo yo estoy haciendo las veces de lo que sería entre comillas una *supervisión médica* ¿te das cuenta? O sea todo paciente que ingresa al programa, primero se le evalúa por un médico, que en mi caso al mismo tiempo es fitoterapeuta, pero qué sé yo en caso de enfermedades graves o exámenes que haya que tomarse eso se hace inmediatamente antes de comenzar las terapias.

(EPM, hombre, MCA. Entrevista personal)

Decimos “embajada” no simplemente como recurso lingüístico, sino que hace referencia a un acomodo espacial de importancia respecto a las relaciones entre los dispositivos. El espacio físico dedicado a las prácticas terapéuticas de estos dispositivos de alivio alternativos, al que denominamos Casa-Reunión, se encuentra –desde principios de 2013, luego de un año de funcionamiento del programa- en un edificio separado del consultorio central, al cual se encuentra vinculado administrativamente. Este hecho es un símbolo notablemente ambiguo. Si por un lado, los miembros del programa lo aprecian fundamentalmente por la tranquilidad que entrega para poder realizar las terapias, esto implica a su vez una vía de acceso de menor facilidad que la que tiene el consultorio central, como yo mismo pude experimentar en mis visitas.

Claro, tenemos este nuevo lugar, que estamos todavía terminando de acondicionar, que para nosotros representa un cambio importante en términos energéticos, porque la energía que hay en el consultorio, no es muy buena para hacer terapia en realidad... o sea mucha bulla, mucha gente sufriendo, mucha queja, mucho... ah... mucho movimiento energético así, mucho ruido... En cambio este lugar, es un lugar en donde se está tranquilo, hay silencio, hay menos gente, hay una energía mucho más facilitadora de la, de la acción de sanar...

(EPM, hombre, MCA. Entrevista personal)

Por otra parte, en conversaciones informales sostenidas con miembros del programa, en la Casa-Reunión, se da cuenta de que este relativo aislamiento del centro de salud central, implica una mayor libertad en tanto no se ven sujetos al escrutinio de los médicos convencionales, que sin llegar nunca a ser hostiles, sí manifiestan sutilmente sus apremios, y por tanto, imponen una situación de incomodidad, que su lejanía permite neutralizar, pero que al mismo tiempo conserva en total vigencia, como lo atestigua la relación con objetos oficiales.

Habíamos mencionado anteriormente el rol de las fichas del centro de salud. El llenado por una parte, limitaba las posibilidades de los propios médicos convencionales, al imponer apremios a un tiempo en sí mismo reducido. A su vez, esto equivale para los demás terapeutas problemas de otra índole.

Durante el trabajo de terreno acompañé a dos de las terapeutas en su traspaso de las fichas terapéuticas -llenadas primero a mano- a un software que permitía almacenarlas junto a todas las del consultorio. Las dificultades, más allá del manejo computacional, se hacían notar

de inmediato. No era simple incluir en fichas pensadas para un tipo de acercamiento a la aflicción y el alivio, lo visto, lo realizado, lo conseguido desde otros principios. No hay una analogía simple entre las enfermedades concebidas desde la biología y la razón científica, y las miradas que pretenden incluir otras dimensiones en las interacciones relevantes para los procesos patológicos. Es más, si se me decía que era posible acostumbrarse y que la práctica lo hacía más fácil, esto era precisamente a costa de conseguir incorporar el hábito de la traducción a la práctica cotidiana, y en ese sentido, limitar las potencialidades que poseen los principios alternativos. Las fichas neutralizan, no tanto lo que se hace actualmente, sino lo que podría llegar a hacerse, puesto que dificultan la incorporación a la terapéutica cotidiana, de los elementos más ajenos a la concepción tecno-científica dominante, procurando una contabilidad de los cuerpos y de los síntomas, propia de la necesidad de indicadores.

Otra situación que da vida desde adentro del dispositivo alternativo, a una relación dominada en el campo de la salud, es la relación con objetos que son verdaderos símbolos del poder e importancia del médico, como el delantal blanco, e incluso las terminologías científicas. Casi todos los terapeutas del programa ocupan más o menos regularmente una bata blanca, similar, nunca exactamente igual, a la bata utilizada por los doctores, con la significativa excepción del director del programa, y en ocasiones, el otro miembro con formación biomédica. Investidos ellos por derecho propio, por su formación, es decir, como capital cultural incorporado (Bourdieu, 1995, 1999), de la legitimidad de la medicina convencional – aunque probablemente dominados entre los dominantes- no requieren de la misma forma el símbolo exterior de la científicidad como aquellos ubicados directamente en la periferia, o bien, “fuera” de los principios legítimos, en el sentido de que no es su terreno primario ni privilegiado. Como típicamente sucede, con aquellos cuyos capitales se hayan legitimados de antemano, pueden incluso desplazar los símbolos más típicos, y jugar apuestas impensadas para quienes se encuentran en posiciones sospechosas dada su relativa lejanía con los principios dominantes.

Obviamente yo atiendo sin delantal, entonces no tengo como esa barrera, para mí el delantal es una barrera más que nada, entonces a veces como que no... Les cuesta un poquito...

(EPM, hombre, MCA. Entrevista personal)

Sin embargo, como lo pude observar y tuve ocasión de conversar, incluso él (B.) recurre a palabras especializadas para reafirmar una posición de saber, puesto que la impaciencia de los pacientes, requiere que los terapeutas logren hacerlos confiar en lo que dicen, y particularmente, en el beneficio que representan para ellos. Incluso médicos convencionales que intentan tener un lenguaje más cercano a las personas que atienden, señalan tener que recurrir a este tipo de lenguaje, para reafirmar su autoridad.

Igual es importante mantener como también el rol, el rol, de médico así como más serio, con decir algunas palabras como más ‘cuáticas’, más científicas, porque así el paciente entonces te cree más, es importante también eso, lo que te decía al principio el vínculo, tiene que ser un vínculo sano: que sea horizontal... pero que... pero que el paciente sepa... que él es el que está pidiendo ayuda y que soy yo el que se la está dando, y que no se invierten los papeles... hay que

tener un equilibrio en los roles, o sea no ser paternalista ni soberbio, pero tampoco dejarse avasallar por un paciente.

(EPM, hombre, MCA. Entrevista personal)

Porque en el fondo tu igual estás trabajando y en el fondo, por más que tu tengas una mirada humana y todo, la persona igual te está pidiendo ayuda en algo en específico... o sea de alguna forma igual te está solicitando un servicio... y por, por la vulnerabilidad de lo que te, claro tienes que ser una persona un poco, súper empática o tratar de ponerte en el lugar de la persona pero igual, para que te haga caso y para que, le tome la importancia que tiene también tienes que ponerte, un poco más serio y más, *no sé si engrandecido, pero más, seguro o sea como que lo que estás diciendo es así, porque si no, no los convences de nada.*

(EPM, mujer, Medicina convencional. Entrevista personal)

Un último punto, implica a los *sujetos de la oficialidad*. No nos referimos acá a funcionarios, sino a los propios usuarios adultos mayores. Aunque volveremos sobre ello en el segundo capítulo, es relevante mencionar que las personas mayores, y en particular, quienes asisten a este centro de salud, tienen una relación singular con los medios de la oficialidad, en tanto la habituación que conlleva la presentación constante de papeles, como forma de demostrar la veracidad de su situación (de enfermo/a, de jubilado/a, de viudo/a) y medio de justificación de sus exigencias frente a los distintos organismos (en tanto muestran el tiempo que se persigue una solución, los diagnósticos anteriores, los medicamentos consumidos, etc.).

T: Tomo (tose) tomo desayuno, por ejemplo, cuando tengo que, eh, antes me comía dos panes, ahora me como, medio pan... entonces creo que no, no, yo mismo veo que no estoy en condiciones de, de, de absorber la comida bien como dijera, ahora, tomo desayuno a las doce, almuerzo a las cuatro de la tarde... entonces no estoy dentro del, del horario de un que debiese ser para regirme a un régimen

E: Um, sí se ha desordenado un poco

T: Totalmente, claro

E: Y los médicos no, tienden como parece a no escuchar mucho...

T: No. *Yo me becho cuatro escáner*

E: Cuatro escáner

T: Cuatro escáner (...) he visto a una... geriatra... he visto a una geriatra

E: Ella, ella, debió haberlo escuchado más, yo creo, ¿o no?

T: Escucha, escucha, o sea me escuchó...

E: Y, y ¿qué le comentaba ella?

T: Y desgraciadamente... desgraciadamente... no pude seguir con ella... porque... la vi una vez, la vi una vez porque salió con vacaciones y no la vi más. Ese  *mire, yo tengo aquí, estas fotografías, son todas de tórax*

E: Todas de tórax

T: Sí

E: 2012, 2013...

(Hombre, mayor 65, conoce recientemente el programa. Entrevista personal)

Como si se tratara de un examen más, todos los usuarios del programa de terapias alternativas entrevistados (sin excepción), me presentaban papeles: recetas, exámenes, diagnósticos, horarios. Más o menos acostumbrados a las formalidades y burocracias del sector

público, la presentación de los papeles es un acto no con un contenido exclusivamente ritual, sino que también pragmático. Es general un modo de apurar procesos, y de establecer por fuera de las posibles dudas la condición de sujeto enfermo. Pero además, puede tener una función de crítica o de denuncia en ocasiones: Presentación del exceso de medicamentos, de indicaciones que no se entienden, de exámenes con resultados "no concluyentes".

Se trata nuevamente de una situación que muestra la ambivalencia del condicionamiento, e incluso de la incorporación de los valores dominantes. En este acto se ve la contrapartida de la imposición simbólica, de la razón dominante incorporada. Los elementos que se me presentan, y por supuesto, a cualquier sociólogo, trabajador social, médico, etc., que vaya hasta su casa, son los que tienen el sello de la oficialidad, y por tanto, permiten distanciar la apreciación subjetiva, *dotarla de posibilidades de universalización* (Boltanski & Thévenot, 2006). Éstas están inscritas en el espacio de visibilidad que proponen como única vía legítima los medios oficiales, por esa razón ninguno de los entrevistados me mostró un examen del aura, su biografía o algo similar, sino que aquellos elementos biomédicos que incluso podían atestiguar la eficacia de los procedimientos no biomédicos, pero siempre en su lenguaje.

Ahora bien, al mismo tiempo esto sirve en ocasiones para relativizar la efectividad de la medicina oficial. Por ejemplo, al comparar la cantidad de cajas de remedios que estaban tomando hasta antes de su entrada al programa, con el número notoriamente menor de sustancias a ingerir que se prescribían desde el dispositivo de alivio alternativo. El punto es precisamente que los individuos parecen poder utilizar la legitimidad del dispositivo dominante para la crítica de éste, en cuanto pueden vincularlo con otro dispositivo cuya consistencia no depende enteramente de su relación de subordinación. No obstante, estas posibilidades de crítica a través de la habilitación que los principios dominantes permiten, no podría jamás desmantelarlo, es decir, modificarlo duraderamente en aras de permitir el despliegue de las multiplicidades que la constitución del campo de la salud niega.

En tanto, estos mecanismos secundarios de restitución de la soberanía médica operan tanto externamente (delimitando espacios separados, simbólica e incluso físicamente), como internamente (con objetos y sujetos oficiales), no parece posible una modificación permanente de la condición de subordinación, si no se logra vincular, en la práctica de los y las terapeutas, su posición actual, con las condiciones sociales de posibilidad de esa condición, y del ingreso de estas alternativas terapéuticas a la salud pública. Esto pues, como abordaremos a continuación, la supuesta oposición entre dispositivos desaparece ante una ausencia común: las causas políticas no tanto de la *enfermedad* en sí, sino de las formas que adquiere la preocupación por la salud ¿Estarán los dispositivos alternativos, en una mejor posición para dotar de herramientas que hagan posible una reflexividad sobre la manera en que, a través de nuestra inquietud por el bienestar, nos gobernamos a nosotros mismos, a nivel de las prácticas más pequeñas? Esta pregunta inundará todo lo que sigue, y esperamos al menos abrir campos de problematizaciones que permitan construir respuestas.

### I.III Lo social y lo difuso. Una etiología imposible.

Exploramos en los apartados anteriores la posibilidad que se abría para los dispositivos de alivio no biomédicos, que se encuentran en situación de asimetría, dada la constitución del campo moderno de la salud, que pone la asociación con la verdad científica, como forma de transformar el capital terapéutico, en capital simbólico, por tanto reconocido a escala amplia en la sociedad. A pesar de esto, mostramos que los dispositivos lograban articular sus principios de validez con prácticas efectivas, lo que constituía espacios de visibilidad propios (incluso un espacio físico diferenciado) dentro de la competencia administrativa de un mismo consultorio. Al mismo tiempo era posible apreciar mecanismos de regulación para asegurar su soberanía, basados fundamentalmente en una delimitación simbólico-práctica exterior (separaciones de espacios, de tipos de pacientes) e interior (uso y reconocimiento de lo oficial, utilización pragmática de los signos acordes a los principios de validez). En definitiva, la aceptación, más o menos tácita, de que el espacio de visibilidad propio de estos dispositivos, ha sido instalado en un territorio cuya jerarquía ya estaba definida, y que su modificación permanente no aparece posible ni deseable. Particularmente, haremos en adelante hincapié en un elemento de esta “regulación”, la aparente imposibilidad de inclusión de los elementos de organización de la sociedad, dentro de la etiología de las enfermedades. A pesar de que como dijimos e intentamos mostrar, la naturaleza del mal varía en las concepciones de las medicinas no biomédicas, los elementos “sociales” que aparecen y reaparecen en frases, en comentarios, en las conversaciones entre los terapeutas, en las entrevistas con los pacientes, no logran entrar sistemáticamente en juego en la patogénesis. Éste, proponemos desde ya, puede ser considerado un límite de los principios de validez que constituyen el campo. Irónicamente, a pesar de la fuerte relación entre la “cuestión social” y el ascenso de la medicina (o quizá precisamente por ello), la lógica con la que se despliega el campo, es el de la consideración científica y funcional de los problemas sociales. En ese sentido, la separación de los ámbitos es fundamental. Si los terapeutas pueden decir algo sobre los problemas sociales, será únicamente desde lo específico de su especialidad, y cualquier otra consideración será progresivamente sospechosa.

La respuesta técnica a problemas sociopolíticos que se espera de la salud pública, inunda todo el campo con una etiología imposible. La organización de la sociedad no parecerá relevante para la naturaleza de la enfermedad, a pesar de que paulatinamente se vaya reconociendo una determinación social, pero la determinación implica exterioridad. La enfermedad existe en sí y por sí, aunque las inequidades sanitarias son explicables por las diferencias en distintos tipos de recursos (OMS, 2009). Sin duda la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, promueve interesantes políticas tendientes a la equidad, sin embargo y quizá por lo mismo, impide pensar radicalmente en otra forma de convivir, o al menos en su necesidad, dada la vinculación entre nuestra forma de vida y la prevalencia de las enfermedades. Se puede llegar a pensar cómo adaptarnos todos mejor a una organización social y económica, que aparece, por lo mismo, en última instancia inmodificable en su radicalidad. Y allí reside lo que *nos da qué pensar*, el capitalismo en esta versión crítica, puede ser

humanizado, pero jamás depuesto. Nuestra preocupación por la salud, no puede alcanzar a la salud de la sociedad.

*a. Entorno.*

Los aspectos de organización social, habíamos dicho, aparecen, pero aparecen en un ámbito difuso, inespecífico, y por tanto no susceptible de ser considerado integralmente para el diagnóstico o el tratamiento.

Bueno y sin mencionar los *problemas sociales* o sea yo te digo, de... de los pacientes que consultan acá y que *yo les doy el diagnóstico de depresión*, yo te diría que el noventa por ciento tienen *algún problema que se podría catalogar de índole social o familiar*, o sea, algún trauma de la infancia, estrés laboral, eh, deudas, eh, problemas de... pareja, mucho machismo, entonces también la parte social es súper heavy, sobretodo en esta comuna que es tan rural.

(EPM MCA, hombre. Entrevista personal).

Las dimensiones que vimos anteriormente delinearse como algo propio del espacio de visibilidad de los dispositivos de alivio no biomédicos, no tienen mayor problema con dar lugar a los ámbitos espirituales y emocionales como constituyentes de la naturaleza de enfermedad, y justo con ello parecen dar un salto desde los aspectos biológicos o fisiológicos cubiertos por la medicina convencional, hacia planos que sea de manera trascendente o inmanente, obliteran el espacio de las relaciones sociales.

Mira, estas cuatro dimensiones que yo mencioné; la dimensión de lo físico mineral, la dimensión de lo viviente, de lo vivo, de lo animado y de lo propiamente espiritual establecen en cuanto esencia un vínculo del ser humano con la naturaleza, y en un sentido más amplio también con el cosmos. Entonces él está emparentado con todos los seres minerales debido a que él posee un cuerpo mineral, está emparentado con todos los seres vivos de dado a que él es un ser viviente ¿ya? está emparentado con todos los seres animados dado de que él es un ser animado, y está emparentado con todos los seres espirituales dado a que él es un ser espiritual ¿ya? En ese sentido el ser humano es realmente un microcosmos, o es un resumen del cosmos. Un universo individualizado. Sin embargo en esta individualización y en esta posibilidad de libertad su relación con el entorno puede ser la correcta o no ¿ya? Parte de establecer estas cuatro, la relación entre estas cuatro dimensiones tiene que ver con la relación con el *entorno*, dado que *estas cuatro dimensiones están implícitas también en el entorno*. Entonces la terapia debiera ser aquello que genera un vínculo con el entorno que sea *racional al camino que queremos recorrer desde el desequilibrio al equilibrio*. ¿ya? Por ejemplo (...) Si en una persona, ponte tú, *está disminuida la capacidad de sentir*, por ejemplo, *y de vincularse con los otros seres humanos a través de la empatía*, eso puede llevar efectivamente a una serie de desórdenes físicos, o pudiese llevar a un malestar existencial, o pudiese llevar a un grado de un malestar anímico también, dependiendo de la circunstancia, y configuración de cada paciente, la expresión de la enfermedad es distinta, es individual para cada ser humano.

(EPM, hombre, MCA. Entrevista personal)

Entonces ponte tú, en el plano emocional, muchas de *las personas que tienen problemas de depresión es porque su plano emocional está dañado, y solamente tú trabajas en un chakra*, que es el *chakra específico del corazón*, y logras nivelar, y logras que salga de las 20 pastillas o las 16 pastillas que toma al día, que llegas a tomar 2, es una maravilla, y lo que hace con ello es que, me dicen: “lo que pasa que

el psiquiatra, me da pastillas para dormir, y pastillas para andar en el día”, y yo digo ¿qué es lo que pasa cuando dejas de tomar las pastillas? El problema lo tiene ahí mismo, porque lo que pasa es que no has sabido enfrentar el problema, no has sabido ver la vida de otra forma, entonces, ¿qué pasa con [terapia MCA]?, se supone que alrededor de la tercera o cuarta sesión dependiendo de cada paciente, se genera una apertura de conciencia, y tu comienzas a ver la vida de forma distinta, sin que nadie te diga ni te pregunte nada, entonces sólo con ir nivelando la energía de la persona, comienza a funcionar mejor.

(EPM, mujer, MCA. Entrevista personal)

La incorporación de las dimensiones espirituales y emocionales en cualquiera de sus denominaciones, mantiene un vínculo fundamental de la concepción del binomio salud-enfermedad dominante, a saber, que estos son inevitablemente fenómenos individuales, y justamente por esa razón, lo es la forma en que nos encargamos de aquello. A pesar de las menciones que se puedan hacer a las relaciones con el entorno, o con los demás, la naturaleza de la enfermedad proviene de energías, de fuerzas, de planos, de dimensiones, en los que la organización social no parece tener una influencia del mismo grado. Pero ¿por qué la manera en que nos gobernamos, en que se distribuyen cargas, prestigios y beneficios, tendría un peso menor que aquello que se denomina plano emocional? O mejor, ¿esa emoción o esa capacidad de sentir, no tiene ninguna relación con la manera en que se nos permite trabajar, amar, vivir? Y si la tiene, entonces, ¿por qué se puede incorporar a la etiología, a las causas de las enfermedades, lo espiritual y lo emocional, y nunca sistemáticamente la organización social, la “salud de la sociedad”?

Quizá un lazo clave, puede ser esta reconducción a lo individual que implican los planos que acceden a consideración, y que se opone a pensar en una gestión colectiva de estos procesos, que implicaría la puesta en evidencia de lo que hay de común en los malestares, que incluyen las cuestiones más cristalizadas de la estructura social, fácilmente compatible con su conversión a un indicador estadístico, pero también aquello que sólo se siente o resiente, en el transcurrir diario por unas ciudades que ponen formas de vida por sobre otras, como es el caso de las personas mayores. La manera en que se problematizan los aspectos referidos a la organización social cuando aparecen, es, de hecho, dirigiéndolos hacia su gestión individual.

Quando hay este tipo de problemas como de índole social que pueden parecer como muy difíciles de resolver, de intervenir, yo creo que la intervención está en el individuo... en el fortalecimiento del individuo afectado... porque así ese individuo va afectar positivamente su entorno.

(EPM, hombre, MCA. Entrevista personal)

No queremos realizar aquí un juicio, sino establecer una constatación ¿Tiene algo de malo que se quiera fortalecer al individuo? Uno estaría tentado a decir de inmediato que por supuesto que no, y sin embargo, desearíamos extraviar esa pregunta, y más bien evaluarla en relación a lo que constituye ese individuo, a sus condiciones desiguales de posibilidad, lo que retomaremos hacia el final de nuestro trabajo. Desplazar el juicio sobre lo positivo o lo negativo del fortalecimiento del individuo, permite poner atención a la constatación: Los aspectos referidos a la organización social, no se consideran con la misma influencia respecto a

la naturaleza de la enfermedad que los planos espirituales y emocionales, que son de hecho el terreno privilegiado, entregado incluso por la medicina convencional, como lugar propio de estos otros dispositivos de alivio. Estas dimensiones, a pesar de producir cuerpos abiertos a múltiples relaciones, reconducen éstas hacia la unidad de la persona, que por tanto debe responsabilizarse. Se opone de ese modo a una gestión colectiva de la salud, que en consonancia, debería tener en cuenta lo común de las aflicciones, antes que lo particular.

No obstante, “lo social” aparece también cuando se habla de la vida. Presiona por entrar en el juego de la salud-enfermedad, no obstante el mismo juego social termine debilitando la vitalidad de los individuos.

E: (...) ¿Cuándo usted sentía que estaba sano, o siente que puede estar sano?

T: ... que estaba sano aun, antes del terremoto, en el 2010... porque (...) andaba en bicicleta, hacía *footing*, pero, ahora no hago nada... ahora me cansa la escala y, eso me aburre, eso me aburre... bueno, hasta donde llegue no más, hasta donde llegue, si llego hasta la esquina, hasta la esquina llego.

(Entrevista personal, hombre, mayor 65 años)

La salud no aparece nunca referida a un individuo abstracto, a la unidad abstracta de la persona, sino siempre en relación con la posibilidad de apertura al espacio social, y también respecto a las actividades reconocidas socialmente. No es una sustancia, sino una relación, y esa relación no únicamente con otros cercanos, sino que principalmente con aquello que más arriba se le denominaba como “entorno”. Esta relación individuo/sociedad, tan típicamente sociológica, que vuelve a introducirse al considerar la “salud”, es lo que aparece problemático al excluir de la naturaleza de la enfermedad la propia organización de la sociedad.

*b. El cuerpo afirma una pertenencia. O. no es Santiago.*

El espacio homogéneo que permitió, según Foucault (2006), el despegue definitivo de la medicina al literalmente abrir cadáveres; esa uniformización de las condiciones sociales que facilitó el examen del cuerpo apagado, con el rostro sin gestos, es decir, sin los aspectos sociales de éste, pero que aún así puede seguir cumpliendo su promesa de unificar aquello que se interviene (Deleuze & Guattari, 2002), vuelve a aparecer al enviar al entorno los elementos fundamentales que definen la pertenencia social de los individuos que se enferman. Aún al incluir los aspectos espirituales, emocionales e incluso biográficos de los individuos se relegan los aspectos específicamente sociológicos que forman parte constitutiva de los malestares, y no sólo los determinan exteriormente. Sencillamente, al poner en una importancia secundaria, la posición y la trayectoria social, sean cuales sean las razones, se olvida y se compromete la comprensión de las dimensiones emocionales, espirituales y biográficas, por el hecho de que la posibilidad de manifestar, e incluso de poseer, en el sentido de sentir y experimentar, aquellas dimensiones ya están desigualmente distribuidas en base a la inscripción social del sujeto que siente y experimenta.



Nos permitiremos relatar una anécdota a este respecto<sup>79</sup>. Tuvimos ocasión de acompañar en la espera de un paciente a uno de los terapeutas del programa, mientras lo hacíamos, conversamos sobre los métodos de diagnóstico que se utilizaban en su especialidad. Al respecto nos mencionó varios pasos que completaban la anamnesis tradicional de la medicina convencional, y que se vinculaban con las distintas dimensiones que considera la terapia. Uno de los elementos, fundamentales según lo dicho por el terapeuta, es tener una imagen de lo que las personas hacen en su vida cotidiana, que tendería a definir su relación con el mundo, y hasta cierto punto, con sus propios procesos patológicos. Existían para este propósito, al menos dos instrumentos utilizados. Uno era la escritura por parte del paciente de una pequeña biografía, que debía incluir aspectos intelectuales, de concepción del mundo, y de lectura de su propia vida, una suerte de ejercicio autorreflexivo que le permitiría al terapeuta una entrada a lo que fuera fundamental de la vida cotidiana del solicitante. Un segundo método, era el llenado de una ficha respecto a “un día común”, es decir, a esta persona se le encargaba contar el orden de lo doméstico, a partir de una objetivación de los rasgos que definían lo que ella (esa persona) entendía por común. La autorreflexión disminuye por un ejercicio objetivante, que en ese sentido, pone el peso de la tarea interpretativa mucho más en el lado del terapeuta. Ambos métodos, entonces, son maneras de hacer que los individuos digan, fijen verdades sobre sí, en línea con la búsqueda de unificación en la persona, sin embargo, éstos son sutil, pero radicalmente distintos entre sí. Cuando el terapeuta nos hablaba de estas herramientas, de estos mínimos instrumentales de una tecnología del yo, nos hacía también referencia del uso de cada uno. El método biográfico, lo solía utilizar con universitarios, con pacientes profesionales o de alguna u otra forma, ligados al mundo de la cultura, mientras que el instrumento del día común, lo utilizaba con dueñas de casa, con trabajadores de escasa educación. Ambos, permitían hacerse una idea de esa persona, señalaba el terapeuta, pero al mismo tiempo facilitaban las cosas tanto para él como a los individuos involucrados ya que se le designaba el método más acorde, y por ejemplo, no se hacía escribir un documento muy largo a quien se le dificulta escribir por su escasa educación. No obstante, acá también se pone en juego el derecho a tener una biografía, o a que aquel ejercicio de reflexión sobre la propia vida, sea tomado en cuenta. Y en ese sentido, entonces, incluso en los elementos más pequeños, la inscripción social de nosotros -cuerpos socializados- tiene una importancia radical, en la medida que define las relaciones posibles con las distintas dimensiones que se pueden considerar inherentes a la condición humana. Incluso, y ese era el sentido ilustrativo y no conclusivo de la anécdota, la posibilidad de la biografía como elemento de importancia.

Lo mismo podría decirse de los planos emocionales o espirituales. Cuántas palabras poseemos para designar aquello que se siente, que se cree, o que se sufre, define la experiencia posible de estas dimensiones fundamentales. Si esto fuera sí, entonces de nuevo cabría la pregunta sobre por qué la posibilidad de tomar en cuenta estos planos, y no nuestra forma de

---

<sup>79</sup> Sin duda, no se debe considerar esta anécdota como algo definitorio, como una prueba ante ningún juzgado, sino sólo como una indicación a un problema abierto, el de la inequitativa distribución de las dimensiones tomadas en cuenta –incluso– por los dispositivos de alivio alternativos.

governarnos. Por cierto aquello, va más allá de las voluntades de los encargados de la práctica médica, pues está alojado en las posibilidades que otorgan los significados de salud para la comprensión/producción de sus individuos. Y en cierta medida la propia práctica parece exigirlo, en la medida en que el cuerpo revela una pertenencia, revela su desigualdad y también lo común, o mejor dicho, que no hay posibilidad de comprensión de su particularidad sin permitir la entrada sistemática de aquello que delinea los contornos de nuestros padecimientos comunes, es decir, la organización política de la sociedad.

Pues el paciente debe ser examinado integralmente, *cuando tú saludas a un paciente sin discriminar te das cuenta de su aspecto; si él es un trabajador de la construcción, si es una dueña de casa, si es un trabajador agrícola, si es un profesional de la oficina, si es un jardinero, si es un estudiante.* Y también evaluas su lenguaje, su forma de caminar, toda su manera de expresarse. Y ahí podemos comenzar a determinar algunos signos y síntomas de la enfermedad antes de que él nos diga cualquier otra cosa. La forma de expresar dolor en el rostro se nota, la forma de caminar, por ejemplo; algunas situaciones su lenguaje puede hacernos sospechar algunas cosas.

(EPM, hombre, medicina convencional. Entrevista personal)

Ante los ojos de la práctica médica convencional, quizá más que para su etiología de las enfermedades, la inscripción social se revela en los cuerpos. Ésta, cumple un rol particular, definido, acotado. Se trata de una ayuda, de una posibilidad de aceleración del diagnóstico dado el poco tiempo que se tiene. La vinculación de un cuerpo a unas actividades sociales, y en base a eso, con las probabilidades de presentar una dolencia determinada, que no es otra cosa que el producto de esas mismas condiciones a las que se ha visto habituado el cuerpo, es un atajo al diagnóstico, y nada más. La aparición de esta innegable vinculación entre una práctica social posible (fruto de mi trayectoria y posición social, y de las tácticas o estrategias emprendidas en esas condiciones), y el sufrimiento, se transforma en una técnica para traducir prontamente esta inscripción al espacio homogéneo del diagnóstico, en donde una persona cualquiera tiene una enfermedad específica, y nada más.

Sin embargo, en otra entrevista encontramos la resistencia del cuerpo a su abstracción homogenizante.

E: Esas diferencias de ser, del trabajador, del estudiante, ¿cómo... se dan en la expresión de la enfermedad?

Z: Si el paciente, por ejemplo en el paciente crónico, el paciente que trabaja en el campo, el agricultor adulto mayor, es un paciente que está expuesto a muchos factores de riesgo, desde ambientales, a muchos insecticidas porque su labor ha sido recolectar fruta y hortaliza en el campo, a lo mejor la alimentación que recibe es la que tiene en su propio huerto y el agua también entonces si es un paciente que ya vemos con saludarlo que es un paciente agrícola, y vemos que su marcha está alterada y que comienza a temblar por un solo lado el cuerpo por ejemplo por decirlo así, y está hablando en un tono muy bajo y tiene como, se va a caer entonces ya podemos decir que es un paciente con síndrome parkinsoniano antes que nos digan cualquier cosa, y que hay que estudiarlo más a fondo, *y hay unos factores medioambientales marcados, paciente agrícola adulto mayor, más de 40 años, con eso ya nos da unos factores de riesgo para esa enfermedad, y lo otro es, ya los signos que vamos a ver en su caminar, en su forma de expresarse y otras cosas más.*

(EPM, hombre, medicina convencional. Entrevista personal)

O. no es Santiago. El entorno agrícola, su localización periurbana, condicionan la probabilidad de las patologías, pero al parecer no a las patologías mismas. El salto que se da en las consideraciones de los planos emocional y espiritual, como fundamentales en la naturaleza de la enfermedad, como habíamos señalado, desterritorializa al cuerpo de su inscripción social, que la práctica obsesivamente fisiológica podría reconocer, aunque no integrar sistemáticamente. Los dispositivos alternativos dan importancia al sujeto, o mejor dicho, ponen a disposición enunciados que permiten que los individuos hagan valer lo que sienten o lo que creen frente a los médicos; desplazan su autoridad tradicional vertical, por el acompañamiento experto. Al mismo tiempo, lo inscriben en planos energéticos y espirituales, que permiten un diagnóstico y una acción terapéutica diferente y menos invasiva que los tradicionales medicamentos. Sin embargo, el sujeto que se avala y el plano en que se inscribe, va de lo particular a lo antropológico. Todo parece insinuar que la idea de ir “más allá del cuerpo” en lo biológico, lleva a otro tipo de homogenización, si bien ya no en nuestra fisiología, sino en nuestra condición de seres emocionales, energéticos, espirituales.

La naturaleza de la enfermedad descrita en el primer apartado, que reconoce aquellos planos y hace hincapié en su entrelazamiento como factor explicativo, aparece como un ejercicio simétrico al de la biologización del sufrimiento, al suspender el lazo social del enfermo, o en otras palabras, al no reconocer e incorporar las condiciones sociales de posibilidad de los planos emocionales, espirituales y biográficos, el cuerpo se hace nuevamente abstracto. En base a otros principios sí, pero tan universal como la biología, y en general, tan intervenible –sin modificar el contexto– como aquél. Esto permite que ambas perspectiva puedan confluír en un ideal preventivo, un principio fundamental del control simbólico de la medicina convencional, en tanto se trata de una intervención en la sociedad, que tiene como objeto principalmente la modificación de las prácticas individuales, y la responsabilización de los sujetos aisladamente, es decir, sin que pueda entrar en el horizonte de posibilidades, la modificación de la organización de la sociedad, aún si fuera causa manifiesta de los males que se desean prevenir. El ejercicio simétrico que se menciona, es lo que permitirá intervenir en “lo social”, pero yendo infinitamente hacia dentro de la biología o del espíritu de los humanos, cuyas vinculaciones sociales estructurales (y estructurantes) pueden ser despreciadas como factor constitutivo de la aflicción, quedando por tanto en el reino de lo difuso.

*c. Ideal preventivo: La mirada infinita hacia dentro del individuo.*

Ya desde las luchas contra los miasmas, y gran parte de las intervenciones higienistas de las que tuvimos ocasión de hablar, puede aprehenderse una intención, un impulso, un ideal de la prevención, que es bastión de la legitimidad de la palabra médica. Este ideal encierra, a su vez, la idea de que es posible una sociedad sin enfermedad, y que esto es factible si se actúa antes de que se manifieste, afectando las condiciones que harían probable su materialización. La gama de condiciones es sumamente variada. Si con las medidas higienistas, encontrábamos modificaciones ejercidas directamente sobre los aspectos más visibles de la organización social (ciudades, casas, lugares de trabajo), que se acompañaba de un estímulo a la adopción personal,

es decir, una incitación a constituirse en “sujetos de la higiene”, con el tiempo, y eugenesia de por medio, la intervención se enfoca más y más en lo individual (Fuster, 2013; Rose, 2012).

Si bien estas dos formas de intervención, que se condicen con esa dicotomía tan clásica y arraigada en el pensamiento sociológico (lo objetivo y lo subjetivo), nunca se separan definitivamente, es posible dar cuenta de una creciente economía de las modificaciones, que se aleja de las grandes transformaciones urbanas, y en consonancia con la política fiscal y la ideología que se instala hegemónica (Ozlak, 1997), o de una manera más específica, por desplazamientos en las racionalidades de gobierno o gubernamentalidades (Foucault, 2006b, 2007; Rose, 2012; Castro-Gomez, 2010), se focaliza, en grupos en riesgo, o vulnerables, y también, en ambientes laborales, en convivencia vecinal, en modos de ocupar el espacio público, etc. Tal situación, dada las características de un país como Chile, no hace más que poner en evidencia las extremas desigualdades e injusticias existentes, la posibilidad de la atención médica, al igual que otras áreas alguna vez comprendidas como derechos, se estratifican haciendo palpable la reproducción de las inequidades, y será posible apreciar salud y enfermedades correspondientes a las capacidades de pago y a la articulación de capitales (Sojo, 2000; Lahelma, 2001; Solimano & Mazzei, 2007). Esto pone en evidencia toda la *tanatopolítica* que encierra el manejo biopolítico de las poblaciones (Esposito, 2005; Rose, 2012). Es decir, la forma en que se relega a la muerte a grupos de individuos, que no habría que decir más que están excluidas, sino que su particular forma de inclusión es la que los trata de ese modo. Sin embargo, no quisiéramos en esta ocasión enfocarnos en esta constatación, sino que señalar las modificaciones más relevantes que sufre el ideal preventivo hacia nuestra época, cómo se vincula ello con los dispositivos de alivio no biomédicos en general, y cómo se expresa ello en el marco del lugar investigado.

Un aporte altamente relevante de la eugenesia y de todo el conocimiento que le circunda, es la articulación de la prevención de taras, como se le denominó en Chile, es decir, de factores de debilidad, de enfermedad, con el manejo biológico de grupos de individuos (Ortiz, 2006). Vinculado a una matriz nacional estatal, el conocimiento médico-biológico-genético articulado alrededor de la eugenesia, se proponía el fortalecimiento de la raza del país, articulándose por ello con el poder jurídico. Bastaría recordar la “ley de esterilización de enfermos mentales” impulsada en 1940 por el Ministro de salud de la época, Salvador Allende Gossens; o el discurso por la “Defensa de la Raza y aprovechamiento de horas libres” del presidente Pedro Aguirre Cerda, que en 1939, vincula elementos genéticos con la necesidad del fortalecimiento físico de la raza, a través de la realización de actividades deportivas. Si bien, evidentemente, las ideas manifiestamente racistas han perdido su fuerza, y el Estado ha perdido su centralidad, el conocimiento puesto a disposición por estas concepciones, no decae, sino que se articula en el nuevo campo de veridicción por excelencia que es el mercado, y que recurre por tanto a la terminología del riesgo (Beck, 1992; Phillipson, 1999; Miller & Rose, 2008; Fries, 2013).

Más allá de los detalles, lo interesante es apreciar la lógica que estas nuevas articulaciones entre saberes y organización socio-política trae aparejada. Entonces ya no se trataría de

Procurar clasificar, identificar y eliminar o constreñir a los individuos cuya constitución es defectuosa ni de promover la reproducción de quienes gozan de características biológicas más deseables en nombre de la aptitud general de la población, la nación o la raza. Más bien, consiste en una variedad de estrategias que procuran identificar, tratar, administrar o gestionar a los individuos, grupos o localidades en que el riesgo se considera elevado (...) Existen estrategias actuariales o epidemiológicas que buscan reducir los niveles agregados de riesgo en toda la población. Hay estrategias para la administración de grupos de alto riesgo. Y con frecuencia cada vez mayor, se implementan estrategias que se basan en la identificación de individuos en riesgo y en la intervención preventiva (Rose, 2012: 155)

En este sentido, entonces, el ideal preventivo con que desde temprano se enfrenta la medicina a su tarea en la sociedad, se entronca cada vez más con una individualización, que haciendo uso de los conocimientos más o menos comprobables de transmisión genética, de susceptibilidad, en definitiva, de riesgo, propone un manejo personalizado para algunos (quienes por ejemplo, puede costear un estudio genético que permita otear en la salubridad de hijos aún no concebidos), y castigos en aseguradoras de salud (ISAPRES o FONASA, en Chile), o intervenciones preventivas, para otros.

Lo que proponemos acá es que la importancia de estos avances, puede leerse como una de las aplicaciones de un esquema de pensamiento, que tiene por supuesto su origen en las transformaciones objetivas de la vida social. Esta biologización, este viaje eterno al interior biológico de los humanos, se acompaña de intervenciones en el espacio social, por decirlo de algún modo, mucho más sutiles que la del higienismo de comienzos de siglo. Se trata más bien de la puesta a disposición de formas de vida legítimas, que cuentan con toda la neutralidad científica, y en ese sentido, con todo el capital simbólico que construyó para sí el campo de la salud hegemonizado por la biomedicina, es decir, un reconocimiento social sumamente difícil de discutir, frente a las cuáles, no obstante, sólo algunos pueden adaptarse exitosamente.

Un ejemplo interesante en Chile, es el programa Elige Vivir Sano (EVS). Impulsado a inicios del gobierno de Sebastián Piñera por la primera dama Cecilia Morel. EVS pretende “Contribuir a la instalación de prácticas de vida saludable en toda la población, con el fin de disminuir los factores y conductas de riesgo asociados a las Enfermedades Crónicas No Trasmisibles”<sup>80</sup>. Este programa, que si bien dice reconocer las diferencias sociales que condicionan la salud, se enfoca concretamente en:

- Fomentar la alimentación saludable
- Potenciar la actividad física
- Difundir los beneficios de realizar actividades en familia
- Promover el contacto con la naturaleza, el respeto al medio ambiente y la vida al aire libre.<sup>81</sup>

Articula la medicina basada en evidencia, los conocimientos de la dietética y las predisposiciones genética, con la gestión estatal y privada<sup>82</sup>, para proponer medidas enfocadas específicamente en la modificación de los hábitos de la población. La página web de Elige

---

<sup>80</sup> Disponible en: <http://www.eligevivirsano.cl/acerca/que-es-elige-vivir-sano/>. Visitado el 10-2-2014.

<sup>81</sup> Ídem.

<sup>82</sup> No obstante, las modificaciones en el gobierno de Michelle Bachelet, pretenden modificar la relación con el mercado.

Vivir Sano, se encuentra plagada de mensajes directamente dirigidos a los individuos, y fundamentalmente imperativos: “Come sano”; “Mueve *tu* cuerpo”; “Disfruta a *tu* familia”; “Diseña *tu* recorrido”. Y aunque, hay un reconocimiento explícito a que se trata de un problema social, no hay aplicación práctica de aquello, sino que una vinculación directa con los conocimientos emanados de las ciencias biomédicas, que por tanto, se saltan el problema de la diversidad posible de receptores del mensaje. Las notas que aloja la web, por tanto están enfocadas a un lector universal, y recubiertas de la *neutralidad axiológica* de la ciencia:

¿Sabías que los alimentos que comes pueden afectar tu estado de ánimo? Los alimentos puede influir en la química del cerebro y regular la producción y concentración en la sangre de ciertos compuestos biológicos que intervienen en el estado de ánimo.

¿Qué es la serotonina y qué influye en su producción?

La serotonina ha sido apodada la “hormona de la felicidad”, debido a su importante papel en la regulación del estado de ánimo. Sin embargo, la serotonina también juega un papel esencial en muchos otros aspectos de la química del cuerpo humano. Es un neurotransmisor, lo que significa que transmite los impulsos nerviosos (o mensajes) entre las células en nuestro cuerpo. Las principales funciones de la serotonina son el control del apetito, regulación del sueño, la memoria y el aprendizaje, la regulación de la temperatura, el estado de ánimo, el comportamiento, la función cardiovascular, la contracción muscular, la regulación endocrina y la depresión.<sup>83</sup>

La tendencia, como decíamos, es la de la propuesta de un modo de ser, como *el* modo de ser legítimo, legitimado por el conocimiento acumulado y los artículos científicos, difundido a través de estrategias de mercado, y en conjunto con la operación de éste. Que, sin embargo, parece menospreciar las dificultades intrínsecas a comportarse como se “sugiere” (imperativamente), dado por ejemplo, las altas horas de trabajo, o desplazamiento, o las frustraciones guardadas, merced la imposibilidad de salir de un estilo de vida que se considera despreciable, e incluso poco saludable.

Esto, es en parte lo que Rose (2012: 204) denomina *ethopolítica*.

La *ethopolítica* –dice el autor- ya no se plantea en los lenguajes de la justicia, el bienestar ni la equidad, sino que se ocupa del valor de las diferentes formas de vida, estilos de vida, modos de vivir, y las maneras en que deben juzgarse y gobernarse<sup>84</sup>.

En esta nueva modalidad de las intervenciones en salud, la genética ya no es fatalidad, sino que imperativo de acción (Rose & Miller, 2008), que se asocia a otro tipos de iniciativa para llevar a la responsabilidad de los individuos el hacer frente a los perjuicios de las formas de vida que se han impuesto, no por azar de la naturaleza social, sino por acción de luchas políticas, y para ello se valorizan estilos de vivir, que son por principio desigualmente posibles. En este imperativo de la acción del individuo sobre sí, las medicinas complementarias tienen un rol de

---

<sup>83</sup> Nota “Alimentos que ayudan a mejorar tu estado de ánimo”. Disponible en: <http://www.eligevivirsano.cl/2014/01/09/alimentos-que-ayudan-a-mejorar-tu-estado-de-animo/>. Visitado el 10-2-2014.

<sup>84</sup> Cursivas en el original.

importancia. Señala Fries (2008: 362): “Dentro de la *governance* neoliberal, las medicinas integrativas se unen a otras tecnologías de optimización del yo, como la psicofarmacología o la genética, prometiendo saciar la persecución individual-autónoma de la salud”. El rol de consejero que asume el terapeuta, y la necesidad de una compenetración mayor del individuo, facilitan la internalización de la necesidad de un modo de vida determinado, y según Fries, en su estudio en Canadá, también sienta las bases para una distinción biológica, en la medida de la distribución desigual de la posibilidad de consulta constante y de realización de los consejos de los terapeutas.

Esta posibilidad que entrega, se reconoce perfectamente en el Centro de Salud del estudio:

Tenemos personas que rodeando los cuarenta o cincuenta años ya están restringidos, de muchas comidas, ya están con enfermedades diagnosticadas, enfermedades que son crónicas, como la hipertensión, como la diabetes, que son enfermedades que están... que todos nuestros conocidos, amigos, familiares la tienen y es algo que los pacientes asumen que es con la edad, y no es con la edad, es por el *hábito alimenticio*. Entonces tenemos adultos, ancianos, que sienten que la vejez es solo una... etapa en la cual... llegan los achaques y se resignan a que esa es parte de la vejez, las enfermedades y siento que no es así... claro hay un desgaste del cuerpo en el tiempo, pero no tiene por qué ser... característico de la vejez, siento que es característico que no nos cuidamos como corresponde.

(EPM, mujer, MCA. Entrevista personal)

Entonces de repente al aliviar yo su cuello, el paciente descansa de tal forma que, su actividad mental, también disminuye, entonces el paciente empieza a ver la vida de otra forma y empieza a generar un cambio en el paciente, sin buscarlo, solamente apoyándolo dentro del masaje, entonces hay pacientes que al... al sentirse descansados, tranquilos, eh, satisfechos con un masaje empiezan a ver la vida de otra forma y empiezan a cambiar la concepción de la vida y empiezan a hacer un cambio inimaginable, o sea pacientes que... tendía a estar inmerso en sus problemas, tendía a estar enfocado en el aspecto que no podía resolver su vida, al simplemente desconectarse de esas emociones puede ver la vida de otra forma.

(EPM, mujer, MCA. Entrevista personal)

A ver... que es como es otra medicina, o sea es igual de medicina, que la otra medicina, pero creo que es mucho más difícil de implementar porque *el enfoque de esa medicina es totalmente que tú te hagas más cargo de eso, que la medicina complementaria, en general tú tienes que cambiar hábitos, entonces de alguna forma creo que en eso sirve mucho más... es mucho más... a la larga, es mucho más, es más integral y, y te sirve mucho más porque de alguna forma cambias un hábito y ese hábito te cambia en todas otras cosas entonces te previene en muchas más cosas.*

(EPM, mujer, Medicina convencional. Entrevista personal).

La soberanía de la medicina convencional, como le hemos llamado acá, se mantiene en la medida en que ciertos rasgos que se comparte, o mejor dicho, cierto espacio de visibilidad que se impone sobre los propios de los dispositivos alternativos, implica la mantención de una relación particular con la sociedad, que excluye su consideración sistemática en la explicación de y preocupación por la enfermedad, al mismo tiempo que es capaz de intervenir con la apariencia de la neutralidad, sobre las prácticas y los hábitos de los individuos. En particular, la

acción sobre uno mismo, la gestión de sí gracias a tecnologías para autoinculcarse formas de ser, toma fuerza en la manera en que se relaciona la medicina en general con las prácticas sociales (a diferencia de las intervenciones más evidentes del higienismo clásico). Una suerte de nuevo higienismo propone formas de ser particulares, para las cuales no todas las personas cuentan con las mismas armas. Éstas, además, involucran de una nueva forma a los dispositivos alternativos, cuyo espacio asociado a aquellos pacientes sin patologías definidas, pueden inculcar una forma de enfrentarse a este sufrimiento difuso, que puede despreciar como factor explicativo los elementos sociales y sociológicos del malestar. Individuos biológicos, emocionales o espirituales, lo que queda en segundo plano, difuso, susceptible de entrar sólo como indicador fundado en una evidencia de metodología restrictiva, son los aspectos de la organización socio-política del malestar y de la aflicción. Y sin embargo, se sigue interviniendo la sociedad, a través de la incitación a la gestión de uno mismo en consonancia con modelos que al mismo tiempo relegan a quienes simplemente no pueden hacer de sus prácticas, las prácticas ideales. Se pone inmediatamente en evidencia, el círculo del malestar al que incita la gestión fundamentada en tecnologías autoaplicadas. La incapacidad de la adaptación, implica un descrédito social, puesto que la forma de vida legítima posee la neutralidad de las ciencias, es un capital simbólico, en la medida en que el reconocimiento que se le da a la verdad de la ciencia, puede traspasarse a los individuos reconocidos por ésta como legítimos, a través de la medicina, y por ello ocultar la desigual posibilidad de llegar a ser reconocido, valga la redundancia. Entonces, el policonsultante suma a su malestar impreciso, que es fruto de trayectorias sociales individuales, familiares y colectivas, el desprecio de su malestar, y, por tanto, de su posición social.

Abordaremos ahora en más detalle el caso de los adultos mayores, cuya relevancia debe entenderse en base a todo lo dicho en este capítulo, y en particular en relación a lo anterior. La longevidad, representa uno de los mayores logros atribuidos y autoatribuidos de las ciencias médicas (Osorio, 2006; UNAB, 2011), y sin embargo, constituye un problema social crecientemente reconocido (SENAMA, 2009; 2011; 2013). En qué medida se cruzan estas cuestiones en las posibilidades que proponen los dispositivos de alivio alternativo, es lo que describiremos en nuestro segundo capítulo. Es decir, cómo se aprecia en este consultorio determinado, las dinámicas generales de la carencia de una posición social definida, los límites de los tratamientos convencionales en salud, y las posibilidades de las llamadas medicinas alternativas, como uno de los medios de explorar los vínculos entre la *inquietud de la salud* y las formas contemporáneas de gobierno.



## Capítulo 2: Vejez, medicina y gobierno

## II.I Vejez como condición de *des-obligatoriedad*.

### *a. La longevidad problemática.*

El aumento general de las expectativas de vida, es generalmente aceptado como un logro de la sociedad chilena, y asociado también al desarrollo de los aspectos científico-técnicos de las ciencias médicas (Sánchez, 2011; SENAMA, 2011). Este incremento de las expectativas de vida, no sólo ha influido en un aumento de la población, sino que ha modificado radicalmente su estructura. En efecto, aproximadamente desde el año 2025, los mayores de 60 años superarán en número a los menores de 15, y simultáneamente el grupo etario de más de 80 años registrará un crecimiento acelerado. Así, para el 2050 la población de adultos mayores llegará a un 24% de la población total, en el contexto de Latinoamérica (Giraldo, 2011). Para el caso chileno, el número ascenderá a un 21,6%. El grueso de este crecimiento se registra en estos momentos, es decir en el período 2000-2025, con una tasa de 3,3%, la que descendería de ahí en adelante a un 1,5%, lo cual indica que el “tema del envejecimiento poblacional y su impacto es un desafío no de futuro, sino uno al cual debemos como sociedad hacernos cargo en este momento” (Solimano & Mazzei, 2007), como lo atestigua la recientemente lanzada “Política integral de envejecimiento positivo para Chile. 2012-2025” (SENAMA, 2012), en donde además se señala que “Chile es un país envejecido que seguirá envejeciendo a un ritmo acelerado” (Ídem). En efecto, se registra un envejecimiento mucho más acelerado que en el continente europeo, ya que un cambio en la esperanza de vida que en el viejo continente se despliega durante aproximadamente un siglo, en el área latinoamericana tarda apenas dos décadas (Chackiel, 2000), pero además en condiciones de menor desarrollo económico e institucional, y con mayor desigualdad (Solimano & Mazzei, 2007; SENAMA, 2012).

De este modo se configura un resultado a primera vista paradójico. El logro manifiesto del progreso, como se lee a la posibilidad de la mayor longevidad, que es más específicamente, el logro de los gobiernos en su unión con las ciencias médicas, y los desarrollos técnico-científicos de la biomedicina, aparece como un problema para el sistema de salud, y para las políticas públicas en general, en particular en relación a la dependencia. De hecho la política para el envejecimiento positivo, publicada por el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), señala:

La combinación de enfermedades crónicas con factores de riesgo y el ‘envejecimiento de la vejez’ (...) plantean un gran desafío a las políticas de envejecimiento, ya que traerán un aumento del riesgo de que las personas mayores presenten deterioros de su salud funcional y requieran de ayuda para realizar actividades básicas de la vida cotidiana como caminar, sentarse, o meterse en la cama (SENAMA, 2012: 24)

Nuestra intención acá no es simplemente presentar estas cifras a modos de datos sobre un grupo etario determinado, sino adentrarnos en las transformaciones sociodemográficas, que permitan comprender su relevancia, al menos, para la sociedad chilena en su conjunto. Ríos y

Gutiérrez (2006) conceptualizan a la “edad”, como un campo, en la senda de Bourdieu. Éste estaría constituido a su vez por los sub-campos de: i) Longevidad; ii) Las clases de edad; y iii) Las generaciones. Para ir más allá de los datos, es interesante, ponerlos en relación con estos ejes.

i) La longevidad se relaciona con la medición cronológica de la edad como un *continuum*, que sin embargo, está fuertemente ligado a las formas culturales y sociales que se utilizan para medir el paso del tiempo. En este sub-campo, los agentes se distribuyen, y sus *habitus* internalizan las oposiciones entre mayores/menores, y entre éstos y los que no son ni mayores ni menores, es decir son pares, según su ordenamiento en el *continuum* construido a partir del nacimiento. En este subcampo se realizan también los esfuerzos concertados por el control del envejecimiento, ligándose también iniciativas estatales y políticas, con agentes de “las industrias farmacológicas, de las biotecnologías y de la ciencia médica” (Gutiérrez & Ríos, 2006: 21). El procesamiento que se hace de la experiencia de la “durabilidad”, las expectativas respecto al tiempo y a la forma que se habita ese tiempo, distribuye las posiciones de los agentes, y condiciona las formaciones de *habitus* de edad en relación a esta dimensión.

Este sub-campo, se modifica de manera relevante con el aumento de las expectativas de vida y el cambio del patrón sociodemográfico. No sólo se trata de una experiencia de la *durabilidad* que nuestros antepasados recientes ni siquiera imaginaban, y que conlleva por lo tanto, un aumento de los deseos de una vida cada vez más larga y que prolongue a su vez lo más posible las condiciones de la primera adultez, sino que también se construye una nueva experiencia y una relación diferente con los mencionados agentes de las farmacéuticas, las biotecnologías y las ciencias médicas. En tanto se logran desplazar la mortalidad de las enfermedades infecciosas, y las enfermedades crónicas no transmisibles se hacen mayormente explicativas de las tasas de mortalidad, la relación con los dispositivos de alivio se hace crecientemente duradera, y acompaña gran parte de la vida. La medicalización de la sociedad, de la que tuvimos ocasión de hablar, tendrá en el grupo etario definido como “adultez mayor”, no sólo una imagen de su triunfo, sino todo un campo nuevo de aplicaciones y de justificación, un mercado nuevo, creciente y, a pesar de las apariencias, inagotables sobre el cual disponer y disponerse, como veremos más adelante en detalle.

ii) En la dimensión de las clases de edad, los autores sostienen que “la instalación de las clases de edad en universo social dado es resultado de un proceso histórico particular” (Ibíd: 25). La definición de una categoría como la *infancia* es relativamente reciente, sólo desde fines del siglo XVII existe una diferenciación particular de este grupo. Asimismo, con otros como la adolescencia, la pre-adolescencia, o la “adultez mayor”. Dentro de esta dimensión se juega, se compete, por lo que define los atributos legítimos de cada clase de edad, dando paso a la edad como capital simbólico: “el capital simbólico de la edad reconoce en la lucha por definir los contenidos y estatutos de las clases de edad uno de los enclaves centrales desde el cual, la edad, en cuanto capital simbólico, es definido y administrado” (Ibíd: 29).

Se hace entonces relevante pensar las modificaciones demográficas desde la producción de las edades, y las relaciones simbólicas que éstas conllevan. En particular, y lo veremos en

detalle en el apartado siguiente, el espacio desde donde se enuncia y se instituye el grupo (alejamiento del mundo del trabajo y término de la crianza primaria), y el lugar, o más bien, la falta de un lugar, para el grupo de edad definido como adultez mayor, dentro de las relaciones sociales, ubica a sus miembros en una situación de devaluación simbólica, que hasta cierto punto se contrarresta con un juicio positivo otorgado por los dispositivos de alivio (“estar sano”), dado la posibilidad que les entrega el capital simbólico que conlleva la neutralidad científica<sup>85</sup>. Sobre la producción de la tercera edad, Paulina Osorio (2006: 49), señala: “las primeras aproximaciones a la tercera edad (...) han sido aquellas que la perciben y conceptualizan desde la vulnerabilidad, filantropía y protección. La protección o el estado de protección de las personas muchas veces conllevan discriminación”. Y es justamente aquí, donde el tema adquiere toda su complejidad, y las relaciones entre clases de edad, adquieren su relevancia. Si por un lado, es problemática la producción de la tercera edad que se hace a partir de imágenes inversas a las que se asumen de los individuos adultos trabajadores y activos, es decir, desde la asistencia; es también problemática, la reapropiación de este espacio desde estos mismos valores. Esto es lo que trataremos cuando hablemos de la medicalización de la vejez por exceso y por defecto.

iii) Las generaciones remiten “a las variaciones estructurales en el tiempo, dentro de un campo, de los modos de generación de sujetos” (Gutiérrez & Ríos, 2006: 32). En ese sentido, los individuos que componen los diferentes grupos etarios, son productos de prácticas de subjetivación, de principios de constitución individual diferentes, y por tanto, conforman relaciones diferentes con el mismo grupo en el pasado, y con las otras clases de edad. Dado el carácter sincrónico de nuestra investigación, lo fundamental de esta dimensión es el refuerzo que hace de la idea de la producción de las edades, que provoca la introducción de la consideración longitudinal, resituando “la variable edad –la contemporaneidad- al interior de un haz complejo de variables –posición, clase, sexo- que son precisamente las que constituyen el campo de la edad” (Gutiérrez & Ríos, 2006: 33). Aquello por tanto, indica las diferencia que existen entre los distintos individuos, a pesar de un momento cronológico similar, introduciendo así las variables sociológicas que influirán de forma decisiva en las posibilidades que tienen las personas para gestionar su envejecimiento y a ellos mismos en el contexto nacional de un denso despliegue del neoliberalismo económico, que como decíamos en el capítulo anterior y retomaremos, conduce a una forma de ejercer los gobiernos crecientemente centrada en la estimulación de ciertas formas de vida por sobre otras, de maneras descentralizadas y no inmediatamente coercitivas en la mayoría de los casos.<sup>86</sup>

---

<sup>85</sup> Bastaría con recordar la idea de envejecimiento activo, que propone un modo particular de devenir viejo, como el modo por excelencia, o prácticamente, el único ideal válido.

<sup>86</sup> No desconocemos, y por el contrario, creemos complementarias estas formas de gobiernos, con intervenciones directamente opresivas “focalizadas” en grupos específicos, que rechazan con su sola existencia una jerarquía de valores unitaria, como el caso del pueblo mapuche.

*b. La vejez como prueba de des-obligatoriedad. Crianza primaria y trabajo.*

En el capítulo anterior buscamos mostrar la estrecha relación existente entre la conformación y asentamiento de un campo de la salud moderno, y las necesidades del mundo del trabajo. Efectivamente, durante el siglo XX, especialmente entre las décadas del 20 al 70 en Chile, el mundo del trabajo adquiere un papel central en la organización de la sociedad. Tal como lo reconocen Dubet & Martuccelli (2000: 129), para vastas regiones del planeta,

el trabajo [en aquella época] detenta un lugar hegemónico en el corazón de la jerarquía y de la organización social. Los individuos se definen principalmente por su posición en el cuadro del trabajo, ya que el verdadero criterio de definición de las identidades sociales pasa a ser el de las categorías socio-profesionales.

El mundo del trabajo definía en gran parte las jerarquías de las etapas de vida, y de hecho, de la propia organización social. El nivel de injerencia alcanzado por los grupos de trabajadores en las relaciones capital-trabajo, dio lugar a una reacción expresada en una serie de reformas y transformaciones, o bien, golpes de estado, invasiones, de distintas características y cantidad de violencia a nivel mundial. Una disputa por la hegemonía en las relaciones laborales (Boltanski & Chiapello, 2002). Estas son parte de las condiciones de posibilidad de la vejez como tercera edad, como una clase de edad diferenciada. No se trata en un principio sola ni fundamentalmente de una producción simbólica, sino de la producción específica de una existencia. Es suficientemente reconocido el hecho de que la prolongación de la vida, no es resultado del azar, sino que se vincula a las mejoras sanitarias, a los cambios reproductivos, y a la entrada decisiva de la “vida biológica” en la consideración política, como factor de gobierno, y productora de institucionalidad, dando lugar al ascenso del campo médico, a la medicalización de la sociedad y la socialización de la medicina. Una biopolítica que tiene como uno de sus resultados la producción de una mayor longevidad (Ociel, 2013; Gutiérrez et al., 2006; Osorio, 2006).

Sin embargo, no se trata de una producción intencional de la “vejez”, sino más bien de una resultante de este vínculo entre medicina –entendida en forma amplia- y trabajo. Una sociedad basada en lo laboral, requiere de trabajadores *sanos*, y de aseguramiento de un recambio poblacional positivo. Es así que desde fines del siglo XIX se atacarán sobre todo los problemas asociados al nacimiento, para reducir las tasas de mortalidad infantil, en una época en donde la tasa de natalidad era alta, pero se veía mermada por las precarias condiciones del nacimiento; y a su vez, las transmisión de enfermedades infecto-contagiosas, que reducía la vida de hombres y mujeres jóvenes, plenamente activos en materias laborales y reproductivas (Ociel, 2013). En base a esto se logra un aumento exponencial de la población, que comienza a convertirse en un nuevo tipo de problema, que hacia la década de los 60’s del siglo XX, se materializa como sobrepoblación, y requerirá de un nuevo tipo de gestión, como lo señala Ociel (2013: 5),

[En Chile] entre los años 1940 y 1960, la tasa bruta de mortalidad bajó de 21 a 13 defunciones promedio por cada mil habitantes. De manera paralela, la tasa bruta de natalidad aumentó de 36 a 38 nacimientos promedio por mil habitantes. Como consecuencia, el crecimiento natural de la población aumentó de 15 a 25 personas promedio por cada mil habitantes en ese período (...) De esta forma, dicha preocupación, según los expertos nacionales y agencias extranjeras, se

fundamentaba en dos cuestiones centrales: por un lado, en lo socioeconómico, por el alto costo asociado a la mantención de la población, y por otro, en lo sanitario, ya que el sistema no daba abasto a las nuevas necesidades de una población con alto nivel de crecimiento.

El nuevo tipo de gestión, tiende a estimular el control de la natalidad, y en conjunto con las exigencias del mercado laboral, la tasa de nacimientos tiende a disminuir sostenidamente, desde mediados de la década de los 60, llegando a las cifras expuestas en el apartado anterior. En definitiva, la mayor presencia y visibilidad de los individuos mayores, está asociada al mejoramiento de las condiciones de sanidad e higiene fundamentalmente requeridas para el mundo laboral, que prolongan las expectativas de vida, pero también a las políticas y los cambios de forma de vida, que disminuyen la presencia de los menores de 14 años.

Producto secundario de un mundo organizado en torno al trabajo, la clase de edad de los mayores, se va convirtiendo progresivamente en espacio de reflexión y acción. A nivel internacional, desde 1948 la ONU comienza con estudios al respecto (Ociel, 2013), hasta concretar en 1982 en Viena, la primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento y la Vejez, que tuvo su segunda versión el 2002 en España (Gutiérrez et. al., 2006). Es sobre todo la primera de estas asambleas la que tiene un fuerte impacto sobre todos los desarrollos gerontológicos, de políticas, y por cierto, de imágenes que se conforman de este grupo etario. En términos generales se señala que la manera de plantear el fenómeno que existe en la Asamblea, desliga los desarrollos sociales y económicos, de la existencia y problematizaciones de esta clase de edad.

Desarrollo y envejecimiento, en la cultura oficial, han marchado marchan divorciados y si se aproximan, la mirada (...) gira en torno a los efectos e impactos que sobre el desarrollo tiene, por ejemplo, el hecho del acelerado envejecimiento poblacional en materias de salud, previsión social, modificaciones de la fuerza de trabajo, en las formas de producción, etc. o sobre la sobrexigencia que recae en el gasto social del Estado por el pago de pensiones, por nombrar algunos de los aspectos del envejecimiento más debatidos, cuestiones todas cosolidarias con el espacio “carga social” que, entre otros, estigmatiza la vejez y el envejecimiento. (Gutiérrez et. al., 2006: 3).

En este sentido, la vejez se produce simbólicamente, y mayoritariamente se reproduce hasta nuestros días, desde la devaluación simbólica, que los asocia fundamentalmente con el ocaso de la vida, de las actividades, y constituye uno de los temas típicamente negados por la visión de mundo dominante en los países occidentales y capitalistas, junto a otros *miedos modernos*, como son la muerte y la enfermedad (Olivera & Sabido, 2007). Ahora bien, en este marco proponemos que aquello no es resultado difuso de una determinación cultural, sino que se produce por la carga simbólica que tiene la condición de *desobligatoriedad* en que la forma en que se produce la vejez, material y simbólicamente, sitúa a los individuos. En particular, son dos los aspectos que proponemos centrales para entender la idea de la desobligatoriedad. Por un lado, la jubilación formal, por otro, el fin de la crianza primaria, y los cambios de la organización familiar, que en muchas ocasiones alejan el cuidado de los nietos, suspendiendo el nacimiento de los hijos, recurriendo a cuidadores especializados, o iniciando cada vez más tempranamente la actividad escolar de los pequeños.

Respecto a la jubilación, señalan desde el Observatorio del envejecimiento y la vejez de la Universidad de Chile:

La pre-jubilación así como la post-jubilación son momentos de un mismo hecho social de carácter universal hoy: la jubilación. Esta última constituye ahora, en nuestra sociedad, un acto cotidiano y se inscribe al interior de los rituales que marcan estados del ciclo vital de los individuos y en este sentido equivalente al ritual de las graduaciones en la vida estudiantil, el matrimonio, la paternidad o la maternidad. Con la diferencia, eso sí, de que la jubilación constituye un ritual de término sin preámbulos ni continuidades. De hecho, la jubilación sucede al interior de una estructuración de valores y de orientaciones culturales en que los diferentes agentes sociales --no obstante el progresivo envejecimiento demográfico del país-- ignoran su importancia y desconocen sus implicancias sociales e individuales. (Gutiérrez et. al., 2006: 9)

La jubilación, en ese sentido, constituye un hito que es una verdadera “institución”. Instituye la exclusión de la obligación social de trabajar, y en ese sentido, modifica de manera duradera las expectativas existentes *sobre* los individuos, y por tanto, las valoraciones que les son asignables. Por cierto, es una experiencia que a nivel individual la más de las veces se resiente. Así dan cuenta tanto otros estudios realizados por el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA, 2007; Abusleme et. al., 2013) como el realizado en esta ocasión.

Yo me alejé así abruptamente del sistema, porque tú sabes que en este sistema público, tú no te jubilas en realidad, *te jubilan, te dicen ‘bueno usted ya cumplió su edad’*, no cierto, y en ese minuto está, no sé si está ahora, pero estaba el año pasado ese incentivo al retiro voluntario; entonces te dicen si usted no firma el, el qué se yo, el documento de retiro, no la vamos a jubilar después con el incentivo de los veinte millones sino que le vamos a dar lo que le corresponde. Ese era el, *si yo estaba activa*, estaba activa estaba en colegio...

(Entrevista personal, mayor 65 años, mujer)

El retiro formal del mundo laboral<sup>87</sup>, en tanto se da en medio de una construcción fundamentada en una sociedad cuyo centro era el trabajo, mantiene aún a pesar de su declinación como productor de identidades (Dubet & Martuccelli, 2000), el poder de desacreditar a los individuos, y asociar el continuum cronológico, a unas características y capacidades personales, abriendo espacio para una discriminación tanto más arraigada como más naturalizada, en tanto

Los criterios de productividad industrial, propios del funcionalismo, nutren tanto la actitud del medio social hacia el viejo, la vejez y el envejecimiento como las políticas de Estado. Nos encontramos, entonces, ante la realidad de una vejez visualizada como disfunción social, del anciano como un ser con ‘funciones sociales desgastadas’ (De Lima & Sivoli, 2005)

Siguiendo con la estructura clásica del ordenamiento simbólico del mundo, en que se produce la vejez como clase de edad diferenciada, si el espacio público estaba fundamentalmente asociado al trabajo productivo, el espacio privado guardaba el trabajo reproductivo y de crianza, como ámbito de reconocimiento. En ese sentido, la participación de

---

<sup>87</sup> Que entendemos muchas veces es complementado con una mantención de las actividades remuneradas, debido a las condiciones de la jubilación en nuestro país, cuestión de la que tendremos ocasión de referirnos más adelante.

los mayores, una vez librados de la crianza primaria, es decir, de la obligación jurídicamente establecida de cuidar de los hijos, se vinculaba a las tareas de formación de los nietos (Martínez, 2008; Lima & Sivoli, 2005). Esta situación, se modifica relativamente en tanto se modifican las relaciones familiares e intergeneracionales (Gomila, 2005), haciendo que si bien no desaparezca totalmente, sí se vea más acotada en el tiempo, y se asocie principalmente a las mujeres mayores (SENAMA, 2009; Miralles, 2010). De este modo, se produce un tiempo libre que anteriormente no existía, que se transforma en una *prueba* en el sentido que le dan Araujo & Martuccelli (2012), a los que los individuos se enfrentan desigualmente, y con resultados que reproducen diferencias arrastradas durante toda una vida, en términos de los diferentes capitales que se manejan, en tanto la forma de gobierno que ha configurado esta etapa de la vida, descansa progresivamente en una gestión de sí.

En la presentación de su admirable investigación, “Desafíos comunes. Retrato de la sociedad chilena y sus individuos” (2012), Araujo y Martuccelli, rechazan explícitamente que la vejez constituya una prueba en el sentido teórico-analítico que ellos le dan, y sostienen que “no todo reto que deba enfrentarse (una separación, la vejez, la muerte de un ser querido o la relación entre las generaciones) puede ser considerado una prueba estructural.” (Araujo & Martuccelli, 2012: 17), y agregan el peligro de que la noción de prueba pierda todo su valor heurístico si se hace de ella un uso indiscriminado. Identifican, entonces, para la realidad chilena contemporánea un conjunto de nueve pruebas, en la cual la etapa específica de la vejez no está incluida. No obstante, planteamos que es posible considerarla efectivamente como una prueba estructural, cuando menos para los propósitos de este trabajo, que no es describir una sociedad desde las pruebas que enfrentan y constituyen a los individuos, sino situar una experiencia particular<sup>88</sup>.

Entonces, en qué consiste el concepto de prueba, y por qué el interés en utilizarlo. En primer lugar, es un concepto de gran utilidad en la medida en que pretende insistir en la interacción entre procesos estructurales e individuales, de un modo cercano a la forma en que planteamos las cosas. No se trata solo de describir la manera en que se produce y fomenta de manera estructural una homogenización de individuos y subjetividades, sino de dar espacio para analizar las multiplicidades y los efectos, los condicionamientos y las habilitaciones, que se ciernen sobre los individuos. En esta línea, la definición que los autores dan de prueba, es la siguiente: “Las pruebas son desafíos históricos y estructurales, socialmente producidos, culturalmente representados, desigualmente distribuidos, que los individuos –todos y cada uno de ellos- están obligados a enfrentar en el seno de una sociedad” (Araujo & Martuccelli, 2012: 16). Lo que revelan tanto nuestras conversaciones, como el estudio cualitativo de la última encuesta de inclusión/exclusión de SENAMA (Abusleme et. al., 2013), es que la manera en que se vivencia “la vejez”, es a partir, de las posibilidades individuales de sortearla con mayor o menor éxito. A su vez muestra que la relación con el nivel socioeconómico, no es absolutamente directa, sino que está atravesada por la *trayectoria social* (Bourdieu, 2007), en tanto no define solo *lo que se tiene* sino cómo se sabe *disponer de lo que se tiene*. No obstante, lo que

---

<sup>88</sup> Por lo demás, la concentración etárea de la muestra declarada en la investigación (de 30 a 55 años), puede haber influido en la opinión de los autores.



aparece como un desafío, no es solamente la vejez en cuanto a sus posibles deterioros, sino una condición socialmente producida que debe enfrentarse, a través de la gestión individual. Esto es el *tiempo liberado*, a veces contra la voluntad de los individuos, en tanto su trabajo asalariado, y de cuidados, se hacía en ocasiones prescindible. Esto no significa que los propios individuos no necesitaran o quisieran trabajar, sino que era de *su* trabajo del que se podía prescindir, en razón del decreto social de la edad de jubilación. Respecto al cuidado de nietos, se aprecia en el estudio cualitativo de inclusión y exclusión, que las cosas se complejizan, no obstante lo interesante sigue siendo la importancia de cómo ese espacio de tiempo liberado, es significado o resignificado: entre los polos de *libertad* y *soledad* (Abusleme et. al., 2013). Es decir, en qué lugar entre aquellos se ubica la vivencia de ese tiempo en que *nadie espera* que estés trabajando o cuidando hijos pequeños, el tiempo de la desobligatoriedad. Lo que releva el estudio, más que la necesidad de alargar la pertenencia al régimen del trabajo, es la necesidad e importancia de problematizar un lugar propio para esta clase de edad, que aliviane la carga de la gestión individual, con una gestión colectiva, que configure bases para las trayectorias individuales.

Ahora bien, desde otro ángulo, aquello que sustenta la posibilidad de poder considerar la desobligatoriedad como prueba, en su insistencia en el enfrentamiento individual y desigual, de un desafío estructural, es decir, universalmente presente, es lo que nosotros asociamos no sólo a la carencia de una gestión colectiva, a la carencia de una institucionalidad, sino al aspecto positivo de un acomodo en las formas de gobierno, o en otras palabras, la forma en que ha devenido legítima un manera particular de relaciones entre la institucionalidad, el mercado y las personas.

En este aspecto, es interesante mencionar como autores como Phillipson (2005), introducen la relevancia de la globalización, no sólo desde el punto del debilitamiento de los estados nacionales, sino como factor en la construcción ideológica o simbólica, de la vejez como tercera edad. La vejez pasa a ser difundida globalmente como otro *riesgo*, de mano de compañías transnacionales de seguros, alimenticias, cosméticas, y especialmente farmacéuticas. Y al igual que lo mencionábamos para la gestión del riesgo en general, éste tiende a individualizarse, lo que se expresa muy bien en el cambio del sistema de pensiones, de uno de reparto a la capitalización individual que vivió Chile, y además tal como lo señala Phillipson:

Los riesgos alguna vez soportados por instituciones sociales, han sido ahora desplazado a los hombros de los individuos y/o sus familias (Bauman, 2000; O’Rand, 2000). Más generalmente, Stiglitz (2003) plantea que el riesgo se ha convertido en una *‘forma de vida’* a través de la combinación entre los cambios en el mercado del trabajo (con la erosión de las economías occidentales de trabajo de por vida) y la dependencia en convenios de pensión privada, sujetos a la volatilidad de los mercados bursátiles globales.<sup>89</sup>

La concepción del riesgo como forma o estilo de vida, apunta a otra forma de regular y consolidar la gestión individual de problemas (o desafíos) sociales (o estructurales). Pero además, confluye con los principios de jerarquización de las formas de vida. Como señala Ociel

---

<sup>89</sup> Traducción literal propia desde el inglés. Se han conservado las referencias que da el autor, pues se utilizan aparte, y por ello se registrarán en la bibliografía final. Las cursivas son nuestras.

(2013) y también apunta el estudio cualitativo mencionado (Abusleme et. al., 2013), la individualización de la gestión de la vejez, como gestión de sí, se acompaña del fomento de un estilo de vida activo, como aquel ideal aspirar, sin dar cabida a las herramientas desigualmente distribuidas para enfrentar esta prueba (Araujo & Martuccelli, 2012; Abusleme et. al., 2013), y con ello se desplaza la responsabilidad, en circunstancias que “colocar en el estilo de vida del sujeto la responsabilidad de las formas de vida que lleva, es una variante de la culpabilización de la víctima” (Ociel, 2013: 35). Se trata entonces, de una gestión individual de problemas sociales, que ubica a los individuos en posiciones desiguales, al mismo tiempo de fomentar como legítimos ciertos estilos de vidas por sobre otros, en concordancia con preocupaciones propias de un arte de gobernar, entre ellos el “costo” de la mantención de la prolongación de la vida, sobre lo que volveremos al final de nuestro trabajo.

## II.II Biomedicina, trabajo y vejez.

### a. *¿Hay algún afuera del trabajo?*

Si al terminar el trabajo obligatorio, y existir la posibilidad común de la jubilación, se relega a los humanos a una condición, que en tanto desobligatoriedad, carece de posición y reconocimiento social, parece legítimo plantearse por la existencia de un verdadero “afuera” del trabajo, y en qué consistiría. A esto podemos agregar la reflexión que realizan Araujo y Martuccelli, cuando describen las características de la sociedad chilena contemporánea a través de sus pruebas. Uno de los resultados fundamentales de su investigación es la importancia que tiene el trabajo, en términos de la cantidad de tiempo que ocupa en la vida de los chilenos, y al mismo tiempo la inconsistencia entre órdenes normativos que ello genera. Porque, si junto a disponer de casi la totalidad de horas del día entre desplazarse al trabajo, luego a casa, trabajar, y descansar, el tiempo para la familia y para “sí mismos” aparece como algo esencial, deseado, anhelado, y al mismo tiempo imposible. Los autores se plantean explícitamente la pregunta “Pero... ¿por qué los chilenos trabajan tanto?” (Araujo & Martuccelli, 2012: 202). Descartando, una primera respuesta más o menos espontánea que surge de las entrevistas, y que hace del ordenamiento económico una necesidad cuasi natural, en donde la realidad económica (sea como se defina), empujaría inexorablemente al “trabajo-sin-fin” (Ídem). Los autores dan a entender que este argumento actuaría más bien como una suerte de autojustificación, y que la explicación podría estar en otro lado, que también surge de los propios relatos. Esta lógica, puede ser interpretada –señalan los autores- como “un mecanismo de control social” (Ibíd: 203), pero además no se trata de un control social en sus formas más clásicas, dado que

no parece necesaria la idea de un proyecto consciente y explícito de gobierno de los individuos a través de la coerción temporal (...) si se ostenta trabajar tanto es porque en el país existiría no solamente una interiorización individual de la necesidad del trabajo (la relación adictiva al trabajo), sino también una adhesión colectiva a la idea de que es bien visto trabajar mucho: una adhesión que ejercería en sí misma, bajo la lógica de la presencia una presión informal sobre

todos y cada uno. Un mecanismo de control informal que tiende a desdibujarse detrás de la interpretación de la presión económica. (Ídem).

Entonces este mecanismo de control social, vendría a especificar para el caso chileno la posición de inferioridad simbólica que se reconoce a nivel internacional. Si se ha constituido desde la carencia y la enfermedad, en el marco de la individualización de los riesgos (con los respectivos cambios en los sistemas de pensiones), constituyendo una condición de desobligatoriedad, en tanto, no tiene un lugar propio, esta prueba es aún más compleja para los individuos, en tanto, el lugar que ocupa *la performance del trabajo* (Butler, 2001) –más allá del trabajo mismo- en la jerarquía de estilos de vida de la sociedad chilena.

Esto hace particularmente difícil el pensar en actividades desligadas del mundo laboral, incluso para quienes sorteando con más o menos éxito en sus trayectorias, son capaces de alcanzar la edad de jubilación formal. Sin embargo, en las entrevistas que realizamos, es posible apreciar que, a pesar de la dificultad de nombrarlo, existe un afuera del trabajo, que se llena y significa en esta condición de desobligatoriedad, de desigual forma. Se puede seguir intentando estar presente en actividades laborales, o de cuidado familiar; se pueden desarrollar habilidades que habían quedado relegadas por el propio trabajo; se pueden buscar nuevas formas de asociatividad y modificar las prácticas habituales; se puede recurrir a las instancias de salud, se puede hacer de la salud y la enfermedad, un suerte de ortopedia de integración<sup>90</sup>. Ahora bien, si paulatinamente se ha reconocido esta posibilidad de la actividad de los mayores, las tendencias apuntan desde la medicina convencional a una reconducción hacia el mundo del trabajo.

Entonces, si la forma en que adquiere lugar simbólico la clase de edad que surge por unas condiciones de posibilidad particulares formadas a lo largo del siglo XX, tiene el sino negativo de la necesidad de la intervención médica, de la “carga” para los sistemas de seguridad social, en tanto, constituye un deterioro de las condiciones normales, y por eso requiere una medicalización; podríamos decir que existe una medicalización *por defecto*, en donde, se entiende que la vejez está indefectiblemente vinculada a la intervención médica, debido a la propia “evolución” del cuerpo.

Por otro lado, surgiría en frente de esta situación, una medicalización *por exceso*. La cual se basa en el reconocimiento de que, a pesar de la forma en que se constituye el mercado del trabajo, los individuos en edad de jubilación, que deberían por tanto gozar de una pensión, no están dispuestos a simplemente esperar su muerte, y que por el contrario, manifiestan una vitalidad. Vitalidad que se querrá por cierto, volver a explotar. De modo que, junto las industrias de la salud, que desearían demorar por el más tiempo posible los signos de la vejez, se diseñan intervenciones médicas, que permitirían el reingreso al mundo del trabajo (con el consiguiente alivio de las cargas a los sistemas de seguridad social, al retrasar la edad de jubilación legal). Éstas, al mismo tiempo, negarían de una nueva forma cualquier signo de “declinación”, sin que se problematice socialmente el lugar de toda una clase de edad, exponencialmente más numerosa (Arias, 2007).

---

<sup>90</sup> Volveremos sobre esta idea en el apartado siguiente.

*b. Medicalización de la vejez por defecto y por exceso.*

En el capítulo anterior, describimos un proceso al que caracterizamos en la senda de lo descrito como medicalización. El uso dado al concepto para la descripción, se asienta en una de las corrientes que atraviesan los estudios en esta temática. Entendemos nosotros que esta noción refiere a la

extensión del dominio conceptual [epistemológico] y normativo [moral] de la medicina hacia problemas, estados, o procesos no previamente inmersos en la esfera médica, dando lugar al manejo y tratamiento médico, de éstos (Davis, 2001: 218)<sup>91</sup>

En este sentido, la descripción del proceso de ascenso social de la medicina, se hace como explícitamente se comentó, para dar cuenta de aquello que permite a estos profesionales, decir legítimamente, e influir en la vida de las personas, sea con intervenciones heterónomas, o a través de prácticas de subjetivación, que convertían a los modelos médicos (Menéndez, 1983; 1984) en dispositivos, que funcionan en el marco de tecnologías del yo. Por ello, no se detiene medicalización en la línea del “imperialismo médico”, como algunas aproximaciones lo hicieron (Davis, 2010; Illich, 1975). El punto no es el privilegio de un grupo profesional -aunque lo relevamos sobre todo en su relación con las élites dominantes-, lo fundamental es la capacidad que tienen los discursos médicos para hacer carne sus premisas, o dicho de otra forma “el poder único del conocimiento y las técnicas médicas es que ‘naturaliza’ sus marcos normativos y simbólicos subyacentes” (Davis, 2001: 219), y para ello por cierto, requiere de una posición social de privilegio. Asimismo, la dimensión del “alivio” con la que denominamos a los dispositivos (tanto aquellos catalogados dentro de la medicina científica convencional –o biomedicina, y aquellos que se asocian a las medicinas complementarias y alternativas –MCA), se reconoce desde los estudios de esta corriente, en donde la “medicina es una institución de control social (...) y está relacionada con el alivio del sufrimiento” (Ídem)<sup>92</sup>. En una última característica, cuando hablamos de “tecnologías del yo” (Foucault, 1990), queremos relevar la dimensión activa –en menor o mayor grado- que tienen también los individuos, cuando entran en relación con los tratamientos y los encargados de las prácticas médicas, sean cuáles estas sean. Así lo describimos respecto a las prácticas, y nos adentraremos aún más en los apartados que siguen.

De este modo, entonces, las cosas confluyen hacia lo que denominaremos “medicalización de la vejez”. Si por un lado, podemos dar cuenta del reconocimiento, del carácter construido de la “tercera edad”, como una clase de edad diferenciada, desde la imagen de “problema”. Y por otro, el peso que adquiere la medicina hacia mediados del siglo XX, a nivel de la sociedad, y en la propia prolongación de la vida, podemos visualizar la imbricación que ambos tienen. Ahora bien, esto amerita una especificación. No significa que la vejez, la declinación de la vida, la proximidad de la muerte, la sabiduría de la experiencia, etc. no fueran objeto de reflexión o de algún tipo de manejo, sino que esta emerge como “clase diferenciada”

---

<sup>91</sup> Traducción propia desde el inglés. Del mismo todas las citas de Davis, 2001.

<sup>92</sup> Cursivas en el original.

(y problemática), mediante discursos e intervenciones médicas decisivas, que terminan siendo parte constitutiva del fenómeno, es decir, el propio *envejecimiento* es lo que se ha medicalizado, como proceso. Lo anterior permite la medicalización de la vejez como etapa, desde al menos dos perspectivas: El defecto y el exceso.

Existiría, entonces, por una parte una medicalización por *defecto*<sup>93</sup>. Esta se trataría de la forma más básica en que esta se da, y la que fundamenta la estrecha relación de la medicina convencional o biomedicina, con la emergencia de la clase de edad. Se trata de la construcción de la vejez desde la necesidad de la asistencia, como lo señala Osorio (2006: 49)

Las primeras aproximaciones a la tercera edad, por lo tanto, han sido aquella que la perciben y conceptualizan desde la vulnerabilidad, filantropía y protección. La protección o el estado de protección de las personas muchas veces conllevan discriminación.

Esto, ya lo hemos dicho, va de la mano con una posición social de la medicina, y con un modelo médico determinado (o un modo particular del dispositivo biomédico de alivio), que naturaliza estas concepciones, pero que además convierte los procesos biológicos, en áreas de riesgo, intervención y consumo (Arias, 2007; Cockerham, 2001). Siendo desde la asistencia, que se concibe la preocupación por este grupo etario, sus sujetos se configuran desde la falta, lo que se expresa en la relación que se construye con los derechos ciudadanos

... la política social de hacia la tercera edad nace portando el germen de la discriminación y la exclusión social, en cuanto se mueve sobre las bases de un paradigma de beneficio y protección (...) La exclusión social de la vejez en la complejidad social contemporánea responde entre otros factores, al hecho de que los viejos y las viejas se han constituido como sujetos de beneficio que los margina, que no les da un lugar y un rol activo como recurso para el desarrollo y ejercicio de la ciudadanía (Osorio, 2006: 49).

No necesariamente compartimos cada palabra, o la intención que se puede adivinar detrás de las palabras citadas, pero nos parece que explica bien el hecho de que al mismo tiempo que emerge una tercera edad como grupo diferenciado, se abre un campo para la intervención médica (y biomédica en particular), en tanto como pilar de la emergencia como clase de diferenciada, encontramos la idea de la *carencia*, del *defecto*, de la necesidad de la asistencia, es decir, una construcción desde lo que se denomina “viejismo” como reverso de un adultocentrismo (Arias, 2007), que desprestigia lo viejo, y todo elemento simbólico que se le pueda asociar.

En relación a este espacio de intervención que se abre, y probablemente de manera simultánea, se desarrolla toda una industria médico-farmacéutica, que ante esa misma realidad indeseable con la que se asocia la vejez, y para lo que debían estar preparados los equipos de salud y las familias, pretende desarrollar otro modo de obliterar, a través de una negación activa de la vejez,

---

<sup>93</sup> Las ideas acá de medicalización por exceso y por defecto, se emparentan con la oposición establecida por Castel (2010) entre individuos por exceso y por defecto. En el sentido en que el “defecto” se entiende como la cuasi o total imposibilidad de “independencia social”, mientras que el “exceso” de vitalidad de los mayores, se vincula con aquellos que se muestran activos e independientes, encerrados en sí mismos, y por lo tanto, relativamente indiferentes a la sociedad, diría Castel (2010: 27)

... exacerbando el cuerpo sano, vigoroso, ágil y sexualizado. Casi todos pretendiendo alejar la imagen que les devuelve la fealdad, arrugas, canas, ‘marcas’ no queridas, imagen que los acerca a la propia muerte. La generación de imágenes eufóricas de la vejez, ligadas a mostrar vitalidad y belleza sólo desde el lugar del joven, impulsadas por el mercado, devuelve a los viejos una imagen que no es real (Ludi, 2005: 151)

Más allá de adentrarse en los detalles de las industrias, lo que importa acá es dar cuenta del desplazamiento que se produce, cuando desde una concepción francamente asistencialista, se puede dar cabida a una negación activa en la forma de “prevención”, o de modificación (como con las cirugías), de los signos asociados a la vejez como categoría negativa, como nombre de una condición de desobligatoriedad despreciada. El rol activo, es fundamental para entender las nuevas relaciones entre prácticas médicas y principios de gobierno, formas de gubernamentalidad. No se apela a la dominación, la medicalización no es solamente la captura de los cuerpos ancianos en los diversos aparatos biomédicos, sino que involucra decididamente la participación de los individuos en la gestión de sí en contra de una categoría de edad, construida como indeseable. De modo que, lo que pasa a ser fundamental es el control indirecto de la jerarquización de estilos de vida, con la importancia que el conocimiento médico tiene para neutralizar y naturalizar los veredictos sociales sobre lo legítimo, lo saludable, y lo deseable.

En la literatura específica respecto a los *estilos de vida en salud*<sup>94</sup>, estos son definidos del siguiente modo:

Los estilos de vida en salud son una forma de consumo en que la salud que se produce es usada para algo, como la prolongación de la vida, el trabajo, o aumentar el goce del propio ser físico (...). Los estilos de vida tienen a la base una amplia industria de bienes y servicios de productos de salud (zapatillas para trotar, ropa deportiva, comidas saludables, dietas y suplementos vitamínicos, comidas saludables, clubes de salud y membresías de spa, etc.), promoviendo el consumo como un componente inherente de la participación (Cockerham, 2001: 166).

En primer lugar, entonces, se evidencia que los estilos de vida en salud, involucran elementos heterogéneos que van más allá de los medicamentos y los exámenes de la medicina convencional. Sin embargo, no habría que excluirlos rápidamente de la lista. El tipo de medicamento, la frecuencia con que se toma, la facilidad desigual para su acceso, la preocupación que existe entre la adecuación de una terapia general a un paciente particular, entre otras muchas cosas, definen también los estilos de vida posibles. Un elemento que se asocia a esta idea, es el rechazo más o menos generalizado que se apreciaba en los entrevistados, hacia la ingesta de medicamentos. La relación terapéutica afectada decididamente por el tiempo, impone una interacción instrumental, que termina haciendo de la solución farmacológica, la principal vía de tratamiento, al punto que su legitimidad la hace deseable por los propios pacientes, como señalan distintos relatos, algunos ya expuestos en el primer capítulo.

Y en el fondo uno se pone [...] no sé yo he sido una persona que igual he tenido la oportunidad de acceder a ciertos exámenes en ciertos momentos de mi vida o he tenido la oportunidad de

---

<sup>94</sup> Prefiero usar esta traducción, en lugar de “estilos de vida saludables”, para evitar confusiones normativas.

llegar y pedir una hora médica [...] con atención primaria en los consultorios no es tan así (...) viene una persona y... y es como que ya por fin fueron al médico, por fin tuvieron la hora, entonces *quieren todo, al tiro, y tú tienes doce minutos*, en los cuales, en la consulta en movilidad, tienes doce minutos y en esos doce minutos no puedes resolver todo eso, aunque quieras.

(EPM, mujer, Medicina convencional. Entrevista personal)

Entonces, la posibilidad de las MCA, permite, como señalamos, la inauguración de una temporalidad distinta, y modifica, por tanto, la forma de relación con la salud, y las posibilidades de constituirse sujetos. Ahora bien, esto no podemos entenderlo aisladamente de los antecedentes que hemos venido trabajando. Y en ese sentido, habría que comprender los estilos de vida (incluidos los de salud), en el marco general de los principios de jerarquización, y en ese sentido como parte de prácticas microsociológicas de gobierno, que tienen por resultante a la vez la producción de a) una alineación de las condiciones subjetivas y objetivas (es decir, sujetos con elementos para adaptarse a la organización económico-política existente; en ese sentido, no se trata de “producir sujetos” como si se tratara de una fábrica, sino de poner elementos a disposición de individuos que se asumen, al menos relativamente autónomos, y al mismo tiempo jerarquizar las posibilidades de devenir sujeto, con lo que se estimula la producción y reproducción de determinados modos de subjetivación<sup>95</sup>), y b) la justificación de esa jerarquización.

Eso quiere decir que en la medicalización de la vejez, o más allá, en la producción de la propia edad, no opera sólo un viejismo, una categorización desde los valores del adulto dominante, sino una puesta en relación más amplia del valor social que adquieren diferentes formas de vida. Entonces, habría que pensar en que la posición de devaluación simbólica, no está principalmente en relación con las características biológicas, sino con las concepciones valóricas que definen la escala de estilos de vida, y que sitúan la desobligatoriedad de la vejez, en un no lugar. Y en segundo lugar, habría que situar la relación con las medicinas complementarias y alternativas, tanto desde la jerarquización interna en base a los distintos capitales y formas de manejo de éstos, como una modificación de la relación entre los individuos mayores y las instituciones, en la medida que la *producción* medicalizada de esta clase de edad, hace de la interacción con el campo de la salud, uno de los pocos espacios formalizados donde los mayores tienen cabida.

### **II.III Dispositivos de alivio alternativos. No lugar y gestión de sí.**

En primer lugar, deseáramos explicitar lo que pretendemos indicar al utilizar la noción de *no lugar*. Ante todo, no se trata de la misma manera en que, por ejemplo, Bauman (2003) lo utiliza. No queremos referirnos a un lugar físico, urbano, localizado, en donde la cómoda rigidez de las instalaciones, estimula la homogenización pragmática de las conductas al desincentivar (o derechamente prohibir) la aparición de las prácticas inculcadas, se podría decir, en las diversas trayectorias sociales. Aquellos lugares donde se estimula a “*sentirse como en su casa*,

---

<sup>95</sup> Volveremos sobre ello en el capítulo final.

aunque nadie debe *comportarse* como si estuviera en su casa (Bauman, 2003: 111. Cursivas en el original). No se trata de aquello, sino de una *falta de lugar social propio*, aunque similitudes pudieran hallarse. Luego, deseamos también, desplazarlos de las concepciones de representaciones sociales (Rodríguez & García, 2007; Araya, 2002; Jodelet, 2008). Si bien, se aportan interesantes descripciones, que también han servido de base para las reflexiones aquí esbozadas, nos parece que conlleva una carga psicológica e informacional, respecto a un fenómeno que hemos conceptualizado (y sobre lo que aún nos quedan elementos a desarrollar), desde su génesis sociohistórica, relevando el rol de instituciones como la médica, no sólo en los conceptos con los cuales se les juzga, sino en la propia constitución de este grupo etario. Es decir, intentamos señalar que las transformaciones económico-políticas tienen un papel fundamental, y en ese sentido, la manera en que se nombra (o la falta de nombre), no es sólo una etiqueta que se asigna a una edad cronológica transhistórica. Como señalan Gutiérrez y Ríos (2006), las clases de edad, que no son otra cosa que momentos en la lucha por el establecimiento de las relaciones entre las edades cronológicas y las posibilidades socialmente distribuidas según aquellas, son construidas históricamente por esas luchas en contextos políticos y económicos específicos. En definitiva, no hay primero el aumento de la longevidad, y luego, una representación social psicológicamente aprensible, sino que es todo parte de un mismo proceso de producción de la edad (Gutiérrez & Ríos, 2006; Ociel, 2013; Gutiérrez et al., 2006; Osorio, 2006; Phillipson, 1999; Walker, 1980).

Ahora bien, un no lugar como carencia de lugar social propio, no pretende describir un lugar donde no hay nada, sino una construcción que define una forma particular de relación con la clase de edad de los mayores, y que se experimenta como una condición de desobligatoriedad, y que puede re-significarse entre los polos de la libertad y la soledad (Abusleme et. al., 2013). Esta construcción, ha sido a veces caracterizada como “muerte social” (Donoso, 2006; Bermejo, 2006), en tanto “la muerte que acompaña a la vejez en la sociedad actual y en la cultura occidental moderna. Es la exclusión y discriminación por razón de la edad” (Osorio, 2006: 47). Es aquello que se captura cuando se rehúye de la vejez como parte de los miedos modernos (Olvera & Sabido, 2007). Es en el fondo un correlato hasta cierto punto lógico, dada la asociación del envejecimiento con la discapacidad, la deficiencia, la carencia, y su constitución institucional a través de una asistencia que los figura como “carga social” (Miralles, 2010; Gutiérrez et al., 2006), que incluso actúa como una categoría de “opresión social” (Arias, 2007).

Frente a aquello, surgen voces críticas de este modelo que apuntan a un envejecimiento activo, saludable o productivo (Miralles, 2010; 2011), que hasta cierto punto pasarían al polo de lo que hemos denominado medicalización por exceso. Al respecto, los dos modelos más interesantes son el de envejecimiento productivo, cuando intenta abandonar el lazo entre lo productivo y lo remunerado. Y el envejecimiento positivo que se plantea en la política integral de envejecimiento de SENAMA (2012). Este último, se define como “la creación dinámica de un futuro atractivo para las personas y las sociedades” (SENAMA, 2012: 9), por ello lo fundamental del programa “está en que no se limita a solucionar problemas, sino que busca que las personas mayores sean *autovalentes, estén integradas* a los distintos ámbitos de la sociedad y



reporten niveles de bienestar subjetivo *tan altos como los jóvenes*<sup>96</sup>” (Ídem). Además, “el envejecimiento positivo contiene en sí mismo las significaciones del envejecimiento saludable y activo, que integran aspectos sociales y sanitarios en la promoción del buen envejecer y posicionan a las personas mayores como sujetos de derechos.” (Ídem). Perspectiva que pone el énfasis en la gestión individual, en tanto *autovalente*, que busca integrarse, asegurando su *propio* bienestar y a la cual aún se le compara con lo joven.

Por su parte, los desarrollos del envejecimiento productivo, no atados al valor económico, intentar ir a su vez, más allá de una perspectiva normativa sobre lo saludable, y de una postura individualista o subjetiva sobre el bienestar. Así, la definición actualizada señalará que

... la productividad apunta al “hacer con sentido”, que puede no necesariamente referirse a la esfera de la generatividad [sic] económica. Contrariamente a otros enfoques como el envejecimiento “activo”, “saludable” o “exitoso”, que hacen *hincapié en las acciones que realizan la personas mayores teniendo como principal objetivo el beneficio individual*, como es el caso, por ejemplo, del ejercicio físico o de estimulación cognitiva, el envejecimiento productivo apunta a la contribución social de las personas mayores y a la satisfacción de necesidades sociales relevantes (Miralles, 2010: 4)

Ahora bien, aún esta aproximación tiene en su origen la misma sorpresa que fundamenta le medicalización por “exceso”, y es que aquel exceso, es la abundancia de vitalidad de quienes se suponía la dependencia y la pasiva espera de la muerte. Se dice entonces:

En la actualidad, nos encontramos frente a un sector de la población con una esperanza de vida superior a la de generaciones precedentes y con una enorme vitalidad, cuya actividad en el mercado laboral ha finalizado al cumplir la edad establecida para el retiro formal pero sus condiciones personales los motivan a seguir activos y productivos. (Miralles, 2010: 3)

Entonces, si bien, se amplía la noción de productividad, se sigue reingresando a los individuos mayores a una serie de actividades en las que puede *auxiliariamente* contribuir (se detallan en el trabajo de Miralles (2010): trabajo familiar doméstico, trabajo voluntario en la comunidad, trabajo remunerado, actividades educativas-culturales), sin acompañarse de un cuestionamiento a las relaciones que construyen el “no lugar”, en particular la relación con el trabajo y la distribución de las cargas y productos de éste, existentes hoy en día. Es justamente frente a esto que adquiere sentido la noción de no lugar, como la concebimos, es decir, como una construcción médica, institucional y cotidiana, que no delinea un circuito de legitimación propio para los individuos mayores, luego del juicio social respecto a su obligación al trabajo, o de su obligación de crianza primaria.

#### *a. El paciente policonsultante y la socialización medicalizada.*

... pasa mucho con las mujeres, de 50 años, 60 años, que tienen múltiples síntomas y *todo* les ha pasado, *les duele este pedazo y les duele este pedazo una vez, y después les duele otra cosa y después les duele*

---

<sup>96</sup> Cursivas nuestras.

*otra cosa y otra cosa... y si lo que quieren es lo que te decía, como pucha que les hagan el examen así como más, así como el que tenga el nombre más complicado y que le diagnostiquen algo así: 'oh tengo esto' –en el fondo es gente que, de alguna forma sufre porque tiene algo, pero igual le gusta que tenga, tener una enfermedad porque es su tema, eso pasa mucho con los viejitos, las mujeres.*

(EPM, mujer, medicina convencional. Entrevista personal)

B: Incluso hay otro nombre peor, le dicen las VDM así es la sigla, *viejas de mierda*.

E: Claro, de hecho para allá mismo iba mi pregunta, o sea como, si tú pudieras caracterizar, ah... estas persona (...) quiénes son, digamos

B: Generalmente son personas que tienen *traumas...* que tienen... *emociones estancadas...* la mayoría. Y eso produce un fenómeno que en medicina se llama la *somatización* o el *fenómeno funcional*, o sea, *una enfermedad que no tiene una explicación física, que la ciencia no puede explicárselo*.

E: Se reconoce así digamos...

B: Claro, se reconoce (...) una tremenda gama de, de, de... *enfermedades que no tienen una explicación desde lo físico*, me entiendes... desde lo científico, *desde lo demostrable...* sino que... simplemente, *se habla en medicina de las enfermedades de origen idiosincrático, o sea... no se sabe*. Entonces en ese caso lo que se hace es un tratamiento sintomático, *se tapa el síntoma y no se trata la causa*.

(EPM, hombre, MCA. Entrevista personal)

Como abordamos en el capítulo 1, el espacio posible de las medicinas complementarias se constituye justamente frente a esta inespecificidad, que es asociada a un origen en dimensiones diferentes a las consideradas por la medicina convencional, en particular el plano espiritual y emocional. Consideramos también, que aquello constituía el *primer fuerte* de la soberanía biomédica, en tanto, liga el ámbito propio de las MCAs, a pacientes devaluados simbólicamente dada la imposibilidad de objetivar su dolor, llamados “somáticos”, “somatizadores”, e incluso “*cacho*” o “*V.D.M.*” Ahora bien, lo que pretendemos mostrar es cómo, para el caso de los mayores, esto constituye una forma de relación particular con las instituciones, especie de ortopedia de una integración no lograda, a raíz de la falta de un lugar social propio.

La categoría “policonsultante”, en general, parece ocultar algo, y produce al mismo tiempo una molestia, una carga, un problema, por el hecho de que el malestar parece venir desde alguna otra parte (cuando se le otorga veracidad), y porque aquello produce una demanda desde el individuo hacia el encargado de la práctica médica, que da pie a la emergencia de tensiones en la relación. Como señala Le Breton:

A veces, la placa que hace visible el cuerpo le muestra al médico que su enfermo ‘no tiene nada’, contrariamente a lo que sostiene este último que se queja de varias molestias. La oposición entre la enfermedad del médico y la del enfermo es, entonces, clara. La prueba objetiva del mal no fue proporcionada (...), de modo que el sufrimiento es imputado a la fantasía enfermiza del paciente. Es un enfermo imaginario” (Le Breton, 1999: 208-209).

En línea con lo anterior, y siguiendo a Fagalde et. al. (2009), podrían encontrarse, al menos, tres aproximaciones a la policonsulta, que desde nuestra perspectiva podría entrar en relación con una misma serie de problematizaciones. La primera, trataría a estos individuos como somatizadores, es decir, “un tipo de pacientes que consulta frecuentemente por quejas somáticas múltiples e inespecíficas, especialmente en el nivel primario de salud, sin tener su

dolencia una causa orgánica clara, sino más bien un *supuesto*<sup>97</sup> origen psíquico” (Fagalde et. al., 2009: 2). Desde este punto de vista aquellas personas constituyen una carga económica al sistema de salud, debido a exámenes y otros procedimientos a los que dan origen (Escobar, 1987; Smith, et. al., 1986; Fagalde et. al., 2009). Una segunda aproximación, lo ligaría principalmente con la depresión, entonces serían estos individuos quienes “generan, en forma encubierta, consultas recurrentes (policonsultas) [...] Lo anterior hace necesario orientar las acciones de salud a la detección precoz y tratamiento oportuno” (Ministerio de salud, 2004: 1). Finalmente, el tercer modo de abordaje, pone en evidencia la manera en que el paciente policonsultante, se relaciona con el equipo de salud y las condiciones generales de atención.

Aparecen aquí categorías inespecíficas y poco sistematizadas, que lo definen en términos de los grados de dificultad para los equipos, cuyas expresiones más visibles son una asistencia numerosa al consultorio, resistencias e inadecuación a los protocolos de tratamiento que el sistema define para sus dolencias físicas inespecíficas, variables y recurrentes (Fagalde et. al., 2009: 3).

En general, lo que aparece evidente es que el modo de objetivación tradicional de la ciencia médica es insuficiente. Allí, entonces, aparece esa categoría que sostuvimos pone lo social en lo difuso, los “factores psicosociales”. Aquellos estarían tras la inespecificidad de la consulta, y harían, en tanto tales, que la explicación y la resolución saltara fuera del universo de lo biológico o fisiológico, en tanto, este “paciente policonsultante”

... busca preferentemente el contacto humano tanto con el profesional como con sus semejantes. Aunque no sea posible determinar claramente la objetividad real de las quejas con respecto a las dolencias presentadas por los pacientes policonsultantes, todo parece sugerir que, en el fondo, el uso de los servicios de salud cumplen en estos casos varios propósitos que trascienden el simple acto médico (Thomas, 1981: 65)

Sin embargo, tal como lo planteamos en el primer capítulo, también desde otras perspectivas críticas de este enfoque -como el psicoanálisis- se reconoce que la idea de los determinantes o factores psicosociales, da por explicado aquello que es necesario explicar. Esto pues, se utiliza la

noción de lo ‘psicosocial’ para llenar ese espacio donde se admite ‘algo de subjetividad, pero más que complejizar y abrir la pregunta por los procesos psíquicos que subyacen el actuar [sic] de estos sujetos, es un término que cierra este cuestionamiento, apareciendo como un significante cerrado que se explica por sí mismo. De esta manera, los profesionales se limitan a referir en reiteradas ocasiones que estos paciente tienen ‘problemas psicosociales’, apareciendo más que nada como un nuevo esfuerzo por objetivar la comprensión de estos sujetos (Saffie, 2011: 79).

En este sentido, de nada serviría señalar que los individuos mayores caerían en esta condición, debido a necesidades derivadas de su soledad, sino se pone en relación con la manera en que se ha construido la vejez como una posición social determinada, y que por tanto, define el vínculo posible. Especialmente, aunque sin descartar que existan otras

---

<sup>97</sup> Cursivas propias.

posiciones análogas<sup>98</sup>, en el caso de los individuos mayores, cuando caen en una situación de consulta recurrente (puesto que no todos los y las mayores, son necesariamente clasificados en esta categoría), podría revelar más que una *carencia de relación* con las instituciones, la forma específica que adquiere la relación con la sociedad, dada la producción social de esa clase de edad.

Al menos para el caso de los adultos mayores, a la luz de los antecedentes desplegados en esta investigación, la situación de policonsulta, no es principalmente una vinculación defectuosa, sino una práctica socialmente organizada. ¿En qué sentido? Aquellos y aquellas a quienes de distintas formas se incentivó, y aún se hace, sea por defecto o por exceso, a describirse, pensarse, y vivirse, fundamentalmente desde la relación con su salud<sup>99</sup>, en tanto no disponen de un lugar social propio, tienen todas las probabilidades de sentirse llamados a acudir a los centros de cuidado de la salud más que aquellos a quienes se (nos) interpela desde el trabajo, por ejemplo, como lugar de pertenencia. Si sumamos a ello, el hecho de la privatización de la seguridad social, el punto de encuentro por excelencia entre individuos mayores, y entre ellos y la institucionalidad social, estaría asociado con estos espacios.

Por estas razones, no es raro que tanto en mis observaciones en el consultorio de Paine, como aquellas realizadas en el consultorio Bellavista de La Florida, el espacio físico y simbólico del consultorio sea ocupado de un modo no oficial, es decir, como lugar de encuentro, de conversación, en donde, hay bromas y risas, incluso por el hecho de *tener* que estar allí tantas horas, aguardando un médico, un examen, un medicamento, una yerba. Asimismo, no extraña que la descripción de los pacientes policonsultantes, se asemeje a lo observado, en la medida que se señala que aquellos preferirían la i) situación de diagnóstico, al resultado efectivo; ii) la conversación extra-médica, al tema exclusivamente patológico; iii) la interacción con los otros en la sala de espera, a la apatía; etc. (Thomas, 1981); o se señale la importancia de la “transferencia” en términos psicoanalíticos para describir la problemática, es decir, de ese vínculo que tendrían los individuos solicitantes con los encargados de las prácticas médicas (Saffie, 2011).

Se trata de una socialización particular, de una socialización medicalizada. Lo atestigua también aquella forma de relacionarse con lo oficial que describimos. Aquello que hacía a todos los entrevistados presentarnos sus papeles médicos. Entonces, estos constituyen no sólo una sumisión a los principios dominantes, ni un medio para asegurar procesos, sino unas credenciales propias. La consulta recurrente, la policonsulta, no sería –al menos en nuestro caso– sólo el efecto de unos factores psicológicos, sino la derivación lógica del lugar que se construyó socialmente para los individuos mayores. Y si aún se registran diferencias, es decir, si

---

<sup>98</sup> Tanto los individuos desencantados con sus trabajos, como aquellos cesantes o dueñas de casa, a los que se refieren los estudios sobre policonsulta, podrían ser ejemplos de posiciones análogas en ciertos puntos, que cabría analizar (Saffie, 2011; Fagalde et. al., 2009). También apuntan a esto los testimonios de los encargados de las prácticas médicas presentes en nuestra investigación.

<sup>99</sup> Es decir, con las actividades que les están permitidas o son aconsejables de realizar; con las enfermedades, con la proximidad de la muerte; y con su cuerpo fragilizado. Ver supra capítulo I.

no todos los individuos mayores se inscriben como policonsultantes, es legítimo preguntarse por las causas sociológicas de aquello.

*b. Soledad política. Gestión individual de problemas colectivos.*

Si aún cabe la asociación entre policonsulta y soledad (Thompson, 1981; Camacho & Alfaro, 1977; Bermejo, 2006), sería respecto a la organización político-económica que sustenta, en el caso de los mayores, su relegación social. Y en ese sentido, es que la soledad que impulsaría a los individuos a establecer contactos personales en los lugares, en apariencia, destinados para encuentros técnicos y fugaces, adquiere un matiz político. Siendo esta posición una resultante de diversos procesos que derivan en el despeque de la vejez como tercera edad (y cuarta, y así en más), se trata de decisiones políticas, en particular sobre la organización del mundo del trabajo, lo que la define. Ante la falta de lugar social propio, y la individualización de la seguridad social, la consulta recurrente que se produce, muestra inmediatamente el límite que tiene el modelo médico clásico para hacerse cargo. Las tres formas de concebir la policonsulta que señalamos, la conciben como un problema: un problema económico, un problema de gestión, un problema de convivencia. La aparición en estas instancias, de un dispositivo de alivio no biomédico, constituye una alternativa vital a una profundización de la medicalización clásica, cada vez más rechazada, sea pasivamente, mediante una insatisfacción con la atención (Fagalde et. al., 2009), o activamente mediante la búsqueda de otras opciones, ambas apreciadas en nuestro trabajo empírico.

La policonsulta en el caso de los individuos mayores puede constituir una forma particular de relación, una socialización medicalizada, en tanto, *suple*, una transformación organizativa, es decir, política, económica y social, que sitúe en otra posición a los individuos mayores frente a la sociedad. Principal forma de describirlos, y hegemónica herramienta de autodescripción, la interrogación con respecto a la propia salud, se convierte en la forma de integración legítima para el universo de individuos mayores. La problemática de la policonsulta, resulta así, señal de la incapacidad de cumplir con aquellas expectativas de inclusión, dando cuenta de los límites del modelo biomédico atado a los requerimientos del mundo del trabajo. Sin embargo, distinto es el caso de los dispositivos alternativos de alivio.

Como describimos, éstos dan cabida a dimensiones que la medicina convencional era incapaz de concebir como importantes dentro de una etiología. Aquello abre justamente el ámbito inespecífico de la policonsulta, como su espacio de *expertise* por antonomasia. Como describimos, esto se liga con prácticas específicas propuestas por los dispositivos de alivio, para aumentar la autonomía de los individuos, su responsabilidad y vigilancia respecto a su propia salud. Si bien, como veremos en el capítulo III, no toda esta incitación queda encapsulada en una forma relativamente impuesta de tecnologías del yo (Foucault, 1990), es importante dar cuenta, cómo estas posibilidades que abren las MCAs, se inscriben en una gestión individual de problemas sociales.

Precisamente por ello no todos los individuos mayores son considerados policonsultantes ni derivados a la atención no biomédica, la responsabilización individual por la propia salud, y en específico, por la propia vejez, es un terreno fértil para las diferencias en

base trayectorias sociales y experiencias de género, en tanto, definen los recursos para lo que puede denominarse un “mandato de la gestión de sí” (Abusleme et. al., 2013) existente en una vejez producida como ha sido descrito. Esto contribuye a una jerarquización de estilos de vida, que encuentra diversos puntos de apoyo en la sociedad y constituye una especificación del capital simbólico derivado del “estar sano” (Fries, 2013; Miller & Rose, 2008; Rose, 2012), en tanto, son aquellos que no pueden cumplir una gestión de sí exitosa, en base a sus capitales económicos, sociales o culturales, y a su manejo de éstos, quienes son *relegados* hacia la integración de los policonsultantes. Si bien, entonces, en general se puede hablar de una socialización medicalizada, aquellos y aquellas mayores a quienes se les puede colocar en el polo de un *individuo activo* (Abusleme et. al., 2013), pertenecen a lo que podría considerarse el aspecto positivo de la biopolítica, a la medicalización por exceso, en tanto cumplen con el mandato a gestionar su propia salud; mientras que aquellos que, dadas sus trayectorias sociales, incluidas su relación con el trabajo y los tratamientos médicos, se han patologizado permanentemente, son relegados a un recurrir constante a la interacción con los servicios de salud. En tanto las condiciones de la vejez y el envejecimiento apuntan a una escasa preparación institucional (Osorio, 2006; Gutiérrez et. al., 2006; SENAMA, 2011; Abusleme et. al., 2013), las posibilidades que ofrecen los otros dispositivos de alivios, se hacen cada vez más relevantes (Ociel, 2013), al igual que para otras partes del mundo (Baes, 2001), al entregar armas para estimular una gestión activa de sí mismo, una responsabilización individual, que permite ahorrar o retrasar la pregunta por la organización económico-política, por la repartición de las cargas y los beneficios del trabajo.

Si los dispositivos alternativos forman prácticas gubernamentales, es porque se entrelazan con estos problemas, y al hacer de la gestión individual una respuesta a problemas sociales, no sólo normalizan una situación, sino que hacen deseable una forma de vidas, que si bien en la vejez no corresponderían punto por punto con las conceptualizaciones clásicas de clase social (Abusleme et. al., 2013), sí entran en relación con éstas y definen nuevos sufrimientos y nuevas miserias, que habría que examinar detenidamente en posteriores investigaciones. La sobrevaloración de formas de vida activas, que respecto a la vejez, han sido denunciadas negativamente como “viejismos”, no se trata únicamente de relaciones entre clases de edad, sino que se imbrican con maneras de jerarquización propias de la organización económico-política actual, cuyos valores han sido descritos, por ejemplo, en *El nuevo espíritu del capitalismo* (Boltanski & Chiapello, 2002). Valores y prácticas que son estimuladas, no impuestas, gracias al operar de espacios de visibilidad de dispositivos como las MCAs, que al incentivar nuevas constituciones subjetivas, nuevas descripciones de los cuerpos y nuevas intervenciones, hacen carne las concepciones que las sustentan, sin por ello agotarse allí.

Acá la descripción de *cómo los significados de salud que se construyen incitan a prácticas de subjetivación determinadas en individuos mayores*, apunta a un operar como prácticas de gobierno. En términos analíticos, la respuesta a esta pregunta descriptiva, tiene que ver con todo el mecanismo de interacción entre campos, dispositivos y espacios de visibilidad, que se sintetizará y desarrollará en un último aspecto en el capítulo que sigue, no obstante, su significación social ya se ha anunciado. Los significados de salud construidos en torno a los dispositivos alternativos de alivio, incitan a prácticas de subjetivación determinadas, en la

misma medida en que configuran prácticas gubernamentales. Esto pues, contribuyen, sin ninguna intención de los agentes de estos dispositivos, a dar alivio individual a un fenómeno que es producto de la *soledad política*, es decir, del abandono socialmente organizado de los individuos mayores a la gestión individual de sus condiciones de vida, y de sus posibilidades de integración en la sociedad. Las características propias de las concepciones de salud, y por tanto, de los cuerpos e individuos que delinear, permite una inscripción de su rentabilidad táctica (aquella que se vincula con las posibilidades de reconocer otras dimensiones que describimos en el capítulo I), en una estrategia global (Foucault, 2002b), que no es resultado de ninguna decisión individual particular, sino de la suma de articulaciones parciales con miras y objetivos específicos, y que es con mucha probabilidad muy diferente a las intenciones de quienes defienden los dispositivos alternativos. Su inscripción en una estrategia que las ubica en una suerte de ortopedia de una integración (y que deviene *la* forma de relación de los individuos mayores), no es un objetivo expresamente buscado por nadie, menos por quienes ejercen esta práctica, sino el fruto del funcionamiento del mecanismo que hemos descrito, cuya formulación sistemática aventuraremos en el siguiente capítulo.

### **Capítulo 3: Campo de la salud, dispositivos y gubernamentalidades**



### III.I Espacios de visibilidad: Articulación de conceptos.

Hasta el momento hemos desplegado un modelo para describir la forma en que las concepciones sobre salud, con las dimensiones definidas, logran articular prácticas de subjetivación determinadas. Al hacer esto, hemos echado mano a antecedentes históricos, desde una perspectiva teórica, junto a los datos producidos en nuestro trabajo en terreno. Esto pues, aquella revisión nos lleva a pensar en la imposibilidad de describir el fenómeno, sin una reconstrucción histórica que sitúe el espacio de los puntos de vista que se reproduce en el trabajo en terreno. Y a su vez, sin una reflexión respecto a la manera en que se inscriben los enunciados en fenómenos más generales, en particular, respecto a prácticas de gobierno o racionalidades gubernamentales.

Esto es precisamente, lo que se ha venido mostrando. Deseamos a continuación sistematizar el modelo, una vez expuesto el contenido en los capítulos anteriores, haciendo hincapié en las relaciones conceptuales y empíricas de las que se nutre. Nuestro objetivo es poder luego de esto dar un paso más en el propio modelo, e indagar en nuevas problemáticas.

Las relaciones claves que abordaremos son las siguientes: a) Campo-dispositivos; b) Dispositivos-espacios de visibilidad; c) Espacios de visibilidad-jerarquización de estilos de vida y justificación.

#### *a. Campo y dispositivos.*

Al iniciar nuestra investigación, se hacía imprescindible hacer una reconstrucción histórica del campo en donde se desenvuelve. Esto, pues, por más breve que fuera, da razón a una concepción de la realidad que la entiende constantemente dinámica, en donde cada momento determinado, cada “fotografía”, no es más que un estado particular de diferentes luchas, y por ende, el presente siempre es fruto de luchas anteriores (Bourdieu, 2007), y encierra las posibilidades no realizadas (Benjamin, 2009). Esto en oposición a las lecturas que creen tratar siempre con sujetos u objetos universales, en donde por tanto, se pone como fin de la descripción aquello que precisamente habría que describir en su gestación, es decir, las percepciones de las personas, y se acepta un estado actual de las cosas, como producto de una evolución en conjunto de conglomerados sociales (Bourdieu, 2001). Una genealogía, aún la más incipiente, permite comprender cómo un determinado tipo de prácticas de salud, adquiere una posición tal que da pie a procesos de medicalización de la vida, que permiten interrogarlas como prácticas de gobierno. Y a su vez, nos entrega la posibilidad de describir mejor el espacio que tienen los dispositivos de alivio alternativo, frente a la medicina convencional.

La reconstrucción, que puede revisarse en el apartado I del primer capítulo, señala al menos dos cuestiones fundamentales. Por un lado, que la medicina científica adquiere su lugar de privilegio en la sociedad, en conjunto con el desarrollo de un Estado interventor, y en el marco de una inserción del país al mercado capitalista global. La necesidad de trabajadores sanos confluye con el incentivo a devenir sujetos crecientemente preocupados por nuestro bienestar, en los términos sanitarios propios de la medicina convencional. Por otro lado, se pudo dar cuenta que un elemento fundamental, es la constitución de un campo de la salud, que

tiene en la neutralidad científica el operador fundamental que transforma el privilegio que este tipo de prácticas obtiene frente a otras (machis, curanderos, etc.) en un capital simbólico, dada reformas legales y educacionales, que imponen límites y sanciones a las prácticas comprendidas como estando fuera de la neutralidad científica. La intervención en la sociedad, y la justificación de aquella por la vía neutral de lo sanitario, es fundamental para la posición privilegiada del dispositivo de alivio convencional.

Ahora bien, reconocíamos que absolutizando esta reconstrucción, podíamos perder de vista la consistencia que tenían las otras prácticas de alivio de los sufrimientos, a pesar de las presiones y transformaciones. Con ello, además, se hacía difícil analizar las prácticas terapéuticas alternativas con las que trabajamos, sin reducir sus relaciones posibles a relaciones de subordinación, cooptación, o bien, independencia. Como mencionamos, esto es lo que suele criticarse a la sociología de Bourdieu, como “dominocentrismo” o “pendiente dominocéntrica” (Grignon & Passeron, 1989; Corcuff, 2013). Para evitar aquello, y tomar en serio la multiplicidad que nuestra epistemología nos obliga a reconocer en la realidad social, recurrimos al concepto de dispositivos. No como un gran dispositivo médico, sino como diversos dispositivos de *alivio* ¿Por qué alivio? Precisamente, como ya apuntamos, porque aquello permite dar cabida a los distintos tipos de aproximaciones a la terapéutica, ligándolos con su raíz social, y con la salud entendida como salvación. Salvación de los males, los dolores, y en fin, de la miseria del mundo (Foucault, 2000; 2006; Davis, 2010). Las prácticas terapéuticas alivian diversos sufrimientos de los cuerpos socializados, delineando la naturaleza de esos sufrimientos, las dimensiones de esos cuerpos, y las consecuencias del desarrollo de los males. El concepto de dispositivo, refiere a esa red de elementos discursivos y no discursivos, que hacen ver ciertas cosas, que permiten decir otras, que se vinculan con estrategias globales de poder, y ofrecen alternativas para constituirse sujetos (Deleuze, 1990; Foucault, 1983). Pone de relieve, entonces, la consistencia del aparato, a la vez que su relación con un exterior (las líneas de poder), que lo atraviesan y regulan, y con aquello que permitiría doblarlas, resistirlas, modificarlas, es decir, las líneas de subjetivación. Cada dispositivo, entonces, tiene una realidad propia, no depende ontológicamente de la relación con otro, y sin embargo, no puede entenderse sin referencia a esas relaciones.

Justamente a este respecto se haya lo fundamental de la relación entre dispositivos y campo. Frente al problema de una univocidad en la aproximación, que nublara la comprensión de las prácticas que no son dominantes, situamos dispositivos que tiene consistencia por derecho propio. Frente al peligro de confiar ingenuamente en una aparente independencia, debemos situarlas en un campo, y en relación a unas estrategias globales, a unas racionalidades gubernamentales, que permiten comprender su jerarquización, y las posibilidades de modificación. Los dispositivos se encuentran jerarquizados en un campo, que limita el despliegue de la operación de cada uno (los espacios de visibilidad), dando paso a relaciones que pueden caracterizarse de cooperación, cooptación, competencia, etc. Lo fundamental para comprender estas relaciones, es que su jerarquización no depende nunca exclusivamente del funcionamiento interno del campo, sino de su vinculación con racionalidades gubernamentales. Así, la constitución del campo de la salud, que pone en el centro las prácticas biomédicas, y que tienen como elemento fundamental la neutralidad científica, en tanto

principio de acumulación del capital terapéutico, y función de transformación en capital simbólico, se vincula con el despliegue de unas políticas estatales, enfocadas en un tipo de relación capital-trabajo. Cuestión que ya desde mediados de la década de los 70 comienza a transformarse, y da pie a transformaciones y modificaciones del papel de la medicina convencional. Se habló de su declinación, de la pérdida de su dominancia, de su crisis (Illich, 1975; Foucault, 1976; Turner, 1995; Coburn, 2006). Se abrió de todas maneras un mercado, posible únicamente gracias al despegue del ámbito de la salud, como un elemento distinto de otros, gracias a la conjunción entre el saber médico y el poder político<sup>100</sup> (Rose, 2012; Baer 2001; Willis, 2006).

El agotamiento de un mundo del trabajo, que prometía puestos de por vida, y el aumento de los individuos mayores, triunfo y límite del dispositivo biomédico, debilita la posición de éste, aún por supuesto sin amenazarla de raíz. Pero allí se inserta la pregunta respecto a la cabida que crecientemente tienen estas otras prácticas terapéutica, en espacios tradicionalmente reservados para la medicina convencional, específicamente la salud pública (Baer, 2001; Fries, 2008), y particularmente en nuestro caso, un CESFAM.

Tal como Foucault (2002) desplaza la idea de la humanización para comprender la modificación de los castigos, nosotros no nos contentaríamos con la hipótesis de una simple comprensión de los beneficios de otras prácticas. En tanto dispositivos en un campo, cuya jerarquización tiene relación con racionalidades gubernamentales, nos parece que una modificación de este tipo, se vincula con un desplazamiento de las prácticas de gobierno<sup>101</sup>. Así, frente a un rol médico autoritativo y disciplinario, este tipo de dispositivos propondrá un rol de acompañante y consejero. Frente a una escucha técnica y a un trato industrializado, se dará cabida a diversas dimensiones, y a un tiempo y una cercanía “humanizantes”. Volveremos sobre esto en el último apartado de este capítulo, en tanto constituyen reflexiones finales e hilos abiertos a nuevas investigaciones. El objetivo acá es sistematizar siguiente relación: En un campo podemos encontrar varios dispositivos con sus consistencias propias<sup>102</sup>, con lo que evitamos el problema de una lectura dominocéntrica, pero a su vez, estos no están en relación de horizontalidad, sino jerarquizados. La jerarquía, por supuesto, tiene que ver con lo que Bourdieu llama el *nomos* del campo, pero esta partición del mundo, la vinculamos con racionalidades gubernamentales determinadas. Estas racionalidades se desplazan, lo que influye también en la manera en que se compete por el capital específico del campo, dando más o

---

<sup>100</sup> Sólo en 1959, bajo el gobierno de Jorge Alessandri, se crea un “Ministerio de Salud”, propiamente tal, antes existieron ministerios de salubridad pública, de salud y previsión social, etc.

<sup>101</sup> Si bien, tanto la idea de la gubernamentalidad, como de las mutaciones que pueden identificarse, se han desplegado a lo largo de nuestro trabajo, y se sistematizarán en los apartados que siguen, vale la pena aclarar que por gubernamentalidad, o prácticas gubernamentales o de gobierno, se entiende aquellas formas de ejercicio del poder que tiene por objeto no un territorio sobre el que se tiene soberanía, sino unas poblaciones a las que se debe regular. Esto, implica, desde el punto de vista de Foucault, cierto período que se inauguraría en el siglo XVIII desplegándose hasta nuestros días, en donde los problemas del buen gobierno, apuntan menos al gobernante, como a los gobernados, entendidos no principalmente como ciudadanos políticos, sino como poblaciones controlables, a la vez cuerpos-individuales y pertenecientes a una especie. (Grinberg, 2008; Foucault, 2002b; Castro-Gómez, 2010).

<sup>102</sup> No son, por tanto, “agentes”, sino que se ubicarían en un segmento intermedio de abstracción, y al mismo tiempo constituirían puntos de fuga dentro del campo.

menos cabida a los espacios de visibilidad de los dispositivos, es decir, haciendo más o menos legítimos sus enunciados y prácticas. La relación de legitimidad por esta razón no es estática, sin ser completamente flexible. La realidad tiene una resistencia, pero también desplazamientos producto de luchas políticas, que impactan indirectamente en la ordenación de las jerarquías internas. Indirectamente, a través de la articulación que puedan hacer los agentes de los diversos dispositivos, es decir, de las posibilidades de legitimación disponibles.

*b. Dispositivos y espacios de visibilidad.*

En un campo, entonces, es posible distinguir más de un dispositivo. La idea de utilizar el concepto de dispositivo, consiste en poder proponer una forma consistente en que prácticas y discursos pueden articularse, a pesar de no coincidir con los principios dominantes en un campo en un momento determinado. Y al mismo tiempo, es una herramienta que permite dar cuenta de la influencia que tienen ciertos principios dominantes en un campo. En ese sentido, es relevante la relación que se hace entre diversos dispositivos y los modos de gubernamentalidad específicos, lo que contribuiría a que se instalase uno y no otro como dominante. Así, podrían rastrearse las relaciones entre el dispositivo biomédico, o al menos, uno de sus modos predominantes, y la manera disciplinaria que adquiere la intervención estatal sobre la vida a finales del siglo XIX, y la biopolítica centralizada de gran parte del siglo XX, y las transformaciones tendientes a una racionalidad (neo)liberal hacia fines del siglo pasado y la actualidad.

El concepto de espacios de visibilidad, que proponemos nosotros, quiere dar cuenta de aquellos lugares simbólicos (y/o físicos)<sup>103</sup>, susceptibles de ser reconstruidos empíricamente, en donde se produce la operación práctica, la actualización, de los diversos dispositivos. Se trata del alcance de los “efectos” de un dispositivo, similar a lo que sucede con la limitación de los campos -con un nivel de generalidad menor, que a la vez es posibilidad de un punto de fuga-, un dispositivo sigue existiendo, mientras se materialice, o en otras palabras, se haga práctica, se transformen en principios generadores de prácticas, aquello que permite ver, y que estimula a enunciar.

Apuntamos a lo que puede ser reconstruido a través de metodologías conversacionales y de observación, por ello no directamente a un dispositivo, en tanto, éste se vincula con elementos discursivos y no discursivos con sus propias genealogías (así, los textos de cada uno de los tipos de terapia, sus instituciones educacionales, sus formas de legitimación interna, las jerarquías *entre* ellos; lo mismo con las especialidades biomédicas, etc.), ni menos directamente

---

<sup>103</sup> Diversas gradaciones se podrían establecer de la correspondencia entre espacios simbólicos y físicos de visibilidad, en la medida en que la operación de un determinado dispositivo se ligue más o menos intrínsecamente con ciertas disposiciones arquitectónicas y/o de objetos. Así, las instituciones disciplinarias descritas por Foucault, como la cárcel o la escuela (Foucault, 2002) o la casa Kabila descrita por Bourdieu (Bourdieu, 2007), darían cuenta de una alta correspondencia entre dispositivos y espacios de visibilidad físicos. Por su parte, las formas de gestión de emociones, como la felicidad o el miedo (Scribano, 2012; Pincheira, 2012), la responsabilización individual por la salud (Fries, 2013; Ociel, 2013), o la evaluación simbólica de los migrantes peruanos en Chile (Sir, inédito) entre otras cosas, atestiguaría una dispersión de los espacios de visibilidad simbólicos y físicos, sin que se pierda jamás sus conexiones, sino más bien, se multipliquen.

con todo el “campo”, en tanto, las relaciones que habría que establecer respecto a sus posicionamientos con los otros campos, con el espacio de desenvolvimiento internacional, con un alcance propio de la generalización estadística, etc. Todos los elementos recogidos, analizados, reconstruidos de dispositivos y campos, sirven de sustento a la lectura de la posición del espacio de visibilidad que se describe, y no agota por tanto, ni al campo ni a sus dispositivos.

Las entrevistas que recogen las perspectivas más relevantes para la manera en que se ha construido el objeto y se han planteado los objetivos de esta investigación, y las observaciones que principalmente las complementan, son la base de la reconstrucción de los espacios de visibilidad de los dispositivos analizados. Y aquello que se describe, por tanto, aquello que constituye esos espacios, su definición es en síntesis, la manera en que los individuos son incitados, seducidos, a adoptar determinadas formas de ser, de sentir, de presentarse, de describirse, en definitiva, de concebirse a ellos mismos, mediante la imposición de requisitos, para que éstos puedan ser vistos y reconocidos como válidos. Así, entonces, aquellos individuos mayores policonsultantes, que tienen contacto con los dispositivos alternativos de alivio, pueden reconocer en su enfermedad, y por tanto, en ellos mismos, la operación de planos como el energético, el espiritual o el emocional, que no tendrían mayor sentido de cara a los exámenes de laboratorio rutinarios, que señalan la inexistencia fisiológica de explicaciones al sufrimiento. A su vez, los individuos no pueden decir cualquier cosa que sientan, y la adopción de una terminología, de una forma de ver lo que les sucede, es fundamental, para que se logre la comprensión y el alivio. La relación terapéutica, como toda relación de comunicación, es también un vínculo pedagógico (Bourdieu, 2007).

Justamente, frente a estos espacios, es decir, frente al ámbito de validez de los dispositivos, es que se reforzaban las jerarquías ya existentes en el campo (principios de jerarquización secundarios). No en oposición a la existencia de los dispositivos alternativos en sí mismos, sino frente a la capacidad para desplegar sus potencialidades (por ello el control externo, mediante la asignación de un cierto tipo –devaluado– de paciente; y el control interno, a través de los objetos oficiales y los sujetos de la oficialidad, los propios individuos mayores). En este sentido, se superponen, y la relación entre ellos es aún activa, dinámica, en donde las apuestas se dan por la capacidad de extender el ámbito de operación del dispositivo, es decir, el espacio de visibilidad en donde se ejerce, y constituye sus propios sujetos. Como ya hicimos mención, para estas interacciones entre dispositivos, debe hacerse referencia a sus vínculos con los desplazamientos de las formas de gubernamentalidad, en tanto, éstos se inscriben de diversa manera en ellas, siendo efecto y posibilidad de estos desplazamientos (en tanto articulan concepciones, con prácticas específicas que las *hacen carne*).

Frente a todo esto, puede que legítimamente persista una duda, ¿se trata de un dispositivo de alivio alternativo por un lado, y de un dispositivo de alivio biomédico por otro, o de varios en ambos casos? Lo cierto es que aquella pregunta requiere de una investigación específica, no obstante, la forma en que se ha trabajado con ellos en nuestro caso es la siguiente: Si bien se reconoce, la probabilidad de que tanto especialidades (y formaciones) biomédicas, puedan originar diferencias significativas, la cristalización institucional de éstas hace más probable la existencias de modalidades del dispositivo, antes que de dispositivos

diversos. Los dispositivos alternativos, por su parte, comparten una cierta cantidad de características (las cuales ya han sido descritas) que permiten pensar la existencia de, al menos, un conglomerado de dispositivos que delinear un espacio de visibilidad muy similar, sobre todo en oposición al que se construye desde el lado biomédico. Sin embargo, dada su relativamente baja cristalización institucional, se mantiene en este caso el plural (dispositivos de alivio alternativos), no así en el caso del dispositivo biomédico, que se usa generalmente, en singular (dispositivo de alivio convencional o dispositivo biomédico).

*c. Posibilidades de justificación, y jerarquización de estilos de vida.*

Es esta relación la que se desarrollará en las páginas finales de nuestro trabajo, donde abordaremos primero las posibilidades de crítica, y luego desplegaremos la reflexión sobre racionalidades gubernamentales. El objetivo de exponer en este punto las relaciones, es poder mantener la integralidad del modelo. No perder de vista el lazo entre los dispositivos y sus espacios de visibilidad en su función de reproducción, por asignarle un nombre conocido, es decir, en tanto jerarquizados dentro de un campo; y éstos en sus potencialidades como puntos de fuga. A su vez, la vinculación entre éstas y su inscripción en los desplazamientos de las racionalidades gubernamentales.

Dijimos, entonces, que los espacios de visibilidad constituyen el lugar de la operación práctica de los dispositivos, en la medida en que incitan a los individuos a constituirse en determinados tipos de sujetos, al imponerle requisitos para ser vistos, o dicho de otra forma, reconocidos legítimamente por el dispositivo en cuestión. Frente al reclamo por el exceso de medicamentos, y la imposibilidad de recibir alivio a una molestia que persiste, transformándoles en “consultantes recurrentes”, existe la posibilidad de acudir a unas prácticas de alivio diferentes, a condición de reaprender el origen de la enfermedad, la constitución de nuestros cuerpos, el rol del “enfermo”, las sustancias permitidas, las actividades deseables, etc. De lo contrario, los tratamientos simplemente no surten efecto, y los individuos son desvinculados más o menos directamente de éstos. Tuvimos ocasión de describir, como aquello se hacía efectivamente carne, a través de las prácticas y los discursos de los individuos mayores que entrando en contacto con este tipo de tratamientos, comenzaban a vivir y a relatar aquellas experiencias. Esto no es un cambio menor, en consonancia con lo discutido implicaba una concepción subjetiva, y por ende, unas prácticas de subjetivación que apuntan a un modo de devenir sujeto, diferente al estimulado por las prácticas biomédicas. El alejamiento de la biología como única forma de comprenderse en tanto enfermos, implica una atención muchas veces insospechada para individuos mayores de una localidad periurbana y que en su mayoría se han desempeñado como trabajadores no calificados, una posibilidad radicalmente distinta de concebirse a sí mismo. A condición de no olvidar que esto constituye una subjetivación particular, y no una liberación en sí misma, se puede dar cuenta de cómo esta potencialidad de experimentarse sujetos desde otros principios, da pie a las posibilidades de crítica *in situ* al modelo propuesto por la medicina convencional (que incluye el trato recibido, con toda la carga estructural que esto tiene, como una de sus principales falencias), es decir, sirve como principio de justificación, posibilidad de generalizar puntos de vistas que pudieron haber

quedado en una mera sensación de injusticia, en el descontento individual y mudo por no tener a qué elementos echar mano para la crítica.

En ese sentido específico, los principios que dan pie a prácticas diferenciadas de subjetivación, constituyen también enunciados que permiten la crítica interna al dispositivo médico convencional, aun cuando éste mantenga su soberanía limitando el despliegue del espacio de visibilidad de los dispositivos alternativos. Y es, por esta misma razón, que no se puede considerar estas potencialidades, sin su vinculación con los desplazamientos en las racionalidades gubernamentales, y por ende, en la jerarquización de los modos de vida que estos mismos principios (a la vez de subjetivación y de justificación) propician.

En adelante, abordaremos primero la manera en que los dispositivos alternativos actúan como puntos de fuga, permitiendo la justificación de la crítica a la medicina convencional, y luego, sistematizaremos la relación con las transformaciones en las prácticas de gobierno contemporáneas.

### **III.II La posibilidad de la crítica. Dispositivos y justificación.**

Haremos introducción de una herramienta teórica más, que completa nuestro modelo. Ya propusimos en el apartado anterior, que los espacios de visibilidad de los dispositivos alternativos de alivio, permitían a los individuos comprenderse como sujetos de un modo diverso al que lo hacía el dispositivo biomédico. Esto en la medida en que las prácticas terapéuticas alternativas, tienen su propia consistencia que va más allá de su actualización puntual en el CESFAM de O., y en ese sentido vinculan concepciones epistemológicas y morales con prácticas que dan realidad a aquellas concepciones. Por esa razón, los enunciados que componen dichas concepciones, también funcionan como principios de justificación de la crítica a la manera en que se plantea el dispositivo de alivio clásico, expresados en las dos quejas fundamentales que ya describimos, a saber, el uso de demasiados medicamentos y la industrialización de la atención. De ahí que, se pueda decir que cumplen con el principio básico de lo que Boltanski y Thévenot, denominaron “regímenes de justificación” (Boltanski, 2012; Boltanski & Thévenot, 2006). En específico, la existencia de este espacio de visibilidad, permite que individuos que se están concibiendo desde puntos de vista disímiles al biomédico, puedan apelar a la validez de éstos en la medida que gracias a estar referidos a terapias con sus consistencias propias, “cabe considerarlos como independientes de las propiedades de quienes los emiten, especialmente del poder que ellos tengan” (Boltanski, 2012: 15). Así, aún cuando se trate de la asimétrica relación entre doctores e individuos mayores (y por qué no, individuos en general), la queja respecto a los medicamentos, no puede ser tomada como simple acto de indisciplina si se hace referencia a la efectividad de otras aproximaciones, que rechazan un uso excesivo de éstos reemplazándolos por masajes o hierbas medicinales. A pesar de que estos principios puedan estar restringidos por la jerarquización del campo, permiten fundar una crítica más allá de los sentimientos individuales de malestar.

La sociología pragmática de Boltanski (2012) expresamente sostiene que estos regímenes de justificación, permiten afirmar tanto el acuerdo como la crítica. Sin embargo, las dimensiones en que lo elabora, siguen separando en demasía lo discursivo y lo corporal.

Nosotros en cambio sostendremos que, si se funda un acuerdo es porque los enunciados que conforman las concepciones de un dispositivo, incitan principios de acción y de subjetivación (prácticas en sentido amplio) que hacen carne esas concepciones a la vez epistemológicas (que definen la naturaleza de los objetos, en particular de las enfermedades y su desarrollo) y morales (que definen las actividades y elementos o sustancias, deseables y legítimas); Y, por otro lado, si estos sirven para fundar críticas, lo hacen en tanto los dispositivos se encuentran dinámica, pero jerarquizadamente en relaciones con otros, y por tanto, los enunciados que conforman su corpus epistemológico-moral, siempre están dispuestos a ser utilizados por los individuos en defensa de las concepciones que han hecho propias, para dar sustento y credibilidad a visiones del mundo y de ellos mismos, que son fruto del contacto y la involucración con estos mismos dispositivos, a través de la participación en sus espacios de visibilidad.

Esto se emparenta con la manera de concebir la crítica como contraste de argumentos entre lógicas de distintas ciudades (Boltanski, 2012), pero no divorcia lo discursivo de lo corporal. La participación de un espacio de visibilidad que capacita cognitivamente para utilizar los enunciados en una crítica, se hace con el cuerpo, y referido simultáneamente al “yo”, al “cuerpo” y al “mundo”. Por otra parte, en tanto hemos concebido que los dispositivos se encuentran en un campo jerarquizado, todas esas dimensiones son a la vez múltiples, y es la utilización de esas posibilidades lo que define la dimensión y el alcance de las críticas. De modo que, no habría necesariamente que hacer referencia a la categoría difusa de “mundo”, que Boltanski (2012; 2008) retoma de Wittgenstein con el fin de no agotar la realidad, pues ésta es radicalmente múltiple, aunque no por ello horizontal. Las limitaciones a la utilización de las potencialidades de los dispositivos, provienen de la relación entre la posición en el campo de un dispositivo determinado, y su vinculación con las estrategias globales de poder, o racionalidades gubernamentales, en sus desplazamientos y articulaciones.

Las dos quejas fundamentales con las que inauguramos el primer capítulo de este trabajo, permitieron identificar lentamente el despliegue de un lugar propio de las prácticas terapéuticas no biomédicas, que definía un espacio de visibilidad, en virtud de su consistencia como dispositivo de alivio, que aun cuando se podía identificar en una posición dominada dentro del campo de la salud, era capaz de articular concepciones y prácticas propias sobre la salud, en sus dimensiones constitutivas referidas a la naturaleza de las enfermedades, los procesos de la muerte, las actividades deseables, y las dimensiones del cuerpo. De manera indisociable, la posibilidad de que este dispositivo de alivio se integre en las alternativas del CESFAM de O., y de manera más general en la salud pública, permite sustentar esas críticas más allá del malestar individual. Si el operar monótono, y muchas veces terrible del dispositivo biomédico con su industrialización y frialdad, con su exceso de medicamentos y su impersonalidad, con su desigualdad triunfante y sus limitaciones intrínsecas, permite la habituación a estas condiciones, y la incorporación de tiempos de esperas, de formas de relación con el cuerpo propio y con los agentes del campo, que producen a su vez, tácticas



afines y muchas veces criticadas por los propios profesionales de la medicina convencional<sup>104</sup>. La disponibilidad de enunciados fundados en dispositivos alternativos, que tienen sus propias historias, y principios de validez, aun cuando estén subordinados, facilitan al menos el “extrañamiento” respecto a aquello que, por el funcionamiento del *habitus* y la manera en que los esquemas de percepción se tienden a ajustar a los objetos y las relaciones de las cuales provienen, aparece como lo natural, como el orden de las cosas (Beasley-Murray, 2010; Bourdieu, 1999b).

Si aquello que hace ver y decir un dispositivo, permite fundar una crítica, al sustentar en principios no individuales quejas derivadas de experiencias particulares, es precisamente porque posibilita un extrañamiento respecto al devenir naturalizado del mundo. Como señala Beasley-Murray (2010: 192) “Lo que nos impide comprender cómo funciona el hábito en la vida cotidiana es sencillamente que su poder es invisible, porque es demasiado familiar (...) El extrañamiento contrarresta esta tendencia quebrantando el hábito y abriendo una vez más el espacio para el afecto.” El espacio de visibilidad de los dispositivos alternativos, puede ser descrito como sustento de crítica, como régimen de justificación, en tanto permite el extrañamiento frente al operar del dispositivo biomédico.

En efecto, uno de los entrevistados que forma parte del programa de las medicinas alternativas, se refiere a su labor casi expresamente en los términos de posibilitar la crítica y el extrañamiento respecto a la forma convencional de atención terapéutica en nuestro país.

Nosotros tenemos *otro diseño*, en que tenemos más tiempo por paciente, tenemos más posibilidades de re-controlar a los pacientes y de establecer un vínculo con ellos, para que no suceda eso del maltrato, de, de atender al paciente con el terapeuta quemado. Entonces, ya con el hecho de tratarlos bien, de darles una buena atención... y... y de... y de tratar y de verlos desde un punto de vista más humano, más humanista, *ellos ya se quedan con otra expectativa de lo que debe ser una atención médica*, y ese es un, también un objetivo de este programa, o sea *hacer un cambio cultural... subirles el techo a los pacientes* ¿me entiendes?

(EPM, hombre, MCA. Entrevista personal)

Se trataría entonces, de ver que otra forma de ser atendidos, de vincularse con aquello que se entiende por salud, con su cuerpo, con sus capacidades, es posible, quizá deseable, y que en tanto tal, al fijar las expectativas (el techo) en un nivel diferente, se permite criticar lo establecido.

Este extrañamiento habilita a enlazar, además, las posibilidades actualmente abiertas, con conocimientos prácticos y/o teóricos anteriores (Beasley-Murray, 2010). Así, un caso en donde las quejas revisadas que poseen un carácter más bien individual, adquieren matices más generales e incluso políticos, es el de un hombre mayor de 65 años, con una trayectoria de militancia, en donde salud, trabajo, y fenómenos políticos como la dictadura y la post-dictadura, se muestran unidos (mas no indistinguibles) en el relato posibilitado por la situación

---

<sup>104</sup> Como tuvimos ocasión de ver, se producen tácticas como adquirir un lenguaje que es apropiado a lo que el médico quiere o debe escuchar para que el solicitante obtenga medicamentos, o licencias; O la necesidad de “contarlo todo”, en el limitado tiempo de la consulta; O el falsear el seguimiento del tratamiento medicamentoso para no ser devaluado como paciente; O la presentación de papeles como demostración de rigurosidad, etc. Muchas de estas acciones se aprecian con preocupación y a veces malestar de parte de los médicos, que ven dificultades para mantener el control en sus consultas.

de entrevista. El hecho de que no se trate de registros indistinguibles, impide concluir que su relación con los dispositivos de alivio alternativo, es simplemente un modo más de su accionar político, como si estos no le hubieran afectado, como si no fueran también para él principios de desciframiento subjetivo, prácticas de subjetivación, tecnologías del yo. Y el hecho de que aparezcan relevantes en su relato los distintos registros, apunta a que lo que se juega de cara a la salud está lejos de ser reductible a cuestiones objetivas. Revisaremos parte de este testimonio, vinculado con las quejas y experiencias referidas en el primer capítulo, para apuntar las posibilidades que se abren, aunque luego debamos volver sobre aquello que lo limita, tanto en lo referido al dispositivo biomédico, como a su vinculación a desplazamientos más generales de las prácticas gubernamentales, dadas las condiciones contemporáneas de la organización económico-política.

Es necesario también dejar claro, que J. (como llamaremos a este hombre mayor de 65 años), y su actual pareja, tienen una relación con prácticas terapéuticas no biomédicas no únicamente vinculada al programa del consultorio (por ejemplo, compran revistas relativamente asociadas a estas ideas). Lo cual habla de la consistencia de estos dispositivos por ellos mismo. No obstante, ambos estaban al momento de la entrevista asistiendo al programa hace más de 4 meses, y veían en él la posibilidad de expresar en la práctica ideas que ellos mismos sentían tener hace tiempo.

#### *a. Industrialización y mercantilización*

En el caso de J., a diferencia de los demás, su llegada al programa no está marcada por la derivación, sino que por esa propia inquietud que señala sostener dada una trayectoria social, de fuerte cuestionamiento al orden establecido, y en particular para este caso, de la forma de la medicina convencional en Chile.

Llego ahí [al programa] porque yo soy... eh... un convencido de que *hay una degeneración en la medicina convencional...* hay (...), hay una pérdida de valores éticos y morales, (...) hoy día la medicina, como se llama, *es un negocio*, es un negocio y, y... (...) o sea, yo no sé si la gente entenderá esto de que por ejemplo yo hace un par de años ya, *yo dejé de ser paciente, yo, yo soy cliente.*

(Entrevista personal, mayor 65 años, hombre)

Se trata de una forma activa de la queja expresada en términos de industrialización de la atención, posibilitada por un acercamiento a estas terapias anterior, fundado en la búsqueda de información a través de revistas o internet, y en su trayectoria política, que le permite establecer un extrañamiento *a priori* con la forma actual de la relación terapéutica, canalizable gracias a la existencia del espacio de visibilidad de los dispositivos alternativos abierto públicamente en el CESFAM de O.

Que la crítica pueda tomar la forma activa del rechazo a la prioridad de la atención convencional, está fundamentalmente relacionada a la existencia de este espacio de visibilidad que permite hacer carne otros principios, y cuyo formato de acceso es público. De lo contrario, la queja y la crítica sólo serían posibles para aquellos que gracias a su capital económico tuvieran abiertas puertas que otros no, o quedaría encapsulado en un malestar que se suma a la aflicción que hace llegar a solicitar terapia.

Por otra parte, la utilización que hace J. de los principios de legitimidad, que los dispositivos alternativos ponen en movimiento, le permite articular aquello que se experimentaba como industrialización, en un nivel de generalidad mayor, asociándolo a situaciones específicas de los avatares políticos de la sociedad chilena. La referencia a que la medicina se ha transformado en un negocio, y que ya no se es más paciente, sino cliente, pone en un marco explicativo mayor la experiencia subjetiva de la industrialización, como tiempos acotados, impersonales y llenos de papeleo. Aquello se encuentra posibilitado por la existencia de este otro espacio (los dispositivos de alivio alternativos), que permite vivir aunque sea por momentos y dentro de un contexto que limita y rentabiliza para otros fines, aquello que desafía a la forma convencional de la atención. En ese sentido, no es solo por lo que algunos llamarían conciencia política que J. puede inscribir, con total seguridad, la experiencia de la medicina convencional en la mercantilización, sino también porque otra forma de la terapéutica, no solo se puede vislumbrar, sino también experimentar. En otras palabras, nada dice que las terapias no biomédicas, no estén sometidas a la misma lógica mercantil en que J. sitúa a la biomedicina, pero éstas sí movilizan concepciones y prácticas que permiten justificar una crítica a la situación industrializada y mercantilizada de la medicina convencional.

#### *b. Buen trato*

En línea con lo anterior, una situación altamente valorada es el trato, como ya se estableció en el primer capítulo, es un elemento diferencial que se experimenta en el programa. En este caso, logra revertir una cierta preconcepción sobre el sistema público de salud chileno (actual), que J. manifestaba tener, y al cual se veía enfrentado dada la escasez de recursos económicos, y de la red de asistencia que se había organizado durante el periodo dictatorial.

Claro, estamos llegando a eso [al por qué llega al Programa], entonces yo llego, llego a la cosa institucional por ese, por ese camino, porque ya no tengo los recursos económicos, porque cada vez gasto más en salud... tengo más problemas de salud (...) [Respecto a la experiencia] No, ha sido bueno, porque además... yo tengo... *tengo una disposición, una predisposición, nosotros tenemos una predisposición [contra] ese sistema* ¿me entiende? Entonces a mi me parece bien el... *ahora el trato es distinto...* el trato ahí en ese, en ese ámbito es muy distinto, el médico que atiende ahí cómo se llama el... joven, este caballero (...) él es, claro una persona... claro que es más asequible, llano que se yo y... bueno todos los otros, los otros terapeutas, se podría decir, eh... lo hacen o sea son, hay una buena, hay una buena, *hay empatía con la gente.*

De este modo, a pesar de una predisposición negativa frente a la realidad actual del sistema público de salud chileno, logra ser revertida hasta cierto punto. Esto no implica una contradicción con la crítica, sino que está posibilitado por ella justamente. En la medida en que este programa abre un espacio diferente, más coherente con las expectativas (y que contribuye a darles forma) de J., de su trayectoria social y política, permite que la obligación de hacer uso de una salud pública que se asume en mal estado, se experimente como algo más que una condena. Esto no obliga a renunciar a las críticas, sino que permite asentarlas en la posibilidad de lo diferente. No obstante, las limitaciones de los dispositivos de alivio alternativo, deben tenerse en cuenta, puesto que este mismo apaciguamiento de la “predisposición” frente al

sistema, es parte de lo que permite explorar la relación de los individuos mayores con estas prácticas terapéuticas como prácticas gubernamentales, en la medida en que pueden ser rentabilizadas como modo de responder a las urgencias sin transformaciones profundas.

*c. Otra comprensión del cuerpo y la naturaleza de lo que aflige*

Otro elemento central que permite describir los dispositivos en sus funciones de justificación, es que esto es indisociable de las prácticas de subjetivación que les son propias. Sencillamente se puede fundar la crítica a la forma dominante de concepción médica, en la medida en que existen posibilidades de describir, y por tanto de comprender de otro modo, las dimensiones que conforman lo que se es, el estatuto del cuerpo, y la naturaleza de lo que enferma. No hay crítica posible a lo establecido, si no se puede al mismo tiempo afirmar algo diferente, y para el caso de lo que se denomina salud, esto implica repensar lo que se entiende como subjetivo, como objetivo, y sobre todo su relación. Así J., puede volver sobre su pasado a propósito de síntomas asociados al diagnóstico de depresión, con conceptos propios del espacio de visibilidad de los dispositivos alternativos. Esto da coherencia y realidad a cuestiones que podrían haber quedado sin respuesta, en caso de no existir el programa de medicinas alternativas.

[Respecto a riesgos corridos durante la dictadura] Eh... primera cosa, yo creo que una de las cuestiones que a uno lo alienta, es estar eh muy consciente de lo que está haciendo, o sea por conciencia, porque esta cuestión no es, no es voluntad así no más, no yo hago esto no, aquí hay conciencia, yo hago esto con convicción absoluta, *aun a riesgo de la vida, me entiende, pero eso tiene un precio, hay un desgaste ahí emocional, psíquico, eh... y si quiere usted le ponemos la parte espiritual también, hay un agotamiento ahí, muy fuerte.*<sup>105</sup>

(Entrevista personal, mayor 65 años, hombre)

Se puede apreciar acá de manera privilegiada, que el espacio que abren los dispositivos alternativos, no puede ser inmediatamente interpretado como una liberación (de la prisión del paradigma biomédico), sino como una forma particular de subjetivación, en tanto, se reconduce la experiencia vivida en el espacio social y por las condiciones particulares de éste, a través de los criterios individuales de la psiquis, de la emoción o del espíritu. En la misma medida en que se habilita una crítica, también se exponen nuevas limitaciones, algunas de las cuales ya describimos, en particular respecto a la posibilidad de integrar en la etiología de las enfermedades elementos de la organización económico-política. Tal como lo expusimos frente a la cita anterior, el hecho de que se suavice una predisposición negativa frente al sistema de salud, debido al trato diferente y la entrada de nuevas dimensiones como relevantes (y no otras), es un rasgo a lo menos ambiguo que requiere para su interpretación, la puesta en

---

<sup>105</sup> A pesar que en este relato, y durante toda la entrevista, hay referencias muy interesantes a situaciones vividas en plena dictadura, rechazamos extendernos en los detalles principalmente por dos razones: 1) Por evitar cualquier detalle que pudiera perjudicar a quien gentilmente participó de la investigación; 2) En la medida, que excede los propósitos de este trabajo, si bien da lugar a profundizar algo que ya se ha insinuado, a saber, la matriz social y sociológica de problemas que se entienden en el registro de la salud individual.

relación con aquello que se ubica en un aparente exterior del sistema de salud, a lo cual se hace referencia en el capítulo II, y que se terminará de desarrollar en los apartados que siguen.

#### *d. Efectividad y prácticas cotidianas*

Tal como lo intentamos mostrar en nuestro primer capítulo. Ninguna posibilidad existiría para los dispositivos alternativos, si no mostraran efectos. Especialmente si aquellos son susceptibles de ser medidos (de ahí que se hiciera muy relevante el instrumento de la encuesta de satisfacción de los usuarios del programa). Al mismo tiempo, declaraban los terapeutas, no hay efectividad posible de estas terapias, si los pacientes no modifican sus prácticas cotidianas, si no se hacen cargo, si no gestionan su propia salud, y por ello, se apuntaba a lo que denominaban “fortalecimiento del individuo”.

En el caso de J., la efectividad de las terapias, se ha mostrado claramente. No sólo en el caso de enfermedades directamente asociadas con aspectos emocionales, como la depresión, sino en otro tipo de aflicciones consideradas fisiológicas.

Estoy en [terapia MCA] y con este, y con mi compañera... pero nosotros hemos, hemos... por ejemplo, tenemos una, un conocimiento más o menos general, no profundo, pero general de lo que es la herbología [sic]... Entonces tenemos buena experiencia con eso, ella tiene un problema de salud bastante severo [un desorden neurodegenerativo] *y la relación con la medicina convencional era que no tenía remedio y que tenía que, irse para la casa y, y... había quedado prácticamente inválida y ahora...* [la apunta mostrando que está bien]

En consonancia con lo dicho, aquella efectividad se acompaña de una modificación de las prácticas, o la posibilidad de justificar la adopción de prácticas diferentes a las que se asumen generalizadas. Quizá (para afirmarlo completamente faltaría mayor investigación) un elemento análogo a la exhibición de papeles en la medicina convencional, una muestra del seguimiento de la terapia, o de la conveniencia de ésta respecto a la persona, es su asociación con la vida cotidiana. Tanto J., de quien se podría decir que es quien más se explaya en la asociación entre lo que sería su vida leída de manera general y los principios propuestos por el espacio de visibilidad de los dispositivos alternativos; como los terapeutas no biomédicos, señalan una asociación fundamental entre ellos y las prácticas terapéuticas alternativas, que anunciaba incluso antes de su encuentro, la idoneidad de éstas.

Yo llegué al asunto de la, bueno ha sido siempre en función de... de una buena calidad de vida, me entiende, o sea siempre he estado buscando la buena calidad, por eso dejé de fumar, no tomé, yo siempre fui bueno para la gimnasia, de cabro chico (...) para saltar, correr, ágil, entonces fui bueno para... bueno para la gimnasia (...) *He buscado la mejor forma de alimentarme, o sea de comer sano*, mucha fruta, verdura, agua, ahí tenemos agüita pura *se fija*<sup>106</sup>, agua pura y tengo un... y tengo un *y si usted ve* la tetera aquí hay frutas, hay fruta, hay palta, hay plátano, naranja, manzana, piña, ah, eh... azúcar de color, vitamina, vitamina nosotros tomamos vitamina, hacemos jugo, tomamos jugo... *hay una revista aquí no sé si usted la ha oído nombrar*, una revista, ‘el guardián de la salud’

---

<sup>106</sup> Este tipo de lenguaje, que invita al entrevistador a hacerse parte de la situación, sancionando como verdadero lo dicho por el entrevistado, es que el fundamenta la posibilidad de la analogía con la presentación de los papeles para el caso de los tratamientos de la medicina convencional.

La efectividad tiene como fundamento, la modificación de las prácticas, la búsqueda, la gestión, la movilización individual por procurarse los individuos a sí mismos las condiciones óptimas de “salud”. El punto es justamente que aquello retraduce problemas que pueden ser leído en clave social, a la responsabilidad individual, como es el caso de la policonsulta y los individuos mayores, que puede ser leído tanto como un problema social y sociológico respecto al lugar social y simbólico de una clase de edad que aparece como triunfo de las instituciones sociales, pero que al mismo tiempo las tensiona crecientemente. O bien, como problemas individuales, asociados a elementos psicológicos, emocionales o individuales, que pueden subsanarse con modificaciones menores, como por ejemplo dar cabida a concepciones y prácticas de salud, que aborden dimensiones que la restricción biologicista del enfoque de la medicina científica, excluía. No necesariamente se trata de alternativas excluyentes, pero sí lo son potencialmente.

Respecto de esta relación sinérgica entre medicina convencional y terapias no biomédicas, que haría posible responder a ciertas urgencias con una economía de las transformaciones, tanto como con un ahorro de recursos netamente materiales, y los desplazamientos en las racionalidades de gobierno que la posibilitan, nos extenderemos en los apartados que siguen. No obstante habría que hacer una nota más. J. con una capacidad de observación particularmente aguda, advierte en base a su propia experiencia, el agotamiento de un paradigma biomédico restrictivo, anunciando una profundización de las relaciones con lo que hoy se considera complementario o alternativo, y que tomaremos como punto de partida de nuestras reflexiones finales.

O sea lo que le decía antes... *la medicina convencional es invasiva (...) la medicina alternativa es una medicina holística, ve al ser humano integralmente, o sea a mí me ve la parte física, la parte... mental, la parte... espiritual ¿me entiende? Entonces hay una, hay una relación con el ser, en cuanto ser, en cambio la medicina convencional, ahí se tratan las causas, o sea se tratan, como dijera, la enfermedad pero no la causa<sup>107</sup>, en rigor, uno, y además se, se ha dividido en una cantidad de cuestiones, o sea el cuerpo humano está dividido por áreas, le ve un ojo, le ve una cosa... Entonces yo pienso que tiene que haber, o sea yo pienso que el futuro de la medicina va a ser ese... yo lo que veo, es que se está produciendo un paradigma total, total, aquí hay un cambio.*

### III.III Hacia la medicina *integrativa*. Gubernamentalidad/individuos.

#### *a. La incitación a constituirse sujetos.*

En 1999, en Francia, se publicó el libro “El nuevo espíritu del capitalismo” de Boltanski y Chiapello (2002), en este se afirmaba como es evidente, que se había gestado un nuevo *espíritu* para el sistema económico imperante. En cierta medida también, este libro venía

---

<sup>107</sup> Es interesante como se puede apreciar la influencia del lenguaje con el cual hay que describirse y describir el mundo para ser “visto”, o mejor, para ser legítimamente atendido en base a principios alternativos a la biomedicina, pero junto a ello, la inseguridad de quien los está aprendiendo, y no es considerado un experto en la materia.

a sistematizar, a proponer un modelo, de cierto ámbito de cuestiones que la sociología y la filosofía apreciaban hacía ya tiempo. Las transformaciones del trabajo y de la propia idea de sociedad que se sostenía en aproximaciones welfaristas a la vida social, se asumen transformadas duraderamente. Las metáforas de la flexibilidad, la liquidez, el riesgo, la contingencia, etc., inundan las reflexiones sobre las sociedades contemporáneas. (Dubet & Martuccelli, 2000; Bauman, 2003). Se acompaña de una presunción de un desplazamiento también permanente del estatus de los discursos con pretensiones universalistas y un carácter ideológico explícito, lo que se llamó caída de los metarrelatos (Lyotard, 1979). En fin, todo el ámbito de la discusión posfordista, postindustrial y/o posmoderna (Dubet & Martuccelli, 2000), anunciaba en negativo la idea que se formula en positivo<sup>108</sup> en el caso de este libro, como la emergencia de una nueva “metafísica política” (Izquierdo, 2012: 158), un régimen de justificación distinto, apropiado para lo que venía siendo el capitalismo, y por extensión nuestro mundo, desde fines de la década del 70’, la “ciudad por proyectos”.

Se trata, como ya es sabido, de la indagación en los manuales de *management*, de gestión empresarial, y su comparación con las antiguas formas de descripción del mundo laboral y social, del rol de la empresa y del individuo. Surge así la constatación de la aceptación y justificación de un mundo que denominan “conexionista” (Boltanski & Chiapello, 2002). Se trata de una descripción de las relaciones sociales en red. En esta forma de moverse por el espacio social la legitimidad de los individuos viene de la mano con encontrarse enrolados en alguna “actividad”. Ésta ya no puede quedar reducida solo al ámbito del trabajo, como lo conocía la antigua sociedad fordista, sino que se trata de un incentivo diferente, que acoge – plantean los autores- la crítica elaborada en los años 60 y 70, sobre todo por los movimientos sociales estudiantiles, que se canalizan con la inscripción funcional de la creatividad y de las autonomía individual. Así:

En la Ciudad por Proyectos la actividad *supera las oposiciones entre trabajo y no-trabajo*<sup>109</sup>, entre lo estable y lo inestable, entre el asalariado y el no asalariado, entre el interés y la benevolencia, entre aquello que es valioso en términos de productividad y aquello que, no pudiendo ser objeto de medida, escapa a toda evaluación contable (Ibíd: 165).

De lo que se trata es de saber enrolarse en multiplicidad de proyectos de distinta índole, pero también de saber concluirlos en el momento preciso, y de la forma indicada para que el fin de uno, sea condición de posibilidad del siguiente. De que los individuos por sí mismos gestionen sus posibilidades de empleo, y que a su vez sepan conectar a otros, como forma de ganar legitimidad. Porque lo que importa no es la estabilidad de la carrera, sino el movimiento perpetuo. Lo que es crecientemente valorado, según nos dicen los autores, son las habilidades para coordinarse, comunicar, hacerse digno de confianza y confiar.

Las ya muy bien conocidas “habilidades blandas” se requerirán crecientemente, en un mundo que ha perdido toda la seguridad de las instituciones (Bauman, 2003; Castel, 2004), es la era de lo que se denomina también “capitalismo cognitivo” (Rodríguez, 2011). En un mundo

---

<sup>108</sup> No se trata de una valoración normativa, sino del hecho que al reconstruir un nuevo régimen de justificación con sus nociones propias, no sólo se constatan cambios, sino la emergencia de algo nuevo.

<sup>109</sup> Cursivas propias.

transformado, profundamente individualizado, serán los individuos y sus propias capacidades, no una pertenencia a alguna clase social, sindicato, u otra organización, lo que les permitirá mejorar las condiciones de vida, según los principios de legitimación del mundo conexionista. Así, la incertidumbre laboral, la destrucción de la organización sindical que se experimenta con fuerza sin precedente en Chile (Ermida, 2001) y la inestabilidad generalizada, pueden llegar a ser valoradas positivamente; y la flexibilidad, adaptabilidad y polifuncionalidad devenir nuevos valores. Por esta razón, la organización política-económica de la sociedad, no sólo “permitirá” el fortalecimiento de los individuos, sino que lo requerirá. La gestión individual deviene la condición de posibilidad de la gestión social.

Una situación tal ya venía siendo leída por los trabajos tardíos de Foucault, y por supuesto, de sus continuadores (De Marinis, 1999). Se veía muy bien que los controles disciplinarios a los que tanto análisis había sido dedicado, estaban siendo recubiertos por tecnologías de poder de nueva índole. Aquello que Deleuze (1995) llamaría “sociedades de control”, nombró estos desplazamientos. El disciplinamiento podría relajarse, en la misma medida en que se desplegaba una nueva forma de controlar, administrar, gestionar, en definitiva, de gobernar. Las reformas que se dan a fines de los años 70 y durante la década de los 80, que tienden a restablecer unas relaciones entre capital y trabajo favorables al primero de los términos (Boltanski & Chiapello, 2002), se asientan en la facticidad de su aplicación, que hace emerger un cierto consenso y ubica decididamente al mercado como lugar de veridicción; lo que Foucault considera propio del arte liberal de gobernar (Foucault, 2006; 2007). Ante la preeminencia del mercado y la modificación de la intervención del Estado en la sociedad, se ha establecido “una cierta regulación espontánea que va a hacer que el orden se autoengendre, se perpetúe, se autocontrole” (Foucault, 1991: 165-166). Esta autorregulación modifica de modo permanente la manera en que se puede ejercer el gobierno, es decir la conducción de conductas (Foucault, 2006). Las posibilidades no pueden seguir radicadas en las instituciones clásicamente políticas, de carácter autoritativo, puesto que el mercado como limitación interna del poder estatal, implica el reconocimiento de agentes libres en el sentido económico, es decir a los cuales hay que respetar sus intereses, sus deseos (Foucault, 2007). La manera en que se puede regular las conductas de individuos a los que se supone libres para elegir, es a través de la seducción, solamente posible mediante una forma indirecta de intervención, una intervención *a la distancia* (Miller & Rose, 2008), que reposa en una serie de agentes e instituciones no estatales (dentro de las que inscribimos los dispositivos alternativos de alivio). Así, propone De Marinis (1999: 6) el “Estado observará todo el despliegue de fuerzas a la distancia, y revelará incluso cierta miopía para algunos fenómenos, que no le interesarán o se le pasarán por alto, pero en principio ‘liberará’ en gran medida a los agentes sociales para que resuelvan entre ellos sus conflictos”.

El mercado modificó todas las seguridades y generalizó la precariedad y la inseguridad como condición de vida (Castel, 2004). En sintonía con lo anterior, y como lo anuncia la cita de Boltanski y Chiapello más arriba y nuestro propio trabajo, las oposiciones más conocidas de la política se vuelven superfluas

... el vocabulario estructurado por oposiciones entre el estado y la sociedad civil, lo público y lo privado, el gobierno y el mercado, la coerción y el consenso, la soberanía y la autonomía, entre



otras, no caracterizan adecuadamente las diversas formas en que la regulación es ejercida en las democracias liberales avanzadas<sup>110</sup>. El poder político es ejercido hoy en día a través de una *profusión de alianzas cambiantes* entre diversas autoridades en *proyectos* para gobernar la multitud de facetas de la *actividad* económica, la *vida social* y la *conducta* individual<sup>111</sup> (Miller & Rose, 2008: 54).

Nos incumbe sobre todo la oposición entre la autonomía individual y el control, que tanto interesó a lo que Boltanski y Chiapello (2012) denominaron “crítica artística”. Ésta pierde su capacidad heurística, puesto que “la autonomía personal no es la antítesis del poder político, sino un elemento clave de su ejercicio, tanto más porque la mayoría de los individuos no son meramente sujetos [en el sentido de sujetados] del poder, sino que forman parte de su funcionamiento” (Miller & Rose, 2008: 54)<sup>112</sup>. Activos en la medida que deben gestionar su propia precariedad, en las redes del “mundo conexionista”. Por esta razón, le urgía a Foucault (y también a Bourdieu), y aún hoy es de importancia, replantear la forma que se entiende la dominación y el ejercicio del poder. Esta relación entre la precarización de las condiciones de vida, de la seguridad social (que se acompaña del relevamiento de la criminalizante seguridad ciudadana), y una nueva gramática de valores, articula la relación entre los individuos declarados libres y la necesidades de controlarlos. La noción de riesgo con su polifuncionalidad, da cuenta de ese mundo líquido (Bauman, 2003) en todos los niveles y permite articularlos. Así lo señala, Castro-Gómez (2010: 209)

La generación del riesgo permanente aparece entonces como uno de los objetivos centrales de la racionalidad neoliberal propuesta por la Escuela de Chicago. [La sociedad del riesgo] no es una consecuencia “indeseada” de la industrialización, como pretende Ulrich Beck, sino que es efecto de una racionalidad de gobierno (...) que busca producir un ambiente de riesgo en el que las personas se vean *obligadas* a vérselas por sí mismas, pues la inseguridad es el mejor ambiente para estimular la competitividad y el autogobierno.<sup>113</sup>

Es precisamente esta constatación lo que fundamenta las sensaciones de ambivalencia frente a prácticas y discursos que fomentan el fortalecimiento de los “individuos” y que reconocemos también en nuestro trabajo, pues “gobernarse, controlarse, disciplinarse y regularse, significa al mismo tiempo fabricarse, formarse y empoderarse, lo que, en este sentido, significa ser libre. Y esto es precisamente porque las técnicas de gobierno de sí surgen de sujeción y empoderamiento, compulsión y libertad” (Lorey, 2008: 68). Por ello, las ideas de gobierno y gubernamentalidad foucaultianas adquieren toda su relevancia, en tanto, Foucault (1994: 728) propone que

Se deben distinguir las relaciones de poder como juegos de estrategias entre libertades (...) y los estados de dominación, a los que comúnmente se los llama poder. Y entre los dos, entre los

---

<sup>110</sup> Esta es la forma en que los autores se refieren a las democracias del primer mundo que sufren los embates del neoliberalismo. Sin embargo, ya sabemos que la práctica (neoliberal) que se desarrolla en Chile es pionera en muchas de aquellas transformaciones y con una capacidad de oposición mucho menor, sin que por esto se quiera indicar un triunfo absoluto de una sola perspectiva (Torche, 2005; Araujo & Martuccelli, 2012). Además, de la rápida expansión por el continente y amplias regiones del globo (De Marinis, 1999).

<sup>111</sup> Traducción propia del inglés. Las cursivas además de relevar aspectos, quieren indicar las cercanías con el lenguaje utilizado por Boltanski y Chiapello.

<sup>112</sup> Traducción propia desde el inglés.

<sup>113</sup> Cursivas en el original.

juegos de poder y los estados de dominación, están las *tecnologías gubernamentales* (...) El análisis de estas técnicas es necesario, porque es a través de este género de técnicas que se establecen y se mantienen los estados de dominación.

La noción de gubernamentalidad, entonces, debería entenderse en base a dos dimensiones que anudan tres campos de problematización presentes a lo largo de la obra del filósofo francés. Por un lado, racionalidades políticas. Por otro, tecnologías de gobierno. En la relación entre éstos se establecen objetos de saber, y por lo tanto, se define qué es lo que es el problema, con lo que se delinea aquello que se debe gobernar (¿Los individuos en cuanto seres políticos? ¿En cuanto trabajadores? ¿En cuanto amenazas a la productividad, potencialmente enfermos? ¿O amenazas al orden, delincuentes, locos? ¿La vida como tal, la vida biológica, en tanto fundamento del comportamiento social? ¿Las emociones, los cuerpos, el anhelo espiritual? Etc.). Se define también los mecanismos para ejercer un cierto poder, y con ello, las posibles fuentes de autoridad, de legitimación (¿Qué mecanismos me habilitan, y puedo por tanto referir a ellos para sustentar una determinada posición? ¿Cómo operan? ¿Qué principios transportan? Etc.). Y por último, también, la relación que le cabe a los individuos con este gobierno, y con ellos mismos (¿De qué manera me puedo describir? ¿De qué manera me es permitido comprenderme? ¿Cómo puedo actuar, en dónde y ante quién? Etc.).

En tanto, como dijimos, el gobierno se refiere a la conducción de conductas, el análisis de la gubernamentalidad se enfoca simultáneamente a las racionalidades políticas y a las tecnologías de gobierno. Entre ambos espectro se debería pensar que existe un movimiento de constitución mutua. No una causalidad clásica. Lo relevante dada la forma actual de las relaciones en sociedad es la interconexión misma, la red, el dispositivo (De Marinis, 1999; Deleuze & Guattari, 2002; Foucault, 2002b; 2006b; 2006c).

Así el Estado no es punto inicial ni final del análisis. Si se quiere ser analítico, las racionalidades políticas refieren a un estilo de pensamiento (Miller & Rose, 2008), a campos discursivos cambiantes que conceptualizan de cierta forma lo que es el problema y qué forma puede tomar el ejercicio del poder (Miller & Rose, 2008; De Marinis, 1999). El análisis de estas racionalidades, no se hace desde una lectura unitaria de “racionalización” (como lo serían análisis herederos de las categorías weberianas), sino en relación a prácticas históricas determinadas. Son formas de concebir aquello sobre lo que se debe actuar y lo que se puede hacer, en respuesta a urgencias concretas, se trata del “cómo” del gobierno más que del “qué es” (De Marinis, 1999; Deleuze & Guattari, 2002). De ese modo los distintos análisis pueden cubrir un amplio espectro:

las diversas justificaciones morales de los modos particulares de ejercer el poder por parte de los diferentes tipos de autoridades; las nociones sobre las formas apropiadas, los objetos y los límites de la política, y las concepciones sobre la correcta distribución de estas tareas entre las diferentes autoridades, ya sean seculares, espirituales, militares, familiares, pedagógicas, [médicas podríamos agregar], etc. (De Marinis, 1999: 14)

Lo anterior sólo puede adquirir su inteligibilidad, respecto a su par constitutivo, es decir, las tecnologías de gobierno. Éstas plantean “la relación entre formas de saber y ciertas actividades prácticas y técnicas (por ejemplo aquellas involucradas en la dirección de la

conducta humana, la formación de capacidades y el modelado de personas, ciudadanos y entidades colectivas” (Dean, 1996: 51). En ese sentido, las tecnologías de gobierno pueden entenderse como una articulación particular de ciertos dispositivos. Una inscripción de la rentabilidad táctica de los dispositivos en estrategias generales, para alinear aquello que tiene efectos en el mundo, con lo que se define como deseable, o necesario en razón de una racionalidad de gobierno determinada.

Aquello que se constata con las transformaciones del capitalismo, que se expresan en el ámbito de la racionalidad en la formación de un nuevo espíritu, es la preponderancia que adquiere la dimensión de las “tecnologías del yo” (Foucault, 1991) dentro del ejercicio del poder (Castro-Gómez, 2010; Miller & Rose, 2008; Rodríguez & Tello, 2012). Esas técnicas que tienen que ver con las relaciones posibles del sujeto consigo mismo, en su constitución como tal, como vimos, se transforman en un imperativo. La incitación a convertirse sujetos, se transforma en el articulador fundamental del ejercicio del poder. Así, el “gobierno sobre la intimidad, la biopolítica de la que estamos hablando, supone considerar la vida íntima como un mercado que puede y debe ser autogestionado. No es que los valores capitalista “penetren” o “colonizen” la esfera de la intimidad, sino que la *vida misma* de los sujetos es gobernada conforme a unas técnicas específicas” (Castro-Gómez, 2010: 59)<sup>114</sup>. Y es allí donde se inscribe la posibilidad de los dispositivos de alivio alternativos.

En otras palabras, si pudimos apreciar el despliegue de un espacio de visibilidad propio de las terapias no biomédicas, controlado mas no subsumido en la medicina científica aunque se encontraban en su terreno privilegiado (la salud pública), es precisamente en relación a este desplazamiento. Más posibilidades hay para dispositivos de esta índole en la medida que actualizan, o dicho de otro modo, hacen carne una racionalidad de gobierno, para la cual la necesidad de individuos activos y autónomos, del fortalecimiento del individuo, ha devenido un problema gubernamental.

Luego, la constatación de una sociedad en la que se gestó una lectura de los individuos que salen del régimen del trabajo obligatorio y a quienes no se les puede atar obligatoriamente al trabajo reproductivo, desde el punto de vista de la dependencia y la enfermedad; y que además estableció la soledad (o el abandono) como forma de relación con ellas y ellos, evidencia el hecho de que las posibilidades frente a la vejez descansan fundamentalmente en la capacidad –desigualmente distribuida- de gestión individual (con la mencionada capitalización individual (AFP), pauperización del sector público, la inexistencia de un lugar social propio, etc.).

Los dispositivos de alivio alternativo, pueden responder perfectamente a la urgencia. Urgencia que tiene al menos dos ámbitos: a) La de un creciente número de adultos mayores. Un envejecimiento poblacional apreciado como amenaza económica, y que a falta de un lugar propio, presiona al aparato público, principalmente, el relacionado con la salud. Las demandas propias de las enfermedades crónicas. Además y por la propia forma que adquiere la relación de los y las mayores con la salud, las consultas en la vejez llevan al límite a la biomedicina, entroncándola con; b) la policonsulta que colapsa los servicios públicos de salud, con

---

<sup>114</sup> Cursivas en el original.

enfermedades consideradas inespecíficas, en la medida que superan la posibilidad epistemológica del diagnóstico clínico y biomédico. La incorporación de terapias alternativas no puede ser descrita sin referencia a estos problemas, y en vinculación a las transformaciones más generales ya mencionadas, que limitan las respuestas posibles. Se requerirá, también en la salud una relación menos autoritaria entre terapeuta y solicitante, es decir, apuntar al fortalecimiento del individuo. Al mismo tiempo, se espera menor pasividad, y más involucración y autonomía en las terapias. El rechazo a la concepción estrecha de los individuos, y el reconocimiento de dimensiones emocionales o espirituales, que realizan los dispositivos de alivio alternativos, se emparentan con las exigencias políticas de los años 60 sobre una mayor autonomía individual y el reconocimiento amplio a las dimensiones del individuo. Las características propias de los dispositivos alternativos, de sus tradiciones, susceptibles de ser reconstruidas por posteriores genealogías, se inscriben en estas transformaciones más generales, y se ponen en funcionamiento como respuesta a ciertas problemáticas en parte ya enunciadas. En particular, respecto a los mayores, el fortalecimiento que propician del individuo no sólo implica que pueda desenvolverse con menor dificultad en un mundo donde la seguridad social prometida al trabajador ya no existe, sino que además permite establecer una suerte de inclusión, en tanto son susceptibles de ser movilizados por la preocupación por la salud, generando los problemas de apego a la relación terapéutica (más que a la propia curación), que los diferentes encargados de las práctica médica dan cuenta, y determinaba, en nuestro caso, una circulación entre las terapias.

El hecho de que estemos tratando de las prácticas terapéuticas no biomédicas dentro de un CESFAM, es decir, de la salud pública chilena, implica también que las relaciones público-privado, no son la mejor forma de aproximarse a la realidad política y sociología contemporánea. Los desplazamientos en la racionalidad de gobierno, permiten la entrada de los dispositivos alternativos como legítimos en el campo de la biomedicina. Éstos tienen sus efectos prácticos, su rentabilidad táctica, en particular respecto a las dimensiones que consideran relevantes y que las diferencia de la medicina convencional, y su vinculación con la realidad de los individuos mayores, y la necesidad de una gestión social, que se subsana con el estímulo a la gestión individual de problemas sociales. Sin embargo, esto es únicamente posible por el despegue del ámbito de la salud que permite su mercantilización. En ese sentido, es también el mercado, y las estrategias que los terapeutas en Chile y el mundo han desplegado para posicionar sus alternativas, lo que posibilita su reconocimiento y la vinculación entre su eficacia táctica y la inscripción global en las transformaciones gubernamentales y la urgencia de la salud de los mayores. Por esta razón, en el último apartado sugeriremos algunos puntos respecto a la posición nacional e internacional de lo que hemos denominado dispositivos de alivio alternativo, profundizando en su inscripción como tecnología de gobierno.

#### *b. Hacia la medicina integrativa.*

En los últimos años, sobre todo a partir del inicio del presente siglo, se ha intensificado una discusión académica, pero con serias consecuencias aplicadas, respecto al decaimiento de lo que se denominó “dominancia médica”, o bien “hegemonía”, en relación a la prevalencia

prácticamente absoluta de la biomedicina frente a otras alternativas de alivio de las aflicciones (Coburn, 2006; Hughes, 2005; Nogales-Gaete, 2004; Willis, 2006; Almeida, 2012). Esto va por supuesto de la mano de la constatación de un mayor espacio para las medicinas tradicionales, complementarias y alternativas, que se acompaña de un incremento de los estudios sobre su eficacia, y que se emparenta muy de cerca con la denominada “medicina basada en las evidencias”, que permite a las alternativas terapéuticas organizar estudios que en los términos clásicos de la ciencia, comprueben su inocuidad y utilidad (Bodecker & Kronenberg, 2002; Nichol et. al., 2011; Possamay-Inesedy & Cochrane, 2013; Baer, 2001; Hughes, 2005). De ahí que nosotros llamábamos la atención sobre la manera en que las prácticas biomédicas establecen fronteras, y aseguran cierta soberanía, por ejemplo, a través de la reafirmación de sus propios criterios incluso para el reconocimiento de otras prácticas.

La constatación generalizada en estos estudios es la creciente relevancia de las MCAs dentro de las prácticas terapéuticas individuales (Nogales-gaete, 2004; Fries, 2013; Tovey et. al., 2005). Al respecto, se reconoce sobre todo al comienzo, la importancia del mercado para que los dispositivos alternativos puedan desplegarse, en la medida que se acoplaban a prácticas de consumo de los individuos (Easthope, 2005; Baer, 2001; Fries, 2011; 2013). De la importancia del mercado nosotros realizamos una lectura, que expusimos más arriba, donde situábamos la posibilidad del mercado de la salud, ligada a la institucionalización de la salud en el propio aparato del Estado, y decíamos por ello que sólo la organización de un sistema nacional de salud en 1952, y la emergencia de un Ministerio de la Salud (en 1959), como algo divorciado de otros dominios (el trabajo, la seguridad social, etc.), posibilitaba la emergencia de un mercado en donde confluían los adelantos técnicos, y la acción de las industrias y otros agentes privados. Lectura que difiere un tanto de las más difundidas, en la medida en que no establecemos una separación tajante entre estado y mercado, sino que las analizamos como mutuas condiciones de posibilidad, especialmente debido a la organización económica-política actual.

De todas formas la discusión se traslada al terreno de una reflexión sobre la provisión pública de salud, y los impactos que esto tiene (Possamay-Inesedy & Cochrane, 2013; Nogales-gaete, 2004; Baer, 2001). En este contexto, las discusiones sobre la forma de la relación entre el dispositivo biomédico y los demás, comienzan a tomar la forma de una reflexión sobre un posible cambio paradigmático importante, asociado al nombre de “medicina integrativa u holística” (Fries, 2013; Possamay-Inesedy & Cochrane, 2013; Coulter & Willis, 2004; Bodecker & Kronenberg, 2002; Baer, 2001; Faass, 2001). Una medicina que se declara integrativa se define en su forma más simple como la práctica médica en la cual se integran selectivamente elementos de las medicinas complementarias y alternativas a los tratamientos en alta colaboración con los métodos ortodoxos de diagnóstico y análisis (Faass, 2001; Coulter & Willis, 2004; Possamay-Inesedy & Cochrane, 2013). Esto conlleva por cierto una serie de reflexiones sobre el financiamiento público de estas prácticas, y su incorporación a los sistemas públicos de salud. De ahí que el caso que nosotros tuvimos ocasión de investigar adquiriera otra de sus relevancias. Para adentrarnos en estas reflexiones y ligarlo finalmente con el desarrollo completo de nuestro trabajo, comenzaremos repasando la situación de lo que hemos denominado dispositivos alternativos en nuestro país.

- *Chile, las “CAM”, y el sistema nacional de servicios de salud.*

Un primer elemento de interés respecto a este punto es el hecho de que las prácticas terapéuticas no biomédicas, encuentra mucho mayor difusión en el denominado “sur” del mundo, o en países “en desarrollo”, y también en países con escaso desarrollo (Bodecker & Kronenberg, 2002; Nogales-gaete, 2004; OMS, 2002). Sobre todo en los últimos la cuestión es más compleja, porque muchas veces la expansión del uso de estos dispositivos, se refiere más a las carencias de la atención en salud que a su transformación (Bodecker & Kronenberg, 2002). No obstante, es de conocimiento general que este tipo de terapias son más exclusivas en el –así llamado- primer mundo, mientras que en el “sur” un 80% de la población las utilizaría (Nogales-Gaete, 2004). Específicamente para el caso de Chile se habla de más de un 70% (Bodecker & Kronenberg, 2002; Ministerio de Salud Chile, 2012) de uso en la población. Al respecto de su regulación, como ya lo presentamos, data de 1992, y tiene su mayor expresión en 2005 con el “Reglamento para el ejercicio de las prácticas médicas alternativas como profesiones auxiliares de la salud y de los establecimientos en que éstas se realizan” (Decreto N° 42). A nivel de la población, es decir, tanto en el sistema público como por el consumo privado las cuatro terapias más utilizadas son, en orden descendente: Yoga, Fitoterapia, Homeopatía y Reiki.

Ahora bien, en tanto estamos explorando esta tendencia hacia la integración de los dispositivos alternativos de alivio en el terreno propio de la biomedicina, conviene traer a la luz los datos que anunciamos en la introducción, respecto a su presencia en el sistema nacional de servicios de salud (SNSS).

El principal estudio al respecto se realizó recientemente entre los años 2011 y 2012 (CECV, 2012). Se trata de un estudio diagnóstico, cuyo objetivo propuesto por el Ministerio de Salud, es el siguiente:

Realizar un levantamiento de información y un diagnóstico situacional del uso de medicinas complementarias/alternativas en la red asistencial pública a fin de proponer estrategias que favorezcan su integración al sistema considerando variables técnicas y administrativo-financieras (Ibíd: 7).

De los 731 establecimientos de la red asistencial del SNSS, el estudio se comunicó con 648 (89%). A 224 de ellos (34,5%), se les hizo llegar una encuesta. Ésta fue respondida por 125: 26 hospitales y 99 consultorios. En algunos de los establecimientos existía más de una terapia por lo que se enviaron 173 encuestas en total. La mayoría de éstos ofrece 2 o 3 terapias distintas.

En el estudio se establecen una serie de constataciones de interés. En primer lugar, el reconocimiento, por parte de los partícipes de las terapias, de que hay una voluntad de integración de parte de las autoridades de salud, a pesar de que se reconoce también, que la incorporación de éstas, no responde a un hecho planificado, sino a “emprendimientos locales, a iniciativas de uno o más profesionales en cada establecimiento” (Ibíd: 8), como es efectivamente el caso en el CESFAM de O.

Las terapias más utilizadas son a nivel nacional, en orden descendente: Terapia Floral (30,6%), Reiki (12,1%), Acupuntura (6,9%), Biomagnetismo (6,9%). Respecto a las que fueron consideradas en el consultorio, y no figuran en las cuatro primeras posiciones, obtenemos para Masoterapia y Fitoterapia un 3,5%. Antroposofía no figura en esta aproximación dentro de la muestra, lo que reafirma la amplitud del espectro que incluye el programa que tuvimos ocasión de revisar<sup>115</sup>. Otro resultado interesante que apunta en la dirección de la medicina integrativa (y también del control interno al que se enfrentan los dispositivos alternativos) es el hecho de que un 57,7% de los terapeutas sean su vez profesionales de la salud (30% de ellos médicos). En el 89% de los casos la atención se realiza solamente en el establecimiento, y en el 75%, exclusivamente en horario normal.

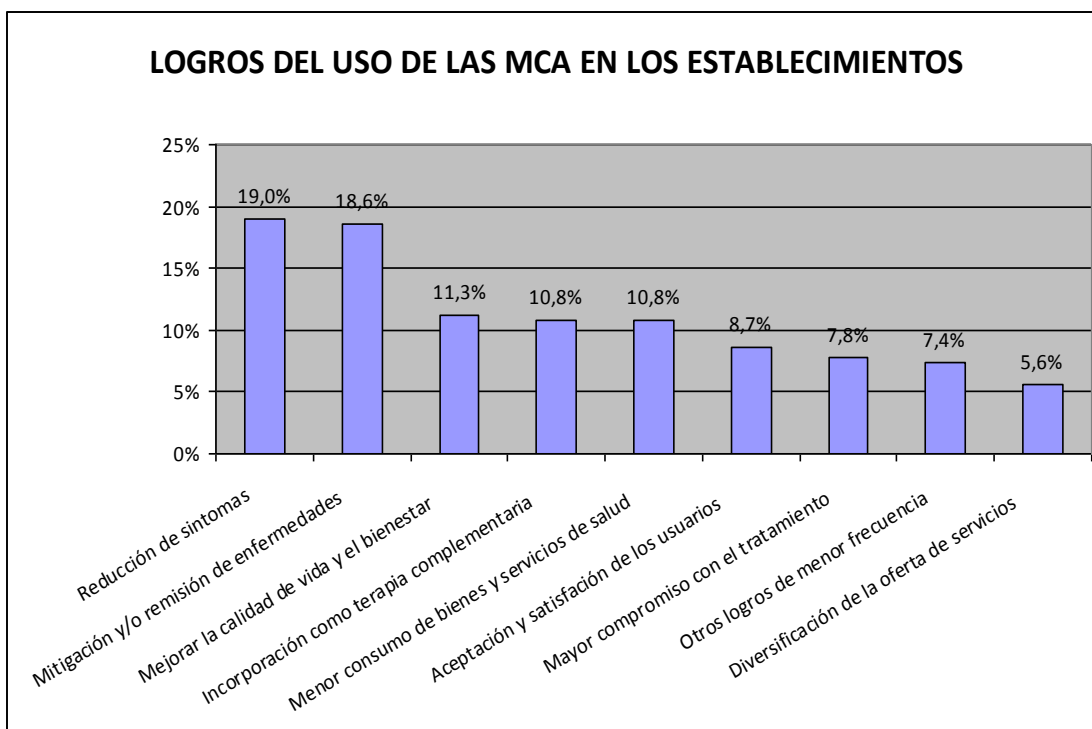
Coincidente con nuestros hallazgos y antecedentes, las problemáticas que con mayor frecuencia ingresan a estos programas son por un lado, el espectro de la “salud mental” (48,4%) y “alivio de dolor” (16,9%), ambas inespecíficas, reafirmando lo descrito en apartados anteriores. Luego, un 25% se asocia a enfermedades óseas (16,7%), crónicas (7,6%) y adicciones (6,7%). Lo cual se vincula con la importancia que le dimos a estos dispositivos en su relación con los individuos mayores, pero además con posiciones análogas, en tanto la rentabilidad que como prácticas gubernamentales tendrían, en asociación a los desplazamientos de la racionalidad política que comentamos en el apartado anterior.

En la misma línea, respecto a los logros (eficacia) atribuida al uso de estos dispositivos, por parte de los profesionales involucrados, se verifican logros junto a la disminución de síntomas y enfermedades (importantes elementos de legitimación), que están en el espectro de la satisfacción de los usuarios, del menor consumo de medicamentos y del propio compromiso con las terapias (gráfico 1).

---

<sup>115</sup> Sí figuraba en un estudio anterior, de menor alcance, con un 1,5% de presencia en las respuestas (CEOC-UT, 2010)

Gráfico 1: Logros del uso de las MCA en los establecimientos SNSS



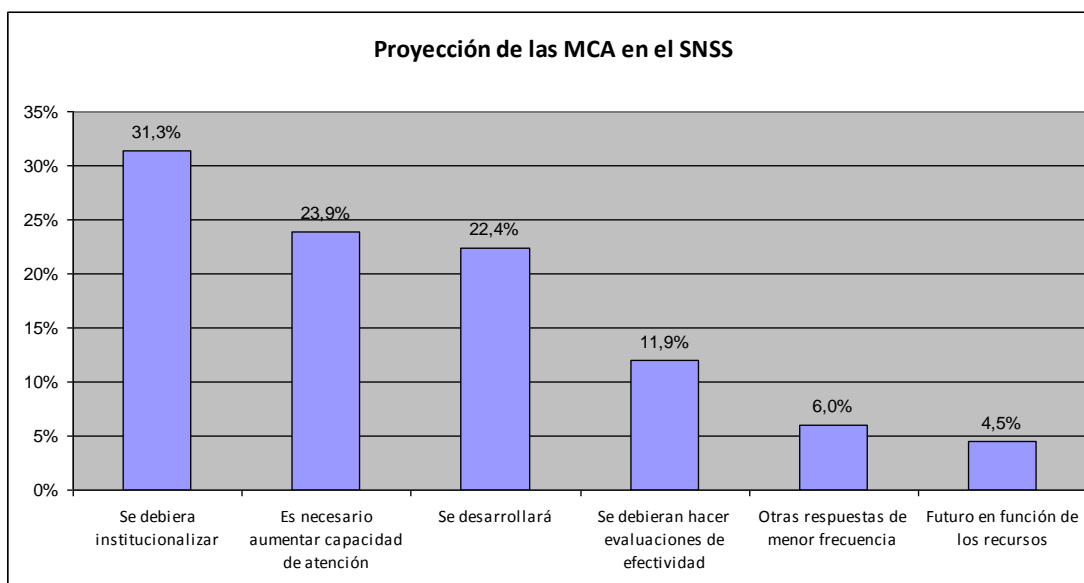
(CECV, 2012: 52)

Sobre las dificultades para su instalación: el 56,9% se relaciona con problemas de infraestructura-financiamiento y legitimidad. Respecto a los recursos económicos, huelga decir a modo de relevar la tendencia hacia la medicina integrada que el 65,9% proviene de los propios centros de salud, a pesar de no existir una política global de financiamiento. Tan solo en el 1,7% de los casos se señala la existencia de un pago directo por parte de los pacientes. La forma de ingreso a la terapia también es consistente con nuestros hallazgos, pues el 54,9% proviene derivado por parte de médicos convencionales.

Hemos expuesto estas cifras para mostrar que el sistema de salud chileno no se encuentra ajeno a las tendencias mundialmente reconocidas respecto a la integración de estas prácticas a los tratamientos convencionales. Ahora bien, más interesante aún es referir a las tendencias que se hacen eco en este estudio. Así, por ejemplo, respecto a la pregunta por la proyección de este tipo de terapias en el sistema público, las respuestas tienden consensuadamente a indicar de una u otra forma que éstas tendrán una importancia creciente. Asimismo, señalan desde nuestra perspectiva, el hecho de que su expansión seguirá teniendo la forma de un control respecto a las potencialidades que se abren (de las cuales hablamos en nuestro primer capítulo), dada la mantención del diferencial científico como principio de reconocimiento en el campo. Así se expresa en el gráfico que extraemos del informe



Gráfico 2: Proyección MCA en el SNSS



(CECV, 2012: 54)

Más allá, el propio estudio reconoce como ya adelantábamos en la introducción que “considerando la clasificación de la Organización Mundial de la Salud, el objetivo del Ministerio de Salud de Chile es llegar a un sistema integrado. Es decir, (un sistema) donde las MCA están oficialmente reconocidas e incorporadas a todas las áreas de provisión sanitarias” (Ibíd: 92). Esto implica entonces abandonar un sistema “tolerante”, que simplemente reconozca la existencia de estas otras posibilidades, aceptándolas por ley, a uno “integrado”, en donde pasen a formar parte fundamental del mismo. En efecto, se plantea una estrategia de 3 etapas, que reconoce ya estar en un período de transición, siendo parte de ello el propio estudio. Las etapas son: i) Medidas de aplicación en este periodo de transición; ii) Formulación de una normativa técnico-administrativa de integración; iii) Aplicación de la normativa técnico-administrativa. El fin manifiesto de esto, entonces, es la rearticulación de un sistema de salud, de la regulación que define su operación, integrando los dispositivos de alivio alternativos. Creemos que esta discusión, de conocimiento relativamente limitado, otorga la más concreta relevancia a nuestro estudio. Puesto que el hecho de describir cómo estas terapias toman la forma de prácticas gubernamentales, al estar vinculadas con modificaciones en la racionalidad política que instalan una individualización de las relaciones sociales y una gestión individual de problemas sociales como forma de gobierno –aun cuando nos referimos preferentemente al caso de los y las mayores-, permite tensionar una discusión cuya problematización se reduce a problemas de índole administrativo y financiero. Precisamente, para entregar argumentos que permitan sopesar la generalidad de nuestros hallazgos, haremos referencia a estudios de una perspectiva similar en otras latitudes.

### *c. Gubernamentalidad e individuos*

#### *i) Encarecimiento de costos – respuestas a la industrialización de la atención.*

En primer lugar, haremos mención a otra urgencia a la que los dispositivos de alivio alternativos responden, y que dada las características de nuestro estudio empírico le hemos prestado menor atención. Se trata del hecho de que el encarecimiento creciente de las prácticas de la medicina científica, de su asociación a las técnicas de visualización a través de los laboratorios clínicos de exámenes, de los medicamentos, hacen atractivas a las prácticas terapéuticas alternativas, aún para países de mayor grado de desarrollo en donde se consideran más costosas que para países en vías de desarrollo (Rose, 2012; Fries, 2008). Esto va directamente de la mano con las críticas que desde fines de los años 70 se realizan en distintos lugares del globo, respecto a los malos tratos de la atención biomédica. De este modo, su utilización estaría vinculada a las críticas que constatamos, desde el punto de vista de que se trataría de una salida económicamente eficiente a ellas. Así lo consigna Baer (2001: 384): “Las compañías de salud, los planes de organizaciones para el mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés)<sup>116</sup>, y los hospitales se han visto crecientemente interesados en las terapias CAM, como una forma de satisfacer la demanda de los pacientes y abaratar costos”<sup>117</sup>. Sin embargo, en otros estudios se señala que el mismo mercado que permite ganar consistencia a las terapias no biomédicas y así lograr esta posición de relativo reconocimiento, tiende a encarecer la práctica en algunas latitudes. Así lo señala Collyer (2005), particularmente para el caso de Australia. Establece que la incorporación de estas terapias, llevará en último término a incrementar los costos para los consumidores, gobiernos y aseguradoras, y que de hecho las CAM, a pesar de lo que se pensaba sobre todo en un comienzo, tienen “poca relación con el aumento del bienestar, la seguridad del paciente, el altruismo y la cura de la enfermedad”. Esto se suma a las críticas a una cierta ingenuidad respecto a estas terapias, que asociaba lo natural y la “desmedicalización”, en relación al uso de medicamentos químicos, a una ventaja en sí misma (Baer, 2001; Davis, 2001), y al reconocimiento de que su apuesta es más extensa, y representa un propuesta paradigmática (Coulter, 2005; Coulter & Willis, 2004).

Ahora bien, en nuestros términos esto significa que la incorporación de estas prácticas, se asocia con condiciones de posibilidad que van más allá de una rentabilidad económica inmediata, y de una aceptación de lo natural como bueno. Se trataría, como ya lo intentamos exponer en nuestro anterior desarrollo, de la eficacia táctica de este cambio paradigmático.

#### *ii) Tecnologías del yo*

---

<sup>116</sup> Se trata de un tipo de provisión de salud de los Estados Unidos, en donde los contratantes (individuos), se ligan a un plan en donde existe una lista limitada de médicos con los que se tiene acceso preferencial, excepto en casos de emergencia, y que además cubre en la mayoría de los casos los medicamentos. Más información disponible en: <http://es.medicare.gov/sign-up-change-plans/medicare-health-plans/medicare-advantage-plans/hmo-plans.html>

<sup>117</sup> Traducción propia desde el inglés.

Otro punto en el que hay relativo consenso en la literatura internacional, es que estas terapias se asocian a una concepción disímil a la ortodoxa respecto del rol del individuo solicitante, y del propio terapeuta. Se trata de un rol de acompañante (Coulter & Willis, 2004; Baer, 2001), en el que la posición de la persona es mucho más activa (Hughes, 2005). Así, la intervención terapéutica es entendida menos vinculada a ‘curar’ y más en guiar al paciente/usuario/cliente a través del ‘cambio’. Las CAMs, asocian el cambio del individuo como parte del proceso de sanación, que puede ser entendido del mismo modo como medio que como fin (...) el tratamiento se convierte en una exploración, que tiene por objeto además informar al terapeuta sobre el cuerpo del paciente/usuario/cliente (Hughes, 2005: 41)<sup>118</sup>.

Con ello, se establece además lo que comentábamos respecto a una búsqueda indeterminada hacia una nueva interioridad de los individuos, que a través de su cuerpo revelan los aspectos emocionales y espirituales. Al mismo tiempo, la responsabilidad por la salud cae de lleno en los individuos, como nosotros también pudimos dar cuenta. Así indican los estudios conducidos por Hughes (2005: 38):

De las entrevistas emerge que el paciente/usuario/cliente era constituido como siendo responsable por su enfermedad. La extensión de esa responsabilidad, es sin embargo, poco clara y, aunque se decía que las causas de la enfermedad fueron negociadas, en la sesiones terapéuticas los pacientes/usuarios/clientes fueron involucrados en la elección entre salud y enfermedad, como parte de sus vidas.

De ese modo, Hughes plantea que la responsabilidad se hace difusa, en línea con nuestra consideración respecto al hecho de que los aspectos “sociales” quedan difusos. En ambos casos, lo que aparece opaco es la relación entre el individuo, su malestar y las relaciones sociales (tanto micro como macro) que lo atraviesan.

La lectura que nosotros hicimos de esto, respecto al caso particular de los adultos mayores, era su afinidad con las transformaciones en la manera en que se ejerce el gobierno en el régimen neoliberal chileno. En una línea muy similar Fries (2008: 353), respecto al caso canadiense, plantea la vinculación entre la medicina integrativa y las “estrategias neoliberales de gobernanza en las cuales el foco está puesto en habilitar ciudadanos para aceptar la responsabilidad por su salud”<sup>119</sup>. Y por ello justamente, estas prácticas se ubican en el espectro de las tecnologías del yo (Davis, 2001).

### *iii) Estilos de vida*

Otro punto en que nuestros hallazgos se vinculan con la reflexión internacional, es respecto a que lo que está en juego es la jerarquización de estilos de vida (Davis, 2001; Fries, 2008; Baer, 2001). Fries (2013), incluso plantea que esto puede dar paso a unas bases incorporadas (embodied) para la “distinción”. Sin embargo, dado el lugar donde nosotros realizamos nuestra investigación, la utilización de estas terapias no va en la línea de una búsqueda de estar “mejor que bien” (Davis, 2001), sino como respuesta a una medicalización

---

<sup>118</sup> Traducción propia del inglés. Así toda referencia a Hughes (2005).

<sup>119</sup> Traducción propia desde el inglés.

por exceso y por defecto, y a una forma particular de inclusión de los individuos mayores. En ese sentido, la asociación de los dispositivos alternativos de alivio al rango de la policonsulta, expresa más que la intención de distinguirse de otros, una manera de hacer carne ciertas premisas de comportamiento que se aprecian como deseables. Y estos son precisamente las que tienen que ver con la actividad y la capacidad de gestionar la propia vida, en tanto, respuesta precaria a la urgencia de la vida de los mayores. Más allá de su salud, de lo que se trataría sería de procurar que los mayores no impliquen una “problema” que obligue a una modificación más profunda de la distribución de las cargas y de los beneficios sociales, en particular, respecto al sistema de pensiones y el régimen del trabajo. Junto a ello, además, se posibilita la naturalización de una determinada organización social, en tanto el capital simbólico de la salud se asocia a aquellos y aquellas individuos activos, que se gestionan a sí mismo, y que no tendrían por qué desear alternativas colectivas de transformación de aquello que les aflige. Esta relación es lo que vincula a las medicinas alternativas y complementarias con la medicina genómica que describe Rose (2012), en tanto, se despliegan en relación a los modos de vida, inscribiéndose en lo que el autor denomina “ethopolítica”, es decir, precisamente una apuesta por el *ethos*, por la forma de vivir y habitar el mundo.

#### *iv) Ambivalencias*

Un último plano en que se vincula nuestro estudio, con otros a nivel mundial, es en el reconocimiento de las ambivalencias (Fries, 2013, 2008; Davis, 2001; Baer, 2001; Possamai-Inesedy & Cochrane, 2013; Almeida, 2012; Nichol et. al., 2011). No obstante, es posible que nuestra utilización teórica conjunta de los conceptos de gubernamentalidad, campos y dispositivo, junto a la propuesta de los espacios de visibilidad, contribuya a una comprensión más sistemática de aquella ambivalencia, particularmente en el sentido de la posibilidad de la crítica, y de la inscripción en una estrategia global. Lo que parece deficientemente tratado respecto a esto en los estudios citados y en otros, es la relación de las transformaciones del campo de la salud, y el mundo del trabajo. La insistencia en la autonomía de los individuos, no nos parece tan comprensible haciendo referencia a unas transformaciones generales de la economía, sino en tanto las exigencias de la nueva organización del trabajo implican no sólo individuos autónomos, sino individuos que puedan soportar el peso de la gestión individual de problemas sociales que se ha divorciado de las solidaridades posibles en los vínculos laborales. Especialmente, al realizar una investigación en Chile, reconstruyendo al menos en líneas generales las derivas del campo y de los dispositivos, a través de los espacios de visibilidad, no puede obviarse el hecho de que se transforman de facto las relaciones sociales posibles, y se instala luego como legítima la exigencia a los individuos de gestionar individualmente su bienestar, frente a unas relaciones laborales que ya ni siquiera prometen asegurar permanente la vida de las personas, donde una de sus manifestaciones más evidente, son las actuales (y aún más las futuras) pensiones de nuestros jubilados.

No obstante, los individuos mayores de nuestro estudio eran efectivamente capaces de reconocer planos, dimensiones de sí, que antes le estuvieron vedadas. Ahora bien, esto no implica un bien en sí mismo (y eso creemos ha sido suficientemente esclarecido), pero sí

otorga armas posibles de utilizar para ampliar la cabida a las posibilidades que los mismos dispositivos de alivio alternativos abren. De ahí que los puntos de lo que denominamos soberanía (bio)médica sean relevantes discutir, en tanto constriñen las aperturas posibilitadas, manteniendo una etiología imposible, que fundamenta la inscripción de estas terapias como prácticas gubernamentales, sobre todo de cara a la tendencia que apunta a la medicina integrativa.

Resta solamente un epílogo en el que se recopilará el hilo conductor general de nuestro trabajo, y se sugerirán algunos hilos abiertos o no completamente desarrollado, susceptibles de continuarse en trabajos posteriores.

## Epílogo

## a. Necesidad de los largos caminos

Así como expresamos en nuestra introducción, la importancia de reconocer, aún con mínimos gestos, el carácter colectivo de todo conocimiento, y por tanto la ficción interesada de la autoría individual, creemos que es fundamental la coherencia epistemológica en un trabajo de investigación. Esto, por supuesto va más allá de una pulcritud formal o argumentativa. Con epistemológica queremos indicar aquello que fundamenta el acceso a lo que, a falta de mejores términos, denominamos “realidad social”. En ese sentido, delinea una ontología sin la necesidad de discutirla explícitamente (poco conveniente a la luz de las características de un trabajo sociológico en este nivel), y la hace inseparable de las estrategias metodológicas a las que se recurre para construir y abordar los objetos de investigación<sup>120</sup>. Con ese espíritu queremos repasar parte del hilo conductor de nuestro trabajo, no sólo desde el punto de vista argumentativo, sino también de las decisiones de investigación que fundamentan su desarrollo.

### *i) El recurso a la formación del campo de la salud moderno en Chile.*

Si bien de forma evidente nuestra investigación se situaba en lo que denominamos “espacio de visibilidad” de los dispositivos de alivio alternativos, que dan vida al programa de medicinas alternativas en el CESFAM de O., desde nuestro punto de vista se hacía imposible describirlo, sin inscribirlo en una historia más larga, sin historizar sus condiciones de posibilidad. Si la pretensión de nuestro estudio hubiese radicado en el estudio del caso, podríamos habernos dedicado a la lectura de la historia de la formación del propio programa dentro del contexto más o menos contemporáneo de sus posibilidades institucionales en Chile. Sin embargo, nuestra ambición era mayor. Si nos propusimos analizar las prácticas terapéuticas alternativas, era en primera instancia, porque nos interesaba abordar el reverso de un discurso médico ortodoxo, que la bibliografía, las condiciones cotidianas, y las demandas sociales, constatan agotado hace largo tiempo, y en particular nos parecía relevante en relación a los adultos mayores, cuestión que abordaremos luego.

En estrecha relación con lo anterior, no era difícil constatar, a pesar de las críticas, la importancia crucial que tiene la salud en las prácticas cotidianas, en los mensajes públicos, en las políticas sociales. ¿Cómo había llegado a ese nivel de importancia y legitimidad el discurso médico en Chile? ¿Era simplemente asimilable a experiencias de otros países, de otras latitudes? Y así mismo, el acceso que tuvimos a un programa tan completo de prácticas terapéuticas no biomédicas, instaladas en el corazón del sistema nacional de servicios de salud (SNSS), la atención primaria, ¿indicaba una disminución de la propia legitimidad biomédica? ¿Lograba siquiera plantear cierta autonomía frente a esta legitimidad? ¿En qué consistía?

Podríamos decir que efectivamente la primera tarea que emprendimos fue la de una búsqueda de antecedentes de los comienzos de los sistemas de salud modernos en Chile y Latinoamérica. En este sentido, no tardamos en descubrir que un elemento central que permitía ordenar los diferentes insumos, era la manera en que el proceso describía en términos

---

<sup>120</sup> La descripción de la metodología se encuentra en la introducción a nuestro trabajo. Los materiales que se utilizaron, se encuentran disponibles en anexos.

sumamente coherentes lo que Bourdieu caracterizaba como la formación de un campo<sup>121</sup>. Sin embargo otro punto nos pareció aún más interesante, y que se reforzaba con los antecedentes teóricos que sumábamos a nuestro trabajo: La manera en que -en las reflexiones sobre la salud- jamás se divorcian los planos epistemológicos (sobre la verdad de la enfermedad) y morales (sobre lo deseable y legítimo de ciertos comportamientos)<sup>122</sup>. De esta forma, además, se daba cuenta de la importancia que podían tener las concepciones sobre la salud/enfermedad, respecto a lo que los individuos podían concebir de sí mismo, y en ese sentido, formaba parte de sus posibilidades de constitución como tales, lo que luego denominaremos “tecnologías del yo”. En efecto, pronto fue claro que el estado “neutral” que plantea la noción de “salud”, no podía entenderse como un elemento concreto existente en sí mismo, sino que más bien indicaba una proyección basada en al menos 4 dimensiones: Una definición de la naturaleza de la enfermedad, que define también formas de la intervención; Una definición sobre las actividades legítimas y deseables, que delimitan lo que se considera “vida”; Una definición sobre la muerte, como contracara de la vida, y cuya asociación a un “mero” hecho biológico es menos frecuente y más ambigua de lo que se puede creer; y finalmente, una teoría sobre el cuerpo, que propone el terreno de la intervención<sup>123</sup>.

En términos de contenido, quisiéramos enfatizar en dos puntos centrales que permitió la reconstrucción de este campo. En primer lugar, el hecho más o menos conocido de la importancia de las barreras educativas y legales, que permitieron instalarse, desplegarse y posicionarse a un saber sobre el sufrimiento proveniente desde Europa, relegando, y criminalizando a otros conocimientos populares, y en particular indígenas. En ese sentido, una deuda de esta investigación podría considerarse no haber prestado más atención e indagado respecto al carácter colonialista de la constitución de un campo moderno de la salud en Chile. Un camino posible sin embargo se plantea, a través de lo que denominamos “diferencial científico” como elemento clave para convertir el capital terapéutico en capital simbólico.

En segundo lugar, la importancia crucial de la integración del país a los intercambios capitalistas internacionales, que sitúan definitivamente la vida de los trabajadores entre los factores de la producción, y que junto a la llamada “cuestión social”, requieren de una gestión particular, que el saber técnico de la medicina occidental estaba llamada a responder. Más allá del hecho histórico específico, esto nos hacía reconocer la importancia de entender las prácticas terapéuticas en su vinculación con el régimen del trabajo, y a través de éste, con la economía en general, que incluye a la industria farmacéutica de la cual es condición de posibilidad (y a la vez es ésta misma condición del despliegue de la medicina, de la “medicalización”).

---

<sup>121</sup> Ver apartado I.I. En general, en esta sección en lugar de duplicar las referencias, referiremos a los apartados en donde se encuentra lo que enunciamos.

<sup>122</sup> Esto también se vincula con una investigación en la que participé anteriormente, sobre el hospital penitenciario de Santiago, en la cual terminábamos con la siguiente pregunta: “¿es posible, tan sólo imaginar, una medicina desembarazada de sus aspectos políticos, de su rol de regeneración física y moral del pueblo?” (Garrido, Pereira, Sir & Valdebenito, inédito).

<sup>123</sup> Estas dimensiones como se declara en el primer capítulo, se apoyan en reflexiones de otros autores, particularmente interesantes al respecto son Canguilhem, (1978); Zárate (2008) y; Hughes (2005).



En tercer lugar, el recorrido por la estructuración formal de este campo, nos mostraba cómo paulatinamente se establecía un ámbito completamente diferenciado de la salud, que se separaba de las esferas del trabajo y la seguridad social, con lo que se hacía eco de lo que Foucault (2002) señalara para el Plan Beveridge en Inglaterra. La salud, a la vez que preocupación estatal, deviene por primera vez cuestión individual (a través del desarrollo de la noción de ésta como “derecho”). Desde la década de los 50’s los avances de los mercados sanitarios encontrarán espacio para su puesta en marcha, mediante esta institucionalización. El propio Estado da la posibilidad al mercado. La constitución de “sujetos de la higiene”<sup>124</sup>, es decir, individuos educados en la necesidad de procurar su salud, como forma de asegurar un bienestar, permitirá su vinculación con las ofertas sanitarias, y por tanto, permitirá su desarrollo. Este territorio descubierto, el de sujetos deseosos de cuidar su salud, será posteriormente ocupado también por las prácticas terapéuticas no biomédicas, que pueden ofrecer alternativas innovadoras, y promesas de diferente índole a individuos que crecientemente centrarán su atención en su calidad de vida individual, queriendo con ello abandonar un concepto de salud, tan solo como su restablecimiento. Se abren posibilidades de investigación sobre este proceso, en que el desarrollo institucional estatal, da pie a la mercantilización de la dimensión que hace emerger diferenciada, y que finalmente termina por recubrir a su provisión como derecho. Lo cual podría encontrar análogos en otros ámbitos de la vida social.

*ii) El peligro del dominocentrismo.*

Si esta, relativamente larga digresión histórica sobre la formación de un campo moderno de la salud en Chile, permitía, fiel a la epistemología de nuestra investigación, situar las bases relacionales e históricas, sobre las que se llega a observar el espacio específico de nuestra investigación empírica, nos hacía a la vez correr un riesgo. Éste consiste en una lectura demasiado unitaria y coherente del campo, que implica algo que los críticos de los trabajos de Bourdieu denominaron dominocentrismo. Sin entrar en mayores detalles<sup>125</sup>, se trata del peligro de perder la consistencia de las prácticas terapéuticas alternativas, en una lectura que las pusiera únicamente en relación a los elementos dominantes, lo que consiste para nuestro caso, en una lectura del campo exclusivamente desde la biomedicina.

De ahí que hubo que introducir una vinculación teórica no del todo usual, aunque no por ello impensable. Al describirlos como dispositivos, en el sentido foucaultiano, se podía dar cuenta de su consistencia propia, el hecho de no que no dependieran únicamente de su posición respecto a la medicina científica. Esto también contribuía a dar lugar a las observaciones empíricas que daban cuenta de dimensiones de los dispositivos alternativos que la medicina ortodoxa dejaba fuera, que le eran exclusivos, por lo cual no era posible simplemente describirlos como una posición dominada.

Dispositivos sí, pero jerarquizados en un campo. Esto implicaba, entonces, no perder de vista el recorrido que hicimos sobre la formación del campo de la salud, y que al mismo

---

<sup>124</sup> Consultar I.III.c

<sup>125</sup> Al respecto consultar apartado I.II.

tiempo sustentaba las limitaciones a las potencialidades de las prácticas terapéuticas alternativas, observadas empíricamente.

De esta manera entonces, pudimos apreciar que los dispositivos alternativos permitían efectivamente delinear otras concepciones sobre la vida, la muerte, la enfermedad y los cuerpos. Además, vinculando aquellas nociones exclusivas con prácticas específicas, lo que atestiguaba la capacidad de los dispositivos de alivio de “hacer carne” sus premisas, a través de intervenciones prácticas que modifican las conductas de quienes se someten a ellos. En especial, los planos emocionales y espirituales, jugaban un rol totalmente ausente en la etiología de la enfermedad, en la naturaleza de ésta que maneja la medicina científica. Fundaban, por ello, la necesidad de reconocer un territorio diferente de intervención (más allá del cuerpo biológico/fisiológico)<sup>126</sup>, acompañada de sus prácticas y sustancias específicas. Este es el modo en que se constituye lo que denominamos *espacios de visibilidad*. Noción que indica el funcionamiento observable, empírica y sociológicamente, de un dispositivo. Esto es, la manera en que para ser reconocidos y tratados mediante las prácticas alternativas de salud, y para que eventualmente el tratamiento tenga efecto, los individuos deben aprender a describirse (verse y decirse) de tal o cual manera, dando con ello vida a las propuestas del dispositivo. Esto mismo posibilitaba a las y los entrevistados a levantar críticas respecto al operar común del aparato biomédico, que se expresaba en una alta valoración del buen trato, de la autonomía individual, y de humanización de la atención, de parte de las prácticas alternativas<sup>127</sup>.

Ahora bien, si la exclusión formal de estas prácticas se podía describir relajada a tal punto que se permitía un cierto despliegue de los dispositivos alternativos, esto se acompañaba de elementos específicos que permitían hablar de una mantención de la “soberanía médica”. Decíamos soberanía porque implicaba un elemento territorial. Territorial respecto a la etiología de la enfermedad, y respecto a su posición en el campo de la salud. Lo segundo es lo más evidente. La aceptación formal, se acompañaba de una devaluación tácita del tipo de enfermedades (inespecíficas, sin causa fisiológica comprobable) y de pacientes (policonsultantes) a las que se ligaban las prácticas alternativas. Lo primero, implicaba un acuerdo tácito, que de romperse amenazaría la relación existente, y que funda la posibilidad de la medicina integrativa. Consiste en la imposibilidad de incorporar sistemáticamente la dimensión de la estructura económica-política en la naturaleza de la enfermedad, es decir, más allá de un rol de “determinante”. Tanto los dispositivos alternativos, como el biomédico, reconocen en la salud ante todo un fenómeno individual, fundado en distintos planos que abren un espacio de lo común (biología, emociones, espíritu/energía), pero intervenible, solamente mediante una acción sobre el/los cuerpo(s) individuales. Sobre este acuerdo tácito encuentran cabida los ámbitos que intervienen los dispositivos alternativos. Es más, los dispositivos alternativos, con su crítica a elementos clásicos de la medicina ortodoxa como su carácter autoritativo y la objetivación del individuo solicitante, estaban en condiciones no sólo de reconocer, sino también de fortalecer una intervención individual, además gestionada por el propio individuo fortalecido. De este modo es posible mantener el ideal preventivo de la salud

---

<sup>126</sup> Ver sobre todo I.I

<sup>127</sup> Ver I.III (c); y III.II

pública, pero ahora decididamente fundada en la gestión que los propios individuos pueden hacer sobre sí, reforzada por prácticas que estimulan el fortalecimiento individual, en otras palabras, la preparación para enfrentar un espacio social caracterizado por el riesgo y la incertidumbre, para gestionar individualmente problemas colectivos

Este es un efecto local del dispositivo, un elemento innegable, cuya constatación no puede revestir un juicio *a priori* sino que reclama una aproximación a su inscripción global. En el mismo sentido, la descripción de acuerdo tácito que excluye la dimensión económico-político de las causas específicas de la enfermedad, no es un juicio general sobre las prácticas terapéuticas alternativas, tampoco sobre la medicina científica, sino que solamente la constatación de su estructuración actual. Corresponden a otras investigaciones indagar en las posibilidades de inclusión radical de esta dimensión en base a una u otra aproximación. Quisiéramos solamente reiterar una interrogante que ya planteamos: ¿Por qué la manera en que nos gobernamos, en que se distribuyen cargas, prestigios y beneficios, tendría un peso menor que aquello que se denomina plano emocional? O mejor, ¿esa emoción o esa capacidad de sentir, no tiene ninguna relación con la manera en que se nos permite trabajar, amar, vivir? Y si la tiene, entonces, ¿por qué se puede incorporar a la etiología, a las causas de las enfermedades, lo espiritual y lo emocional, y nunca sistemáticamente la organización social, la “salud de la sociedad”?<sup>128</sup>

### *iii) El peligro de una lectura exclusivamente interna.*

El concepto de dispositivo, y por ende nuestra concepción desde lo que denominamos espacios de visibilidad, nos invitaba a reconocer otro elemento que puede perderse en una utilización irreflexiva de la categoría de campo. La noción de campo, de un espacio relativamente autónomo, en la propia conceptualización de Bourdieu (1995, 1999, 2006, 2007) no pierde nunca su relación con sus condiciones de posibilidad (su exterior), sin embargo, es poco claro qué forma toma esa relación a lo largo del tiempo. Es decir, cuáles son los efectos concretos del vínculo entre lo que se puede considerar interno del campo (prácticas terapéuticas, sus dinámicas de legitimidad, etc.), y aquello que se ubica en su exterior (prácticas educativas, prácticas políticas, jerarquía social de los valores, etc.). Lo que permite la conceptualización de la existencia de dispositivos jerarquizados en un campo, es reconocer simultáneamente aquella jerarquía y la multiplicidad que existe en un campo, a pesar de la jerarquía.

En este sentido, la lectura de la génesis de un campo de la salud, puede dar paso a la genealogía de los dispositivos, descubriendo en los efectos locales de éstos, en su relación con líneas de poder, el principio de su jerarquización, y por tanto, de la forma que adquiere el campo en un momento determinado. Asimismo, permite comprender las dinámicas internas no únicamente como factor de un desarrollo de sus fuerzas propias, sino también en vinculación con los requisitos más generales de la organización social. De ese modo, la idea del desarrollo del posicionamiento privilegiado de la medicina científica, merced a unos requisitos

---

<sup>128</sup> Ver desarrollo apartado I.III.

determinados de la organización del trabajo y de la economía, no constituye un hecho aislado o fundacional, sino un principio de inteligibilidad. La posición que empiezan a ocupar los dispositivos alternativos, no puede entenderse únicamente como obra de una crisis de la profesión médica o de su poder, como otras lecturas lo hacen<sup>129</sup>, sino en relación a transformaciones y desplazamientos en la manera en que se organiza política y económicamente la vida en sociedad, y por ende el mercado del trabajo.

Es propio de los dispositivos el hecho de que respondan a determinadas urgencias. Éstas siempre pueden tomar un carácter político, en el sentido que permiten producir realidades que respondan a presiones sobre lo actualmente existente, y con ello mantenerlo, controlando las posibilidades a las que apuntan las crisis, o potenciando las alternativas. En ese sentido, el recurso a la noción de gubernamentalidad se hizo fundamental. Este concepto permite explorar problemas de índole gubernamental, en el sentido de la necesidad de conducir conductas, sin reducir el gobierno a las instituciones clásicamente consideradas políticas.

Toda articulación gubernamental requiere de dispositivos, en tanto éstos ligan las racionalidades políticas a tecnologías específicas, a través de la formación de espacios de visibilidad podríamos agregar nosotros. Los desplazamientos contemporáneos de las racionalidades políticas, y también por cierto, las transformaciones organizativas y “materiales”, que significan la precarización de las condiciones de vida, con la universalización del riesgo y la incertidumbre, hacen recaer más y más el peso de la gestión social en los hombros de los individuos, y es más, incluso llegan a constituir un “nuevo espíritu del capitalismo”.

En estas circunstancias, lo que Foucault denomina “tecnologías del yo”<sup>130</sup>, se hacen fundamentales como tecnologías de gobierno propiamente tal, disponiendo para ello de diversos aparatos o dispositivos (hicimos mención en nuestra tesis al Programa Elige Vivir Sano, inaugurado en el mandato de Sebastián Piñera; también puede hacerse referencia a los libros de autoayuda; a la masificación del psicoanálisis y otras formas de interrogación psicológica; a los desarrollos individualizadores de la medicina genómica, por solo nombrar algunos). Dentro de estos dispositivos propios de tecnologías del yo, encontramos a las prácticas terapéuticas alternativas (que denominamos en efecto, dispositivos de alivio alternativos). Éstos presentan una particular relevancia, ya que es posible constatar una tendencia a un posicionamiento central en la provisión de salud, tanto a nivel nacional como internacional, apoyando con ello la hipótesis de que los cambios al interior del campo de la salud, se relacionan con transformaciones más generales.

Esto permite conectar la constatación de la “etiología imposible”, con los requisitos propios de las racionalidades políticas contemporáneas, y que implican a la vez la necesidad de reflexionar al respecto para evitar la proliferación de efectos no buscados (o sincerar las posiciones de quienes los busquen).<sup>131</sup>

Lo particular de la entrada de estas prácticas terapéuticas en los sistemas públicos de salud, estaría en que merced a sus efectos locales, pueden inscribirse en una estrategia global

---

<sup>129</sup> Ver sobre todo II.III y III.III

<sup>130</sup> Ver a este respecto apartados: II.III (b); III.I y; III.III.

<sup>131</sup> Para lo anterior y para lo presente, ver sobre todo: I.III; II.III y; Capítulo 3.

que tiende a hacer descansar la gestión de problemas colectivos en lo que los propios individuos pueden hacer al respecto, especialmente trabajando sobre ellos mismos, modificando sus prácticas, frente a un mundo que aparece en la misma medida inmodificable. Con ello se naturaliza un cierto estado de las relaciones sociales, en particular las que se conciben como legítimas en el capitalismo contemporáneo, basadas en individuos libres, económicamente disponibles, y sobre todos automotivados a su inclusión en el orden económico imperante adoptando cada uno la forma de la empresa (la tan conocida figura del emprendedor)<sup>132</sup>. Junto a ello, se reproducen las diferencias sociales, pues la posibilidad de manejarse con éxito frente a las presiones colectivas (por ejemplo, la estratificación de “derechos” como la educación o la salud; o llevar adelante una trayectoria laboral exitosa en un mercado laboral precario e inseguro; o enfrentar la vejez de forma activa; etc.), está desigualmente distribuida<sup>133</sup>. Este acuerdo tácito de exclusión de los factores políticos y económicos de la etiología de la enfermedad, permite responsabilizar a los individuos de su bienestar, en base a una nueva interioridad (espiritual o emocional), que la emparenta con la búsqueda infinitamente dispuesta hacia dentro en las dimensiones genéticas<sup>134</sup>, y/o neuroquímicas, que plantea Rose (2012), y que dan pie a una *ethopolítica*. Esto es una forma de la política en donde los modos de vidas exitosos se ponen por sobre las que no pueden alcanzar el éxito, y éste estaría fundado en sortear apropiadamente la necesidad de gestionar sus vidas (e incluso, se dirá, de estar “mejor que bien”), lo cual como ya apuntamos, es una posibilidad desigualmente distribuida, en tanto descansa por un lado, en diferencias de capitales, y por otro en el uso apropiado que de éstos se puede hacer, dadas las trayectorias sociales.

*iv) La condición de los mayores.*

Estudiar la salud a partir de su vínculo con los individuos mayores, es también otro largo camino. Gracias a las primeras indagaciones en los antecedentes históricos, donde se verificó la relación entre la medicina científica y la necesidad de trabajadores sanos, surge como algo relevante plantearse qué puede hacer una medicina que concibe en términos neutrales la “salud”, frente a la inexistencia de una *causa final* (su para qué) vinculada a la obligación social del individuo que sufre (obligación de obedecer a los padres; de asistir al colegio; de cumplir maritalmente; y sobre todo, de trabajar). Una forma privilegiada para observarlo, era la experiencia de la salud de los mayores, la manera en que los concibe la medicina, y los tipos de subjetivaciones que les permite.

Tempranamente fue claro que la población mayor, o más bien el envejecimiento poblacional mismo representaba un “problema” importante para la biomedicina, sobre todo a raíz del cambio epidemiológico que pone en primer lugar las enfermedades crónicas por sobre

---

<sup>132</sup> Ver sobre todo apartado III.III

<sup>133</sup> Ver capítulo 2.

<sup>134</sup> Aún cuando, como plantea Rose (2012), la indagación genética plantea una nueva ontología concibiendo un “mundo aplanado”, puesto sus consecuencias en las prácticas comunes de salud, aún se desconocen.

las infecciosas, como causa de muerte<sup>135</sup>. Esto modifica la relación con los dispositivos de alivio, haciendo de ellos más que un recurso delimitado a puntos críticos y episodios agudos (aun cuando aún sean recurrentes), una herramienta constante que configura un vínculo estrecho, cotidiano y sin límite claro, entre el individuo y su preocupación por sanar. Esta cronización de las enfermedades tiende a hacer la relación, entre individuos y dispositivos de alivio, tan difusa, que el fenómeno de la “policonsulta” adquiere particular relevancia, implicando aumento de costos y desgastes materiales y humanos en la atención de salud, dado que el paciente policonsultante es aquel frente al cual no puede reconocerse un origen específico (biológico-fisiológico) de su malestar.

Por otra parte, siguiendo la epistemología relacional e historizante que exige la utilización de conceptos propios de las obras de Bourdieu y Foucault, no podíamos hablar de individuos mayores sin hacer una –aunque sea breve- revisión a sus condiciones de posibilidad<sup>136</sup>. En ese sentido, era de vital importancia reconocer que la existencia de una clase de edad de los mayores tal como la conocemos, es un elemento relativamente nuevo, fruto de las propias expectativas creadas por el mercado del trabajo clásico (taylorista y fordista), con la provisión de salud asociada y su relación con los intentos de incrementar los sistemas de bienestar (o providencia como se llamó en nuestras latitudes). Frente a la llamada “tercera edad”, el concepto de “producción” puede ocuparse en su sentido fuerte, pues la propia existencia de este grupo etario como diferenciado, se asocia a los triunfos de la medicina científica. No obstante, aquello paradójicamente redunde en el problemático cambio del patrón epidemiológico. La edad de jubilación formal, es decir, el veredicto que libera a los individuos de la obligación de trabajar, y el fin de la crianza primaria, única que obliga legalmente, marca una condición de des-obligatoriedad inédita en sociedades que giran en torno al trabajo, y particularmente sospechosa para aquellas que centran la valoración de los individuos en su enrolamiento en actividades. En efecto esto constituye una “prueba” para los individuos, en el sentido que le dan Araujo y Martuccelli (2012), y se convierte en un problema para las prácticas terapéuticas, en la medida en que excluyen tanto la pregunta del para qué de su funcionamiento, como una reflexión sistemática de las raíces sociales del sufrimiento individual.

Al no existir un lugar social propio (una obligación), el campo de la salud tiene pocas alternativas a un sufrimiento vinculado con una condición social sin circuitos de reconocimiento propios. De ahí que los mayores que no pueden gestionar su vida exitosamente, es decir, que encuentran dificultades para mantenerse activos y vinculados con los otros, caigan frecuentemente en la categoría de policonsultante. Es decir, aquellos “pacientes” que no parecen tener nada concreto, y que vuelven una y otra vez a los consultorios en búsqueda de algún alivio a un problema para ellos absolutamente real, mientras que para la objetivación de la medicina científica, inexistente. Este es un problema que va más allá de los inconvenientes para los sistemas de salud, incluso en lo referente a los problemas económicos, pues son estos malestares constantes y sobre todo no letales, más que las

---

<sup>135</sup> Ver sobre todo II.I

<sup>136</sup> Ídem.

enfermedades agudas, las que señalan para quien cuenta con las herramientas necesarias de lectura, la falta de un lugar propio para todo un segmento de edad cada vez más numeroso, y por lo demás, con posibilidades ciertas de adquirir voz política<sup>137</sup>.

Una primera lectura de los mayores, que es parte de su producción simbólica como grupo, tendía a asociarlos a las características de dependencia y deterioro, lo cual fundaba una suerte de medicalización por defecto, es decir, encargadas de suplir fallas orgánicas, y que entendía que la prolongación de la vida más allá de la edad de jubilación formal, sería breve, por lo que no constituiría mayores cargas a los sistemas de pensiones. La constatación de lo contrario, o sea de un exceso de vitalidad, y el consiguiente problema económico, administrativo, y simbólico, fundamentará intentos de reingresarlos al régimen del trabajo, y en general, la idea de que no sólo es deseable, sino posible retardar y prácticamente anular los rasgos de la vejez. Con ello, se da pie a una medicalización por exceso, apareciendo la vejez como un riesgo sobre el que se pueden tomar cartas en el asunto<sup>138</sup>.

De este modo la principal forma de integración efectiva de los mayores a la sociedad, se da de forma medicalizada. Lo particularmente interesante del procesamiento medicalizado del cambio en la pirámide poblacional, es que no cuestiona el núcleo de las relaciones económicas y políticas que mantienen a los individuos en una suerte de “muerte social”<sup>139</sup>, y con ello reproduce acríticamente (aunque se manifieste explícitamente lo contrario) las diferencias fruto de las trayectorias sociales, que al confluir con el mandato de gestionar individualmente la vida, naturalizan tanto la posición de los y las mayores, como sus diferencias e injusticias. Por esa razón, planteábamos que la relación con los dispositivos alternativos de alivio, puede entenderse como forma de suplir una transformación más profunda que diera lugar permanentemente a las formas de vidas específicas que se desprenden de una trayectoria vital prolongada, y una desobligatoriedad respecto a lo que constituyen las expectativas en la “niñez”, la “juventud” y la “adultez”. Aquí se aprecia al menos una de las potencias de estos dispositivos como tecnologías de gobierno. Responden a la urgencia de la falta de reconocimiento y de lugar social en los individuos mayores, en tanto se plantean un fortalecimiento del individuo que permitiría, y estimularía a través de la jerarquización de formas de vida, a que éstos mismos buscaran la inserción en la sociedad por su propia cuenta. Por otra parte, contribuyen a la respuesta del polo material de la misma situación: La precarización radical de la vejez, fruto de la individualización del sistema de pensiones, correlato vergonzosamente visible del mito (neo)liberal sobre la forma de las relaciones sociales. Además, siendo parte de un CESFAM, de una región periurbana, se instala justamente el fomento de la iniciativa individual en quienes no parecen cumplir satisfactoriamente el

---

<sup>137</sup> Al respecto la creación de SENAMA, servicio público creado por medio de la promulgación de la Ley N°19.828, el 17 de Septiembre de 2002, y los constantes estudios, planes, e intervenciones que de ahí en adelante emprende, sustenta la idea de su creciente importancia como ámbito de gobierno.

<sup>138</sup> Hacemos referencia a esto en II.I.b.

<sup>139</sup> Para todo este desarrollo ver capítulo 2.

mandato de la gestión de sí, es decir, aquellos adultos mayores que devienen policonsultantes.<sup>140</sup>

Sin embargo, antes de terminar con una sentencia fundamentalmente negativa, sería necesario remarcar lo que hemos mencionado como ambigüedad de este fortalecimiento del individuo. Sobre todo, querríamos hacerlo de cara a las posibilidades de reconocimientos de las dimensiones emocionales y espirituales, para personas que sentidamente en las entrevistas manifestaban que aquellas eran elementos novedosos para hablar de sí mismos, y les habilitaban a desafiar a la autoridad médica, antes jamás discutida<sup>141</sup>. Ahora bien, insistimos, no se puede simplemente celebrar el efecto local, descuidando su inscripción global, y hasta ahora aquella etiología imposible permite obliterar lo que da la especificidad a la posición social de los mayores, y también a su sufrimiento, y cuya consideración profunda implicaría un cuestionamiento radical al régimen del trabajo actual y a la sociedad que le corresponde.

#### **b. Los largos caminos no se cierran.**

Quisiéramos hacer mención aquí a cuatro líneas abiertas por la investigación, además de las ya insinuadas.

Por un lado, aceptando que estas prácticas terapéuticas consisten efectivamente en tecnologías del yo, es lícita la pregunta sobre cómo se practican en otros niveles y espacios. Por ejemplo, de cara a una situación económica e institucional que le permita un despliegue mayor de sus potencialidades. Esto involucraría también una modificación de los elementos metodológicos, recargando el peso de éstos en las técnicas de observación, que permitieran realizar etnografías multisituadas, pudiendo dar cuenta de las diferencias internas entre los espacios de visibilidad de los dispositivos, y sus vínculos (o separaciones) de la racionalidad gubernamental que descansa en el fortalecimiento de los individuos que no sólo deben estar disponibles, sino deseosos de entrar al juego económico.

Por otro lado, sería de bastante interés recorrer un punto que ha quedado relativamente oculto. Hemos hecho mención en el cuerpo del trabajo, en más de una oportunidad, a la disolución de oposiciones políticas y epistemológicas clásicas, por ejemplo, entre control y autonomía. Al mismo tiempo, creemos haber sido claros en que la preocupación por el bienestar individual basado en una etiología que no reconoce en la raíz del sufrimiento físico su inscripción social, es peligrosa porque lo divorcia del bienestar colectivo, y en ese sentido permite una observación constante hacia el interior (biológico, espiritual, emocional, energético, etc.) que no requiere de la transformación de la manera en que nos organizamos, en que nos gobernamos. Sin embargo, sería ingenuo pensar que la preocupación por el bienestar individual es mero efecto de los dispositivos de alivio actuales. Por ello parece interesante indagar en otras nociones de bienestar individual, particularmente no occidentales, para buscar allí otros puntos de encuentro entre lo que Foucault llama inquietud de sí, y la transformación duradera de la organización económica-política. Esto se entroncaría con el reconocimiento de

---

<sup>140</sup> Ver II.III y capítulo 3. La situación del uso de estas terapias para estar “mejor que bien”, propio de sectores acomodados, es un tema que requiere de una investigación propia.

<sup>141</sup> Ver apartados I.I.c. y III.II.



la colonialidad del saber médico. Se trata de una invitación a descubrir aquello que puede abrir las aporías de nuestro presente, tensionándolo con lecturas que nos permitan al menos imaginar los afueras de los dispositivos.

En tercer lugar, y directamente relacionado con lo anterior, el desarrollo de este trabajo, reclama como punto abierto, la investigación sobre las posibilidades de incorporar sistemáticamente la dimensión de nuestra organización económica-política, en la raíz de nuestras enfermedades actuales, particularmente aquellas que constituyen el espectro crónico. Una investigación de este tipo requeriría por cierto un equipo interdisciplinario, y debería buscar antecedentes en casos como el movimiento obrero italiano “La salud no se vende”, o el caso de la hoja sanitaria rescatado en el libro de Nicolás Fuster (2013).

Finalmente, una reflexión más acabada sobre la articulación de la preocupación por la salud y los requisitos que se le imponen al individuo, apuntaría a la importancia fundamental de esta inquietud para la gestión individual de problemas sociales. En otras palabras, sólo individuos estimulados constantemente a vigilar su bienestar individual, estarían en condiciones de hacer frente a demandas tan altas de una organización social que deja reposar responsabilidades antes consideradas colectivas, en los hombros de individuos obligados a moverse, a enrolarse, a gestionarse en consecuencia. La preocupación por el bienestar individual sería el sustento corporal y subjetivo de las demandas que diversas instituciones imponen de manera objetiva a los cuerpos socializados. Esto podría dar pie a una investigación que buscara sistematizar las diferentes reflexiones y trabajos realizados en el amplio espectro del bienestar individual (sobre programas de salud pública como *Elige Vivir Sano*; los hábitos de consumo alimenticio; los libros de autoayuda; el deporte; la estratificación de la salud; las prácticas sexuales, etc.). Nuestro trabajo permitiría plantear la hipótesis de que el modo de vida actual es insostenible sin la preocupación individual por la salud, comprendida ahora en la categoría de bienestar individual. Sin embargo, se requeriría profundizar la investigación para aventurar respuestas. Esta investigación podría ser complementaria a los puntos 2 y 3, dado que en aquellas se intenta dar cuenta de otras posibilidades de vincular bienestar individual y colectivo, mientras ésta exploraría las consecuencias del actual divorcio entre ambos.

## Bibliografía

- Abusleme, M. et. al. (2013) *Inclusión y Exclusión Social de las personas mayores en Chile*. Santiago: Senama - Facso U. Chile - Flacso Chile. Servicio Nacional del Adulto Mayor. Disponible online en: <http://www.senama.cl/filesapp/INTER%20LIBRO%20INCLUSION%2013%20DE%20MARZO.pdf> [Última visita en abril 2014]
- Agamben, G. (1998) *Homo Sacer. El poder soberano y la nuda vida*. España: Pre-Textos.
- Agamben, G. (2004) *Estado de Excepción: Homo Sacer II, I*. Buenos Aires: Adriana Hidalgo Editora.
- Agamben, G. (2011) “¿Qué es un dispositivo?”. En *Sociológica* 26(73): 249-264.
- Alcántara, G. (2008) “La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad.” En *Sapiens*, 9(1): 93-107. Universidad Pedagógica Experimental Libertador. Caracas, Venezuela
- Almeida, J. (2012) “The differential incorporation of CAM into the medical establishment: The case of acupuncture and homeopathy in Portugal”, en *Health Sociology Review* 21(1): 5-22.
- Andréu, J. (2002) *Las técnicas de análisis de contenido: Una revisión actualizada*. España: Fundación Centro de Estudios Andaluces.
- Andrews, G. (2001). “Placebo response in depression: bane of research, boon to therapy”. En *British Journal of Psychiatry* 17(8):192-4.
- Araya, J.P. (2007) *Salud y Vejez Saludable. Aproximación a los Discursos Referidos a la Salud y la Vejez Saludable de las (Propias) Personas Mayores*. Tesis para optar al grado de magister en Antropología y Desarrollo. Disponible en: [http://www.facso.uchile.cl/observa/tesis\\_araya.pdf](http://www.facso.uchile.cl/observa/tesis_araya.pdf)
- Araya, S. (2002) *Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión*. Costa Rica: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO).
- Arias, K. (2007) "La vejez como deterioro, una categoría de opresión social: Resituando a los adultos mayores. En *Revista Perspectivas Universidad Cardenal Silva Henríquez*, 12(18): 159-171.
- Armus, D. (2005) *Avatares de la medicalización en América Latina 1870-1970*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Arnold, M. et al. (2007). “La vejez desde la mirada de los jóvenes: Estudio exploratorio”. *Última Década*, 75-91.

- Baer, H. (2001) "Complementary and alternative medicine. Processes of legitimation, professionalization, and cooption". En Cockerham, W. (Ed.), *The Blackwell companion to medical sociology* (373-388). Oxford: Blackwell.
- Bauman, Z. (2003) *Modernidad Líquida*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Becerra, M. (2007). *Biopolítica*. Recuperado el 16 de Julio de 2012, de [www.biopolitica.cl/pags/nuestra\\_red.htm](http://www.biopolitica.cl/pags/nuestra_red.htm)
- Becerra, M (2010). "De psicosis tóxica a predisposición mórbida. Emergencia de la figura del toxicómano en Chile: 1872-1954", *BioPolítica*, Red de investigadores de biopolitica.cl (pp. 1-21), [http://www.biopolitica.cl/docs/publi\\_bio/Mauricio\\_Becerra\\_psicosis\\_toxica.pdf](http://www.biopolitica.cl/docs/publi_bio/Mauricio_Becerra_psicosis_toxica.pdf)
- Beck, U. (2004). *Risk society: Towards a new modernity*. London: Sage.
- Belmartino, S. (2005). "Servicio de salud y sistema político: Argentina, Brasil y Chile, 1920-1970". En D. Armus, *Avatares de la medicalización en América Latina 1870-1970* (págs. 101-144). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Benjamin, W. (2009) *La dialéctica en suspenso. Fragmentos sobre la historia*. Santiago de Chile: LOM Ediciones.
- Berges et. al. (2002) *Las ciencias sociales: concepciones y procedimientos*. Barcelona: Editorial Graó.
- Bermejo, José (2006) "La soledad en los mayores". En *Ars Médica*, 8(8), disponible online en : <http://escuela.med.puc.cl/publ/arsmedica/arsmedica8/Art10.html> [Última visita abril de 2014].
- Bodeker, G. & Kronenberg, F. (2002) "A Public Health Agenda for Traditional, Complementary, and Alternative Medicine". En *American Journal of Public Health*, 9(10): 1582-1591.
- Boltanski, L. (2008) "Rendre la réalité inacceptable. Á propos de 'La production de l'ideologie dominante'", París: Editions Demopolis.
- Boltanski, L. (2012) *Sociología y crítica social. Ciclo de conferencias Universidad Diego Portales*. Santiago de Chile: Universidad Diego Portales
- Boltanski, L. & Chiapello, E. (2002) *El nuevo espíritu del capitalismo*. Madrid: Akal.
- Boltanski, L. & Thévenot, L. (2006) *On Justification. Economies of worth*. USA: Princenton Paperbacks.
- Bourdieu, P. (1995). *Las Reglas del Arte. Génesis y estructura del campo literario*. Barcelona: Anagrama.
- Bourdieu, P. (1999) *Meditaciones Pascalianas*, Barcelona: Editorial Anagrama.

- Bourdieu, P. (1999b) *La miseria del mundo*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Bourdieu, P. (2001) *El oficio de sociólogo*. Siglo XXI Editores. Madrid.
- Bourdieu, P. (2005) *Capital cultural, escuela y espacio social*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Bourdieu, P. (2006). “Génesis y estructura del campo religioso”. *Relaciones*, XXVII, 29-83.
- Bourdieu, P. (2007). *El sentido práctico*, Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Briceño León, G. (2003). Las ciencias sociales y la salud: un diverso mutante campo teórico, *Ciencia & Saúde Colectiva*, 8 (1): 33-45.
- Butler, J. (2001) *El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad*. México: Paidós.
- Castel, Robert (2004) *La inseguridad social: ¿Qué es estar protegido?*. Buenos Aires: Manantial.
- Castel, R. (2010). *El ascenso de las incertidumbres. Trabajo, protecciones, estatuto del individuo*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Canales, M. (2006) *Metodologías de investigación social*. LOM. Santiago de Chile.
- Canguilhem, G. (1978). *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Caponi, S. (2010). Georges Canguilhem: Del cuerpo subjetivo a la localización cerebral. *Salud Colectiva*, 6 (2), 149-161.
- Castro-Gómez, S. (2010) *Historia de la gubernamentalidad. Razón de Estado, liberalismo y neoliberalismo en Michel Foucault*. Bogotá: Siglo del Hombre Editores.
- Centro de Estudios de Opinión Ciudadana-Universidad de Talca (CEOC-UT) (2010) *Diagnóstico situacional de medicinas complementarias alternativas en el país*. Disponible online en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/9d59798ffb7dcbfae04001011f0139a0.pdf> [Última visita junio 2014]
- Centro de Estudios para la Calidad de Vida (CECV) (2012), “Uso de Medicinas Complementarias/ Alternativas en la Red Asistencial del Sistema Nacional de Servicios de Salud”, *Informe final de estudio*. Recuperado el 18 de diciembre de 2013 de: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&ved=0CDIQFjAB&url=http%3A%2F%2Fweb.minsal.cl%2Fportal%2Furl%2Fitem%2Fcdc107bdcfa7bfff6e040010164015ba5.doc&ei=AtCxUqKyIdOxsASqhYHAAQ&usg=AFQjCNFJIP\\_mP361tPpsInGbp\\_ejEp5iSA&sig2=VwiT8frLkFa8UjdsKSOZTA&bvm=bv.58187178,d.cWc](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&ved=0CDIQFjAB&url=http%3A%2F%2Fweb.minsal.cl%2Fportal%2Furl%2Fitem%2Fcdc107bdcfa7bfff6e040010164015ba5.doc&ei=AtCxUqKyIdOxsASqhYHAAQ&usg=AFQjCNFJIP_mP361tPpsInGbp_ejEp5iSA&sig2=VwiT8frLkFa8UjdsKSOZTA&bvm=bv.58187178,d.cWc)

Chackiel, J. (2000) “El envejecimiento de la población latinoamericana: ¿hacia una relación de dependencia favorable?”. *Serie Población y Desarrollo* 4. Santiago de Chile: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) de las Naciones Unidas (ONU).

Coburn, D. (2006). “Medical Dominance then and now: Critical reflections” en *Health Sociology Review*, 15: 432-443.

Cockerham, W. (2001) “Health lifestyles: Bringing structure back”. En Cockerham, W. (Ed.), *The Blackwell companion to medical sociology* (159-183). Oxford: Blackwell.

Corcuff, P. (2009) “Pierre Bourdieu (1930-2002) leído de otra manera. Crítica social postmarxista y el problema de la singularidad individual”. En *Cultura y Representaciones Sociales*, 4(7): 9-26.

Collyer, F. (2005) “The corporatization and commercialization of CAM”. En Tovey et. al. (eds.) *The mainstreaming of complementary and alternative medicine*, London/New York: Routledge.

Coulter, I (2005) “Integration and paradigm clash”. En Tovey et. al. (eds.) *The mainstreaming of complementary and alternative medicine*, London/New York: Routledge.

Coulter, I & Willis, E. (2004) “The rise and rise of complementary and alternative medicine: a sociological perspective”. En *MJA*, 180: 587-589.

Davis, J. (2001) “Medicalization, social control, and the relief of suffering”. En Cockerham, W. (Ed.), *The Blackwell companion to medical sociology* (211-241). Oxford: Blackwell.

De Lima, B., & Sivoli, L. (2005). Del campo y de la ciudad: envejecimiento social y pobreza en el Estado Falcón. Venezuela. *Actas del Primer Congreso Latinoamericano de Antropología* .

De Marinis, P. (1999) Gobierno, gubernamentalidad, Foucault y los anglofoucaultianos (O: un ensayo sobre la racionalidad política del neoliberalismo). En García, F. y Ramos, R. (comps.) *Globalización, riesgo, reflexividad. Tres temas de la teoría social contemporánea*, Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

De Souza Minayo, M. (1997). *El desafío del conocimiento: Investigación cualitativa en salud*, Buenos Aires: Lugar Editorial.

Dean, M. (1996). “Putting the technological into government”. En *History of the Human Sciences*, 9(3): 47-68.

Deleuze, G. (1990) “¿Qué es un dispositivo?”. En *Michel Foucault. Filósofo*. Madrid: Editorial Gedisa.

Deleuze, G. (1995) “Post-scriptum sobre las sociedades del control”. En *Gilles Deleuze: Conversaciones 1972-1990*. Valencia: Pre-textos.

- Deleuze, G. & Guattari, F. (2002) *Mil Mesetas. Capitalismo y esquizofrenia II*. Valencia: Pre-Textos.
- Donoso, R. (2006). Ancianos y ciudad. *Revista de Sociología Universidad de Chile* (20), 177-190.
- Durkheim, E. (1978) *Las Reglas del Método Sociológico*. España: Ediciones Morata.
- Easthope, G. (2005) "Consuming health". En Tovey et. al. (eds.) *The mainstreaming of complementary and alternative medicine*, London/New York: Routledge.
- Escobar, J. (1987) "Cross-cultural aspects of the somatization trait." En *Hospital community psychiatry*, 38: 174-180.
- Faas, N. (2001). *Integrating Complementary Medicine into Health Systems*, Gaithersburg: Aspen Publishers.
- Fagalde, M. et. al. (2009) "Usuaris policonsultantes del nivel primario de atención del Servicio de Salud Metropolitano Oriente: los sentidos de la enfermedad". Publicado online por el Magíster en Psicología, mención teoría y clínica psicoanalítica, Santiago de Chile: Universidad Diego Portales. Disponible online en: [https://www.academia.edu/1173416/Usuaris\\_policonsultantes\\_del\\_nivel\\_primario\\_de\\_atencion\\_del\\_Servicio\\_de\\_Salud\\_Metropolitano\\_Oriente\\_los\\_sentidos\\_de\\_la\\_enfermedad](https://www.academia.edu/1173416/Usuaris_policonsultantes_del_nivel_primario_de_atencion_del_Servicio_de_Salud_Metropolitano_Oriente_los_sentidos_de_la_enfermedad) [Visitado última vez en Junio 2014]
- Filardo, V.; Muñoz, C.(2010) "Vejez en el Uruguay ¿Hacia una sociología de las relaciones de edad?". En E. Mazzei, Enrique (comp.). *El Uruguay desde la sociología*. Departamento de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República.
- Foucault, M (1976) "Crisis de la medicina o de la antimedicina", en *Educación médica y salud*, 10(2): 153-170.
- Foucault, M. (1991) "Questions of Method". En: Graham Burchell, Colin Gordon y Peter Miller (eds.) *The Foucault Effect. Studies in Governmentality*, Hemel Hempstead, Harvester Wheatsheaf.
- Foucault, M. (2001). *Los anormales: Curso en el Collège de France: 1974-1975*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (2000). *La vida de los hombres infames*. La Plata: Altamira.
- Foucault, M. (1990). *Tecnologías del yo y otros ensayos*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Foucault, M. (1992). *Microfísica del Poder*, Madrid: La Piqueta.
- Foucault, M. (2002). *Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión*, Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (2002b). *Historia de la sexualidad I: La voluntad de saber*, Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

- Foucault, Michel (1994) “L'éthique du souci de soi comme pratique de la liberté”. En *Dits et Écrits IV*. París: Gallimard.
- Foucault, M. (2005). *El poder psiquiátrico. Curso en el Collège de France (1973-1974)*, Buenos Aires: Fondo de cultura económica.
- Foucault, M. (2006). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (2006b). *Seguridad, territorio y población: Curso en el Collège de France: 1977-1978*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (2006c). *Historia de la sexualidad. El uso de los placeres*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (2007). *Nacimiento de la Biopolítica: Cursos en el Collège de France: 1978-1979*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Fries, C. (2008) “Governing the health of the hybrid self: Integrative medicine, neoliberalism, and the shifting biopolitics of subjectivity”, en *Health Sociology Review* (17): 353-367.
- Fries, C. (2013) “Self-care and complementary and alternative medicine care for the self: An embodied basis for distinction” en *Health Sociology Review* 22(1): 37-51.
- Fuster, N. (2013) *El cuerpo como máquina. La medicalización de la fuerza de trabajo en Chile*. Santiago de Chile: Ceibo Editores.
- Garretón, M.A. (2001) Cambios sociales, actores y acción colectiva en América Latina, en *Serie Políticas Sociales CEPAL*, 56:
- Giddens, A. (1999). *La Tercera Vía*. Madrid: Taurus.
- Gil, V. (2002). Las ciencias sociales y sus vínculos con la ciencia médica, *Política y cultura*, (18): 220-236.
- Giraldo, Á. (2011). “La crisis actual y salud”. En *Serie Población y Desarrollo* 104 Santiago de Chile: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) de las Naciones Unidas (ONU).
- Goffman, E. (1993) *La presentación de la persona en la vida cotidiana*.
- Gomila, M. A. (2005) “Las relaciones intergeneracionales en el marco de la familia contemporánea: Cambios y continuidades en transición hacia una nueva concepción de la familia”. En *Historia Contemporánea* (31): 505-542.

Gutiérrez, E. & Ríos, P. (2006). Envejecimiento y campo de la edad: Elementos sobre la pertinencia del conocimiento gerontológico. En *Última Década*, (25): 11-41.

Gutiérrez, E. et. al. (2006) *Adulter Mayor: Contexto + subtexto. Antología de textos gerontológicos: Hacia la construcción de una nueva agenda*. Observatorio social envejecimiento-vejez. Disponible online en: [http://www.facso.uchile.cl/observa/ADULTEZ\\_MAYOR\\_CONTEXTO\\_Y\\_SUBTEXTO.pdf](http://www.facso.uchile.cl/observa/ADULTEZ_MAYOR_CONTEXTO_Y_SUBTEXTO.pdf) [Última visita abril 2014].

Haykin, S. (1998) *Introduction to Neural Networks*. USA: Prentice Hall.

Herner, M. (2009). “Territorio, desterritorialización y reterritorialización: un abordaje teórico desde la perspectiva de Deleuze y Guattari”, en *Huellas*, 13: 158-171.

Henisz, W.; Zelner, B; y Guillén, M. (2005) The Worldwide Diffusion of Market-Oriented Infrastructure Reform, 1977-1999”. En *American Sociological Review* 70 (6): 871-897.

Hughes, K. (2005) “Health as individual responsibility: Possibilities and personal struggle”. En Tovey et. al. (eds.) *The mainstreaming of complementary and alternative medicine*, London/New York: Routledge.

Illanes, M. A. (1993) *En el nombre del pueblo, del Estado y de la ciencia (...). Historia social de la salud pública, 1880/1973*. Santiago: Ministerio de Salud.

Illanes, M. A. (2004), *El cuerpo de la política. La visitación popular como mediación social. Génesis y ensayo de políticas sociales en Chile, 1900-1940*. Tesis para optar al grado de Doctor en Historia. Pontificia Universidad Católica de Chile, Facultad de Historia, Geografía y Ciencias Políticas, Instituto de Historia.

Illich, I. (1975). *Némesis Médica. La expropiación de la salud*. España: Barral.

INE (2012) *Resultados preliminares Censo de Población y Vivienda, 2012*. Documento de trabajo, disponible en: [http://www.censo.cl/2012/08/resultados\\_preliminares\\_censo\\_2012.pdf](http://www.censo.cl/2012/08/resultados_preliminares_censo_2012.pdf)

Jadue, L. & Marín, F. (2005). *Determinantes sociales de la salud en Chile. Iniciativa Chilena de Equidad en Salud*, Santiago de Chile.

Jodelet, D. (2008) “El movimiento de retorno al sujeto y el enfoque de las representaciones sociales”. En *Cultura y representaciones sociales*, 3(5): 32-63.

Kingman, E. (2006) *La ciudad y los otros. Quito 1860-1940: Higienismo, ornato y policía*. Quito: FLACSO Ecuador.

Lande, E. (ed.) (2000), *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas*. Buenos Aires: CLACSO.



- Lahelma, E. (2001) "Health and social stratification" en Cockerham, W. (Ed.), *The Blackwell companion to medical sociology* (72-96). Oxford: Blackwell.
- Le Breton, D. (1999). *Antropología del Dolor*, Barcelona: Seix Barral.
- Le Breton, D. (2002) *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Nueva visión.
- Lolas, F. (2000). *Bioética y Antropología Médica*. Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Lorey, I. (2008) "Gubernamentalidad y precarización de sí. Sobre la normalización de los productores y las productoras culturales". En *Producción cultural y prácticas instituyentes*. Madrid: Traficantes de sueños.
- Ludi, M. (2005) *Envejecer en un contexto de (des)protección social. Clave problemáticas para pensar la intervención social*. Buenos Aires: Universidad nacional de Entre Ríos.
- Márquez, S., & Meneu, R. (2007). La medicalización de la sociedad y sus protagonistas. *Eikasia. Revista de Filosofía*, II (8), 65-86.
- Martínez, M. R. (2008). ¿Por qué los viejos? Reflexiones desde una etnografía de la vejez. *Revista Argentina de Sociología* (10), 69-90.
- Martín-Crespo, M.A. & Salamanca, A. (2007) El muestro en la investigación cualitativa. *Nure Investigación*, 27. Disponible en: [http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/F\\_METODOLOGICA/FMetodologica\\_27.pdf](http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/FMetodologica_27.pdf). [Visitado última vez junio 2014]
- Menéndez, E. (1983) *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Menéndez, E. (1984) "El modelo médico hegemónico: Transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud", en *Arxiu d'etnografia de catalunya*, 3: 85-119.
- Miller, P. & Rose, N. (2008) *Governing the present. Administering Economic, Social and Personal Life*. Cambridge: Polity Press.
- Ministerio de Salud. (2004) *Prioridad Programática*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud. (2011). *Encuesta Nacional de Empleo, Trabajo, Salud y Calidad de Vida, 2009-2010*. Santiago: Ministerio de Salud. Disponible online: [www.trabajosalud.cl](http://www.trabajosalud.cl). [Última visita diciembre 2013]
- Ministerio de Salud (2012). *Estrategia Nacional de Salud. Para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2010*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbbc96ca6de0400101640159b8.pdf> [Última visita junio 2014].

- Ministerio de Salud. (2012). “Estudio sobre conocimiento, utilización y grado de satisfacción de la población chilena en relación a las Medicinas Complementarias Alternativas”. Santiago: Ministerio de Salud. Disponible online: [https://www.google.cl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CCQQFjAA&url=http%3A%2F%2Fweb.minsal.cl%2Fportal%2Furl%2Fitem%2Fcdc107bdcfc3bff6e040010164015ba5.docx&ei=EwqNU-3iDorPsASjzIGgBA&usq=AFQjCNEIVsOIJfvUfTijpDIWeqCzsb6g&sig2=oT6eR-J0Eg\\_qPTTuDjHMRw&bvm=bv.68191837,d.cWc](https://www.google.cl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CCQQFjAA&url=http%3A%2F%2Fweb.minsal.cl%2Fportal%2Furl%2Fitem%2Fcdc107bdcfc3bff6e040010164015ba5.docx&ei=EwqNU-3iDorPsASjzIGgBA&usq=AFQjCNEIVsOIJfvUfTijpDIWeqCzsb6g&sig2=oT6eR-J0Eg_qPTTuDjHMRw&bvm=bv.68191837,d.cWc). [Última visita junio 2014]
- Miralles, I. (2010) “Vejez productiva. El reconocimiento de las personas mayores como un recurso indispensable en la sociedad.” En *Kairos, revista de temas sociales*. 14(26). Disponible online en: <http://www.revistakairos.org/k26-archivos/Miralles.pdf> [Última visita abril 2014]
- Miralles, I. (2011) “Envejecimiento Productivo: Las contribuciones de las personas mayores desde la cotidianidad”. En *Trabajo y sociedad* (16). Disponible online en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1514-68712011000100009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1514-68712011000100009&script=sci_arttext) [Última visita abril 2014]
- Miranda, E. & Vergara, Y.M. (1993) “Evolución y estructura del sector salud en Chile”, en *Estructura y comportamiento del sector salud en Argentina, Chile y Uruguay*, Washington D.C.: 1993, 29-69.
- Molina, C. (2004). “Sujetos sociales en el desarrollo de las instituciones sanitarias en Chile: 1889-1938”, en *Polis* [En línea] 9. Recuperado el 18 de diciembre desde: <http://polis.revues.org/7384> ; DOI : 10.4000/polis.7384
- Molina, M. (2010). *Bicentenario, 200 años de medicina en Chile*. Santiago: Sintaxis Comunicaciones.
- Moreno, J.; Pérez, E. y Ruiz, P. (2004) “El consenso de Washington: Aciertos, yerros y omisiones”. *Perfiles latinoamericanos. Revista de la facultad latinoamericana de ciencias sociales* 25: 149-168.
- Muena, C. (2007). El paradigma biomédico y la formación de pre-grado de los estudiantes de medicina de las universidades chilenas. *Tesis para optar al título de sociólogo. Universidad de Chile* . Santiago, Chile: Disponible online: [www.cybertesis.cl](http://www.cybertesis.cl).
- Navarro, P. & Díaz, C. (1999) *Ánálisis de contenido*. En Delgado, J. & Gutiérrez, J. *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*, Madrid: Síntesis.
- Nichol, J, Thompson, E. & Shaw, A. (2011) “Beliefs, decision-making, and dialogue about complementary and alternative medicine (CAM) within families using CAM: A qualitative Study”, en *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 17: 117-125.
- Nogales-Gaete, J. (2004). “Medicina alternativa y complementaria”, en *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 42(4): 243-250.

Ociel, M. (2013) “Genealogía de una vejez no anunciada: Biopolítica de los cuerpos envejecidos o del advenimiento de la gerontogubernamentalidad”. *Polis* [En línea]. Disponible online en: <http://polis.revues.org/9597> [Última visita abril 2014]

Olvera, M., & Sabido, O. (2007). Un marco de análisis sociológico de los miedos modernos: Vejez, enfermedad y muerte. *Sociológica* (64), 119-149.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2000) *Un enfoque de la salud que abarca la totalidad del ciclo vital. Repercusiones para la capacitación*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible online en: [https://www.google.cl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CCYQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.who.int%2Fageing%2Fpublications%2Flifecourse%2Falc\\_lifecourse\\_training\\_es.pdf&ei=QYWOU5a9Ga7ksATK5oGgCA&usg=AFQjCNFuNIWpU\\_8ix-LAG7dViO9n5lFPIQ&sig2=XTFTi5lD9SAoWLy9EVDDvw&bvm=bv.68235269,d.cWc](https://www.google.cl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CCYQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.who.int%2Fageing%2Fpublications%2Flifecourse%2Falc_lifecourse_training_es.pdf&ei=QYWOU5a9Ga7ksATK5oGgCA&usg=AFQjCNFuNIWpU_8ix-LAG7dViO9n5lFPIQ&sig2=XTFTi5lD9SAoWLy9EVDDvw&bvm=bv.68235269,d.cWc) [Última visita junio 2014]

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2002) *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002–2005*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible online en: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CC0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwhqlibdoc.who.int%2Fhq%2F2002%2FWHO\\_EDM\\_TRM\\_2002.1\\_spa.pdf&ei=ycyxUpKtFIqxsQTN3oHwCw&usg=AFQjCNE\\_-HdgMmofuYt9OTBv2b6F3rgWOA&sig2=oIvUDJBLWUDUbjxtaQqoq2g&bvm=bv.58187178,d.cWc](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CC0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwhqlibdoc.who.int%2Fhq%2F2002%2FWHO_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf&ei=ycyxUpKtFIqxsQTN3oHwCw&usg=AFQjCNE_-HdgMmofuYt9OTBv2b6F3rgWOA&sig2=oIvUDJBLWUDUbjxtaQqoq2g&bvm=bv.58187178,d.cWc) [Última visita diciembre 2013]

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2008) *Declaración de Beijing, 8 de noviembre de 2008*. Disponible online en: [http://www.who.int/medicines/areas/traditional/TRM\\_BeijingDeclarationSP.pdf](http://www.who.int/medicines/areas/traditional/TRM_BeijingDeclarationSP.pdf) [Última visita junio 2014]

Organización Panamericana de la Salud (OPS)(2008) “Derechos humanos y salud: Personas mayores”, documento de trabajo, OMS.

Ortiz, M. (2006) *Eugenésia en Chile el camino hacia la manipulación racial de un pueblo mestizo, 1900-1940*. Memoria para ser presentada a la Escuela de Ciencias Sociales de la Universidad Finis Terrae para optar al grado de Licenciado en Historia. Recuperado el 18 de diciembre de: [http://biblioteca.finisterrae.cl/index.php?option=com\\_zoo&task=callelement&format=raw&item\\_id=47&element=31075213-5a44-4fd8-834f-8bf8e8626285&method=download](http://biblioteca.finisterrae.cl/index.php?option=com_zoo&task=callelement&format=raw&item_id=47&element=31075213-5a44-4fd8-834f-8bf8e8626285&method=download)

Osorio, P. (2006) *La exclusión generacional: La tercera edad*. Revista MAD. 14: 46-52.

Ozlak, O. (1997) *Estado y sociedad: Las nuevas reglas del juego*. Buenos Aires: CEA-CBC.

- Pescosolido, B. A. & Boyer, C. A. (2001) "The American health care system: Entering the twenty-first century with high risk, major challenges and great opportunities", en Cockerham, W. (Ed.), *The Blackwell companion to medical sociology* (180-198). Oxford: Blackwell.
- Phillipson, C. (1999) "The social construction of Retirement: Perspectives from critical theory and political economy". En: Minkler & Estes (eds.). (1999) *Critical gerontology. Perspectives from political and moral economy*. New York: Baywood.
- Possamai\_Inesedy, A. & Cochrane, S. (2013). "The consequences of integrating complementary and alternative medicine: An analysis of impacts on practice", en *Health Sociology Review*, 22(1): 65-74.
- Ríos, P. (2008). "Habitús de la Edad". En *Última Década*, Julio 2008, pp. 11-34.
- Rodríguez & García (2007) *Representaciones sociales. Teoría e investigación*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Rodríguez, R. & Tello, A. (2012) *Descampado. Ensayos sobre las contiendas universitarias*. Santiago de Chile: Editorial Sangría.
- Rose, N. (2012). *Políticas de la vida en sí. Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. Buenos Aires: Editorial Universitaria de la Universidad Pedagógica de la Provincia de Buenos Aires (UNUPE).
- Saffie, X. (2011) *Pacientes (poli)consultantes a la Atención Primaria de Salud. Análisis de la policonsulta en un Centro de Salud Familiar desde la teoría psicoanalítica*. Tesis para optar al grado de magíster en Psicología clínica de adultos. Santiago de Chile: Universidad de Chile. Disponible online en: <http://tesis.uchile.cl/handle/2250/105860> [Última visita abril 2014].
- Salinas, R. (1983). Salud, ideología y desarrollo social en Chile, 1830-1950. *Cuadernos de Historia* (3), 99-126.
- Sánchez, H. (2011) *La salud del bicentenario, Chile 2011-2020. Desafíos y propuestas*. Santiago de Chile: Universidad Andrés Bello.
- SENAMA (2007) *Estudio alternativas de empleabilidad en población mayor de 50 años. Programa de intervenciones innovadoras para el adulto mayor*. Servicio Nacional del Adulto Mayor Chile. Disponible online en: [http://www.senama.cl/filesapp/Estudio\\_Empleabilidad.pdf](http://www.senama.cl/filesapp/Estudio_Empleabilidad.pdf). [Última visita abril de 2014]
- SENAMA (2009) *Estudio cualitativo: Trabajo doméstico y de cuidado que realizan las personas mayores*. Servicio Nacional del Adulto Mayor Chile. Disponible online en: <http://www.senama.cl/filesapp/3234.pdf> [Última visita abril de 2014]
- SENAMA (2011). *Segunda encuesta nacional: Inclusión y exclusión social del adulto mayor en Chile. Opiniones, expectativas y evaluaciones de la población chilena sobre la inclusión y exclusión social de las*

*personas adultas mayores*. Servicio Nacional del Adulto Mayor Chile. Disponible online en: <http://www.senama.cl/filesapp/SEGUNDA%20ENCUESTA.pdf> [Última visita abril de 2014]

SENAMA (2012). *Política integral de envejecimiento positivo para Chile. 2012-2025*. Servicio Nacional del Adulto Mayor Chile. Disponible online en: <http://www.senama.cl/filesapp/PIEP-2012-2025.pdf> [Última visita abril de 2014]

Serbia, J.M. (2007). Diseño, muestreo y análisis en la investigación cualitativa. Hologramática – Facultad de Ciencias Sociales – UNLZ , 3(7): 123-146.

Sir, H. & Tijoux, M. E. (2015) “Trayectorias laborales de inmigrantes peruanos en Santiago: El origen de excepción y la persistencia del ‘lugar aparte’”, en *Latino American Research Review*, 50: En prensa.

Smith, R. et. al. (1986) “Patients with multiple unexplained symptoms: Their characteristics, functional health, and health care utilization.” En *Archives of international medicine*, 146: 69-72.

Sojo, A. (2000). Reformas de gestión en América Latina: Los cuasimercados de Colombia, Argentina, Chile y Costa Rica. *CEPAL. SERIE Políticas Sociales* , 39-57.

Solimano, G., & Mazzei, M. (2007). ¿De qué mueren los chilenos hoy?: Perspectivas para el largo plazo. *Revista Médica de Chile* (135), 932-938.

Thomas, P. (1981) “Determinantes psicosociales del fenómeno de la policonsulta”. *Revista Costarricense de Ciencias Médicas*, (2)2: 61-66.

Torche, F. (2005) “Unequal but Fluid: Social Mobility in Chile in Comparative Perspective”. En *American Sociological Review* 70 (3): 422-450.

Tovey, P., Easthope, G. & Adams, J. (2005) “Introduction”. En Tovey, P. et. al. (eds.) *The mainstreaming of complementary and alternative medicine*, London/New York: Routledge.

Valdés, Ximena. (2007). *La vida en común. Familia y vida privada en Chile y el medio rural en la segunda mitad del siglo XX*. Santiago: LOM.

Valdés, X. (2009) Metamorfosis de la familia y la vida privada. Cambios y tendencias en Chile. Ponencia Universidad del Bío-Bío, Octubre. Disponible en: [http://www.ubiobio.cl/miweb/webfile/media/135/METAMORFOSIS%20DE%20LA%20FAMILIA%20Y%20LA%20VIDA%20PRIVADA,%20Ximena%20Val%20\(1\).pdf](http://www.ubiobio.cl/miweb/webfile/media/135/METAMORFOSIS%20DE%20LA%20FAMILIA%20Y%20LA%20VIDA%20PRIVADA,%20Ximena%20Val%20(1).pdf)

Valles, M. (1999) *Técnicas cualitativas de investigación social*. Editorial Síntesis. Madrid.

Wacquant, L. (2005) *El misterio del ministerio. Pierre Bourdieu y la política democrática*. Barcelona: Editorial Gedisa.

Walker, A. (1980) "The social creation of poverty and dependency in old age". *Journal of social policy*, 9(1): 49-75.

Willis, E. (2006) "Introduction: Taking stock of medical dominance", en *Health Sociology Review*, 15: 421-431.

Wortman, S. (2004) *La biomedicalización del envejecimiento*. Geriatrianet.com, 6(1).

Zárate, M. S. (2008). *Por la Salud del Cuerpo*. Santiago: Ediciones Universidad Alberto Hurtado.

Zavala, Mercedes et al (2006) "Funcionamiento social del adulto mayor", en *Ciencia y Enfermería* 12(22): 53-6.

## **Anexos**

## Ficha de identificación

Folio:

❖ Nombre:

❖ Sexo: H \_\_\_ M\_\_\_

❖ Relación Propiedad:

- Trabajador Asalariado \_\_\_\_\_
- Pequeño propietario \_\_\_\_\_
- Empresario \_\_\_\_\_
- Otro (rentista, inversionista, etc): \_\_\_\_\_

❖ Capital Cultural Institucionalizado:

- Sin estudios \_\_\_\_\_
- Básica incompleta \_\_\_\_\_
- Básica completa \_\_\_\_\_
- Media incompleta \_\_\_\_\_
- Media completa \_\_\_\_\_
- Técnica Superior \_\_\_\_\_
- Universitaria \_\_\_\_\_
- Post-grado \_\_\_\_\_

❖ Trayectoria social

- Comuna en las que ha vivido (máximo 5):
  
- Primer trabajo:
  
- Último trabajo:



## Tópicos de conversación entrevista

1. Presentación de la persona.
2. Momento del ciclo vital que cree encontrarse. Cuáles otro reconoce. Qué se hace en cada uno de ellos, y/o qué se debería. (Relacionar con clases de edad).
3. Etapa considerada “central” (de realización), característica y condiciones.
4. Consideraciones sobre cuándo y por qué se está sano.
5. Por qué y para qué asiste al programa de medicinas alternativas, o serían de utilidad las medicinas en general.
6. Variaciones en su conocimiento y/o uso según la edad.
7. Formas de derivación al Programa. Validez asociada al discurso médico convencional.
8. Concepción personal de la vida. Concepción asociada a la medicina ¿Varía con el paso del tiempo? ¿con los distintos regímenes de trabajo?
9. Actividad más valorada personalmente y según su opinión, por “la sociedad”. Ha registrado variaciones a lo largo del tiempo, ¿por qué? ¿cómo? ¿Se adecúan los tratamientos a sus actividades? ¿Por qué? ¿Cómo?
10. Actividades que se reconocen como saludables. ¿Son practicadas por la persona entrevistada? ¿Por qué se consideran saludables?
11. Significado personal de estar enfermo. Qué dimensiones compete. Cómo se llega a estar enfermo. Influencia esto la edad o las actividades en las que se involucra. Rol del paciente o solicitante.
12. Sustancias permitidas para el tratamiento. Trabajo con o sobre el cuerpo. Apertura a otros tipos de conocimientos.
13. En tanto paciente, pueden reconocer los signos de su cuerpo eficazmente, o es necesaria una traducción experta. Puede el propio individuo actuar sobre su aflicción. Qué relación habría entre el cuerpo, el individuo y el tratamiento.
14. Qué relaciones hay entre enfermedad y muerte. Qué significado se le otorga a la última. Qué factores inciden (Por ejemplo, el abandono de las instituciones).

### Consentimiento informado entrevista en profundidad

**Proyecto de tesis para optar al grado de magíster:** Los dispositivos de la salud: Construcciones epistemológicas y morales en torno a la vida, la muerte, la enfermedad y los cuerpos de los individuos mayores.

**Investigador:** Hugo Sir.

Por medio del presente escrito se solicita su participación en el proyecto de tesis que llevo a cabo, para optar al grado de magíster en Ciencias Sociales, mención Sociología de la Modernización.

Propósito del estudio: Explorar las concepciones de salud que construyen en la relación entre encargados de la práctica médica, y adultos mayores en edad de jubilación. Con esto se pretende indagar en las matrices de significado que se asocian a la salud, la vida, la muerte, la enfermedad y el cuerpo, y con ello, los individuos que se constituyen desde distintos enfoques médicos.

Su participación es voluntaria y muy importante. El método de selección de entrevistados es de “bola de nieve”, que utiliza redes de contacto.

Le invitamos a participar en este estudio compartiendo sus experiencias, y percepciones respecto a la salud y los diferentes temas que se entrelazan en este concepto. La entrevista durará aproximadamente una hora y treinta. Nos gustaría usar grabadora de audio, sin embargo puede participar sin ser grabado. La información obtenida será usada sólo para fines académicos, y su identidad se mantendrá de forma anónima.

**Riesgo y perjuicios potenciales:** Ninguno.

**Ventajas potenciales sujeto o sociedad:** No habrá un beneficio directo para usted, pero contribuirá a la comprensión más acabada de la salud, y sus posibilidades.

**La entrevista no es remunerada.**

**Confidencialidad:** La información es totalmente confidencial. El uso de la grabación de audio y la transcripción, es de exclusividad académica, y su nombre jamás será revelado.

**Puede retirarse o terminar la entrevista cuando usted lo desee.** La participación es totalmente voluntaria.

**Acceso a resultados:** Se realizarán publicaciones académicas que se pueden hacer llegar, además de dejar una copia de la tesis en el consultorio para su utilización y puesta a disposición.

Firma del participante

-----

Puede ser grabado

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Firma investigador

\_\_\_\_\_

## Transcripción entrevista

- **Primero, contarte un poco que, cual es el objetivo pa' mi el hacer esta entrevista e... el objetivo de la investigación en general es conocer ee algunoss... significados de la, de la salud que están en juego en, en la forma en que se aproximan, en las formas terapéuticas con las que se aproximan a los individuos y en particular a los individuos adultos mayores e... y bueno en este consultorio en particular es muy interesante porque encontramos que hay de esta medicina más clásica que nosotros conocemos uno lo puede llamar medicina alópata o biomedicina y, y claro conviven con las otras medicinas alternativas y que esta inserta en un sistema público de salud que es bastante singular, también es interesante. Entonces la primera parte de la, o sea, una parte de la entrevista, no necesariamente va a ser en ese orden, pero una parte de la entrevista tiene que ver con esto, con con lo que significa también la antroposofía, cuales son las diferencias con la medicina más clásica y luego términos más específicos con respecto a los adultos mayores y... y eso. En eso consiste básicamente la entrevista y la idea es que se haga una conversación, que podamos ir... e, nada, viendo esos temas. Y para partir a mí me gustaría que pudieras presentarte e... decir tu nombre, tu edad también ee tu profesión y eso, partiendo.**

Mire yo me llamo (...) Soy médico cirujano de la universidad de chile, y paralelamente hice un posgrado en medicina antroposofía ... y mis inquietudes con la antroposofía comienzan desde muy chico... de todo un contexto familiar vinculado a la antroposofía, sobre todo mi abuela y mis papas y... me pareció siempre una posibilidad de una parte de ... de lograr una mirada muy cuerda de lo espiritual, pero por otra parte también, una posibilidad muy real dee volver a una cultura del hombre universal que se prevé mucho ahora el hombre que es más valorado ahora es el hombre especialista o el hombre técnico, el hombre, el hombre ... subespecialidad, subespecializado incluso y me parecía en la antroposofía volver a conquistar, la posibilidad de volver a conquistar este ideal de la antigüedad que era el hombre universal, tipo Leonardo Da Vinci que es uno de los más grandes emblemas en ese sentido, pero la verdad es que casi todos los antiguos genios de la humanidad eran ewjdne universales. Decía los genios de la modernidad que son genios unilaterales (**esperame**) y... mi vinculo decía, perdón, (**no, si**) con la antroposofía y una de las posibilidades de aplicar la antroposofía, una de las que, una de las más lindas en lo que a mí, en lo que a mi sentido respectaba era la posibilidad de la medicina antroposofica asique me me oriente en esa dirección desde ya muy temprano.

**-¿Y, y en tu contexto familiar como es laa, cual era esa relación relación que había con la antroposofía, ya había otro médico antroposofico o qué?**

No, mi abuelo era miembro de la sociedad antroposofica de Buenos Aires, y en mi casa habían muchos libro, y a mi papa le interesaban mucho también estos libros y... asique yo desde muy chico empecé a leerlos, escuchaba conversaciones y leía libros la verdad como bien cabezones desde muy chico porque estaban ahí y a mí me llamaban mucho la atención.

- **¿Y, y tu papa te lo transmitía también oralmente o fue solamente (yo como que) lo viste?**

Intervenía en las conversaciones, digamos.

- **Y entonces, e... después tu tu nacías en ... en san juan, dijiste. (si) ah... después después viniste a chile (mhm) em por digamos por viajes familiares, no tiene mucho que ver con ...**

No tuvo mucho que ver con mi voz pero fue, fue una decisión familiar un año antes de la crisis en Argentina, digamos en el 2000, si no me equivoco, claro, 2000. Y... y, y tuvo que ver más que nada con motivaciones familiares ese cambio, si, yo no participe tanto de esa discusión, más bien seguí a mis papas (...)

- **Yia, y y ¿entonces luego tu, tu estudias medicinaa, claro, en la Universidad de Chile?**

Claro, hago toda enseñanza media en la Serena, terminando la enseñanza media viajo a, a la universo, a Santiago para continuar medicina en la Universidad de Chile.

- **¿Y como, como vives tu esa experiencia teniendo esa inquietud de siempre por la antroposofia?**

Los primeros años fueron muy interesante para mi, porque eran, tenía una gran variedad de... de ramos distintos y enfoques, pero desde tercer año, cuando ya entramos a lo, lo medico convencional oficial y el desarrollo de esa parctica la verdad es que fue bastante difícil porque em ... era desarrollar un esfuerzo por interesarme en algo que no me era, no me era afín. Estaba estudiando medicina porque quería hacer medicina antroposofica, no porque me gustara la medicina eeh, convencional digamos, incluso en muchas cosas me repelía, pero de esa repulsión tenía que hacer el esfuerzo de de todas maneras de comprender.

- **¿Cómo que cosas te repelían?**

(...) (...)

En la medicina se toman muchas decisiones en muchas conductas que tienen que ver con un miedo que ocurra algo riesgoso o con un miedo que pase algo malo, pero ese miedo está sustentado no, no en una perspectiva realista de las cosas, sino en una perspectiva puramente estadística ¿ya? Entonces, por aminorar ese riesgo estadístico se hacen cosas que son em... que son... uno podría decir de un punto de vista, no las más dignas para la vida humana, y desde otro punto de vista eeh no las con mas sentido o no las que consideran una vida humana íntegra, artística en en un desarrollo creativo, sino que son una series de medidas orientadas a, a... a garantizar la comodidad o garantizar la ausencia de riesgo mortales pero no, no la búsqueda de la salud como virtud, no las búsqueda del desarrollo de la vida humana en la plenitud de sus sentidos. (hm) sino más bien, en la ausencia de molestias.

- Bueno, todo eso eh... muy interesante y me gustaría ir tratando de desplegarlo un poco, em... primero hay una cuestión que me llama mucho la atención y es esta diferencia que haces tú de realismo, como medio realista y media estadísticamente e... no se conveniente (mhm) em... me gustaría que comentáramos un poco de esa diferencia que tu haces y... por otro lado tal vez si podías poner algún ejemplo (...)  
(...)

Hay, hay muchas medidas que son, em de per orgullo en la medicina Aero patica si uno trata de profundizar cual es la raíz que se sustenta, de un punto antropológico son muy cuestionables, Y ahí es interesante la visión que la antropología puede hacer de la medicina ... dee, de cuál es el (...) significado social de la medicina actual ¿ya? Que significa que un niño al nacer debe ser recibido con un caldo de alegría o un ritual de acogida, ese niño sea recibido en un entorno absolutamente frío, con luces e... con con luces un tanto estridentes. Un contexto una tanto aséptico no solamente en cuanto a lo microbiológico, sino que es aséptico también en, y en el mejor de los casos porque a veces hay un entorno de emociones negativas muchas veces. Y ese niño nace y en lugar de ser recibido pasa por una serie de procedimientos que tienen que ver como con manipulación, con con aspiración, con tratos bruscos, con alteración de de su indemnidad biológica, pinchazos. Entonces uno se pregunta ¿Qué sentido tiene hacer esto cuando desde un punto de vista antropológico es tan indeseable, tan tan desagradable y es un cu, desde un tipo de vista cultural se hace un un rito social o un, o un ritual cultural tan pobre ¿no?, tan precario. Y en ese sentido uno puede encontrarse con un montón de explicaciones racionales pero que si uno es estricto debería llegar a la conclusión de que se trata más bien de racionalización de miedos (hm) .Y esos miedos son en parte el resultado de no tener idea de qué es la naturaleza humana y dee tener una visión por defecto de la naturaleza humana que es la positivista comtiana, que tiene que ver con que el ser humano es entendido simplemente como un mecanismo complejo, medible, cuantificable. Pero todo lo que trasciende la dimensión puramente física tenemos ahí al menos tres dimensiones con las que también trabaja la medicina antroposófica, esas tres dimensiones que, que puedo nombrar posteriormente son completamente negligidas por la medicina oficial y, y se pretende que sea solo un producto del azar o un hiper fenómeno, o un relustado aleatorio de, de un choque complejo de moléculas. Y en eso, si uno es estricto también; una piedra es un choque complejo de moléculas, el ser humano en esencia no es nada más que un choque complejo de moléculas, quizá un poco más complejo que la piedra, pero en esencia sigue siendo un choque complejo de moléculas, y eso es imposible poder e... atribuir la dignidad del ser humano a algo que pertenece a su propia esencia, sino parece la dignidad humana algo agregada artificialmente. (hm) Y no es tampoco coincidencia que los más, lo' lo' vejámenes que se han hecho al nombre de la ciencia al ser humano aparezcan luego de la aparición del positivismo. Eso es algo que que es importante prestarle atención también (inspira). La diferencia en ese sentido con la medicina antroposófica es que la medicina antroposófica pretende estudiar de un punto de vista realista, para esto así un especial énfasis en los fenómenos - en una fenomenología que tiene su origen en Critter como, no solo como un poeta, sino como en verdadero científico fenomenólogo cuya obra científica todavía está siendo descubierta pero que es una obra muy interesante- y desde ese acercamiento a los fenómenos poder penetrar las otras tres dimensiones quee, que estaba por nombrar, que tenemos una dimensión física mineral que indiscutiblemente existe y que indiscutiblemente la medicina alopática ha estudiado muy bien. (hm) Y eso, eso es un gran

mérito de la medicina alopática. Sin embargo, para que esto pueda tener sentido y pueda completarse como un, como ente vivo, humano, es necesario entender la vida como esencia, el ámbito de lo animado; las sensaciones, los sentimientos, los movimientos en su propia esencia, y lo humano propiamente tal en lo que respecta a la cultura, a la libertad, a la biografía que es el ámbito de la antropología propiamente tal. Y en ese sentido puede entenderse la antroposofía como una antropología espiritual. Con esas cuatro esencias es cuando ya se puede empezar a hablar de la medicina antroposófica, con esas cuatro.

- **Y cuando, cuando la medicina antroposófica habla de espíritus ... e... ¿a qué se refiere? Quee, por ejemplo, los ámbitos que mencionaba ee me hacen esa, son, como digamos fenomenológicamente fáciles de ver ya, pero. Ee ¿y el espíritu? Me me, no sé, no tiene la misma e... facilidad al menos ¿A que, a que se refiere? Y, y voy a tratar de me, me gustaría ligarlo a otra inquietud que me surgía que e... tu mencionabas que ... no se veía, se veía en la salud como digamos, como esta este silencio de los órganos en el fondo, como un una... una... que no hayan molestias, digamos, y no la salud como virtud. Entonces quizá e si pudiéramos ligar esas dos quee (hm) ...**  
(...)

Como una primera observación podríamos homologar o podríamos llamar espíritu aquel lugar esencial, aquella dimensión esencial desde donde surge la posibilidad del ser humano de ser efectivamente libres. Decir el ser humano toma desde una esencia la posibilidad de ser creativo desde un ámbito natural donde las leyes están todas determinadas, y a pesar de esa determinación de las leyes naturales, el ser humano e ... entra en una forma tal de existencia que lleva a esas leyes a un equilibrio de tal característica que dentro de ese equilibrio él puede moverse en libertad. Sin embargo, la esencia de esa libertad no aparecen de las leyes naturales sino más bien las leyes naturales han sido llevadas a ese equilibrio que posibilita la libertad gracias a esa esencia que proviene del ser humano, esta esencia que hace posible las capacidades de la creatividad esencialmente y desde esa capaci, capacidad de la libre creatividad e en que aparece la biografía humana como, como algo único e irrepetible en la infelicidad del animal; la cultura como subli, como (traga) (...) como manifestación humana distinto de lo meramente natural ... E la posibilidad de las artes, el dominio del fuego, etcétera, etcétera. Podríamos nombrar un montón de, de fenómenos que son... privativos del ser humano. E podríamos decir que esas capacidades el ser humano las tiene en vista de que es un ser espiritual, ya. **(mhm)** ... Por lo tanto, muy prorrogable al cuatro ámbito que yo mencioné **(claro... ahá)**

- **En en lo específico, no sé, que yo mencioné, del ser humano. (exactamente) y... eso, y ¿Cómo se hace entonces juicio de eso a la hora de... de tratar sus aflicciones, sus dolores o de ... de meterse con su salud?**

Bueno, ahí entramos en la segunda parte, de la pregunta que tiene que ver con la búsqueda de la salud como virtud **(claro)** ¿ya? yy... Cuando una persona tiene fiebre la fiebre se suprime e eso no garantiza en absoluto que la salud de la persona vaya a mejorar, sin embargo si garantiza que las molestias de inmediatez van a a poder olvidarse de un momento a otro. Se podría

llamar a esa a esa, a esa forma de hacer medicina la evasión de la enfermedad ¿ya? Quee es esperable en una cultura de la enajenación que no reflexiona sobre si misma ... Cuando uno, cuando uno entra en hacer reflexión y toma cualquier libro de inmologia moderno, para eso no no es necesario ir más lejos que tomar libro de inmunología básica (inspira), entiende que los procesos que se realizan, todo proceso fisiológico tiene un desarrollo orgánico y dentro de esa orgánica está considerada la fuerza de la salud ¿ya? el restablecimiento del organismo em en su estado de equilibrio. Hay, hay algunas palabras que se aproximan a esto como por ejemplo el diomostásis, sin embargo, el concepto de salud es un concepto más bien metafísico y que Paracerso hablo con mucha claridad de esto y que lo nombro como el arqueo o el médico interior, y que la antroposofía podría entenderse en dimensión del cuerpo etérico o cuerpo de fuerzas formativas ... em... y es importante entonces hacerse la pregunta de cómo la medicina puede favorecer este proceso curativo ¿ya? **(ah)** En ese sentido un verdadero medico debiera poder acompañar, direccionar y encauzar los procesos de enfermedad que son más bien rediciones que tienen a la salud, poder tener una visión de conjunto de la metamorfosis de la salud hacia la enfermedad, entenderlos más bien como un continuo. Y cómo la enfermedad es también una búsqueda hacia la salud solo que por un camino que ya no es el camino en el equilibrio. Un camino que ha tomado como ee... un camino colateral, podríamos llamarlo. Em... Sin embargo para que esta salud se despliegue es necesario que este ser humano pueda vivir en equilibrio y este equilibrio solo lo puede el ser humano desarrollar ... en virtud de ejercer su propia humanidad ¿ya? en ese sentido se es sano cuando se es humano, digamos ¿ya? en el sentido más amplio de la palabra. Uno dice mira, este es un acto humano y en verdad este acto es deshumanizado ¿ya? y en eso es muy interesante como un ser humano puede tener actos deshumanizados, ahí está también la esfera de la libertad, de decir puede renunciar a su propia esencia, puede estar no de acuerdo a la propia esencialidad, sino más bien en algo que niega su propia esencia, a una “antihumanidad”, podríamos llamarlo. En ese sentido la medicina antroposofica siempre busca el acercarse a la enfermedad de manera que el ser humano se acerque a su propia humanidad, en ese proceso. Y un ejemplo sería la fiebre o sería el tratamiento de las enfermedades agudas, o el el enom, en la no búsqueda de suprimir síntomas, sino más bien aliviar, calmar molestias, poder condensar procesos, pero nunca suprimirlo ni inhibirlos ni tampoco em (...) ni tampoco coartar la expresión de un estado del cuerpo. U no podría decir que el síntoma como última aparición, como pantalla de la enfermedad, es la expresión de un estado de la relación de estas cuatro dimensiones, dependiendo de cómo ha sido el estado en la relación de estas cuatro dimensiones el cuerpo se exterioriza hacia fuera. Cuando uno ocupa un anti, un anti pertencibo, un anti pirético, un a nalgésico, solo se logra bloquear un medio de expresión del estado en que se hayan estas cuatro corporalidades. Y eso a veces es muy útil, no quiere decir que nunca sirva, puede puede ser muchas medidas dejar bloquear una expresión de la enfermedad hacia un lugar que está débil por ejemplo, pero es muy importante tener claridad que en ningún caso eso restituye las salud, sino la salud (inspira) ee la restitución de la salud ocurre cuando estas cuatro dimensiones puedan relacionarse en una forma humana propiamente tal ¿ya? La medicina antroposofica siempre busca restituir la enfermedad estableciendo la correcta relación entre estas cuatro dimensiones, y eso es una idea tan universal que abarca desde las enfermedades psiquiátricas hasta las enfermedades más clásicas de la medicina interna.

- **Hm, hm que interesante, diluye esa separación de eso momental** (Exactamente).

Es la verdadera posibilidad de una psicósomática o una somatopsíquica (**hm, hm**), donde también aparecería lo espiritual. Lo somático tenemos una dimensión en relación al cuerpo viviente, lo psíquico en relación a lo animado y habría que agregar una dimensión de lo espiritual que sería la cuarta dimensión en la en la medicina antroposófica.

- **Hay, hay algo de lo que decía que...**

¿Quieres más café, hugo? (**si**) ¿sí? (**si**)

- **Voy, voy a parar un poco. (...)**

- **Em... ya, yo estaba e en esto que me decías es quee la salud tenía que ver volver ee -(sonido de mascar)- humano ee... y que habían actos deshumanizantes ee, me gustaría que te refirieras un poco a eso yy, y cuando tu, cuando tu me dices actos deshumanizantes yo inevitablemente tiendo a pensar muchos actos que, digamos, que se hacen cotidianamente yy, y entonces es muy interesante que que apunte justamente a esa, a esas palabras ... si puedes como referirte ... a, a eso.**

(..) (Revuelve con la cuchara)

Em (...) tu dices a, ¿a la diferencia entre un acto humanizante y un acto deshumanizante?

- **Si, si. Ee es como se hace desde desde la medicina antroposófoca ee como, como como se, como se ¡ah! Como se contribuya aa, al ser humano. Como a hacer los actos humanos ...**

Uno habla en la medicina antroposófica de que ... la enfermedad es la posibilidad ... para la superación de sí mismo, a través de la enfermedad ... en esa superación de sí mismo el ser humano atraviesa a través de la enfermedad él logra estar en un sí mismo más profundo, en un sí mismo más original, podríamos decir también. Y la búsqueda de ese sí mismo en realidad es lo que hemos, en todos los grandes pensadores a toda la cultura humana podríamos decir que es un anhelo por lograr una acción humana que salga de este sustrato más profundo. La búsqueda de las religiones, del arte, de las ciencias. Em... la medicina antroposófica siempre acompaña la enfermedad en esta dirección, no busca la evasión ... (**hm**) y... e interpreta cada enfermedad en el contexto y en sus relaciones respecto a la totalidad de la vida humana entendida de esta manera en su biografía, en una dinámica de aparición y desaparición del mundo lo, lo cual no siempre se tiene presente de este devenir del ser humano del nacer y del morir (**hm**) el aparecer y el desaparecer ... em... y ... y en ese sentido puede ser una muy buena herramienta para los pacientes que cada día son más lo' los los, el ser humano que se enferma y que reconoce que la enfermedad ee posibilita encontrar no una curación instantánea, sino un camino de sanación, entrar en un proceso ¿ya? Y en este proceso hacer un camino desde el desequilibrio existencial al equilibrio existencial ¿ya? En ese sentido uno podría decir, bueno entonces nadie está sano, y efectivamente, efectivamente todo ser humano tiene la



posibilidad de superarse y... y una de esas posibilidades es a través de la sanación de la enfermedad.

- **Hm, ya. Es super interesante contar aquí en ciertas, em preguntar por las prácticas. Cómo se acompaña eso em cuales son las terapias o que se utiliza digamos para hacer de esa enfermedad realmente un proceso de sanación ... y que se diferencia mucho digamos de la, a mi parecer, de la concepción que uno tiene más clásicamente quee de la enfermeda digamos y de qué hacer con ella (...) Cómo se interviene en el fondo.**

Mira, estas cuatro dimensiones que yo mencioné; la dimensión de lo físico mineral, la dimensión de lo viviente, de lo vivo, de lo animado y de lo propiamente espiritual establecen en cuanto esencia un vínculo del ser humano con la naturaleza, y en un sentido más amplio también con el cosmos. Entonces e él está emparentado con todos los seres minerales debido a que el posee un cuerpo mineral, está emparentado con todos los seres vivos de dado a que él es un ser viviente ¿ya? está emparentado con todos con todos los seres animados dado de que él es un ser animado, y está emparentado con todos los seres espirituales dado a que el es un ser espiritual ¿ya? En ese sentido el ser humano es realmente un microcosmos, o es un resumen del cosmos, una una ... Un universo individualizado. ¿ya? Ee Sin embargo en esta individualización y en esta posibilidad de libertad su relación con el entorno puede ser la correcta o no ¿ya? ... Parte de establecer estas cuatro, la relación entre estas cuatro dimensiones tiene que ver con la relación con el entorno, dado que estas cuatro dimensiones están implícitas también en el entorno (**ahá**) ¿Ya? Entonces la terapia debiera ser aquello que genera un vínculo con el entorno que sea racional al camino que queremos recorrer desde el desequilibrio al equilibrio. ¿ya? Por ejemplo, si ... si (...) (...) hm (...) (...) Si en una persona, ponte tú, está disminuida la capacidad de sentir, por ejemplo, y de vincularse con los otros seres humanos a través de la empatía, eso puede llevar efectivamente a una serie de desórdenes físicos, o pudiese llevar a un malestar existencial, o pudiese llevar a un grado de un malestar anímico también, dependiendo de la circunstancia, y configuración de cada paciente, la expresión de la enfermedad es distinta, es individual para cada ser humano. Si en este paciente, suprimimos la capacidad de sentir malestar, a través por ejemplo de, aumentar la disponibilidad de serotonina en el espacio cerebral de forma artificial, que es como habitualmente se hace, con un antidepresivo de última generación, simplemente evadimos, el llamado del cuerpo del paciente, a que el paciente se haga cargo de una situación. En el caso de la medicina antroposófica, haríamos todo lo que en la terapia sea necesario, para despertar a ese paciente, para aumentar sus capacidades sensitivas, y eso se puede trabajar desde una psicoterapia, desde una terapia espiritual como sería por ejemplo una terapia de la biografía, que en la antroposofía es muy importante, pero puede hacerse también con aplicaciones físicas, o de una terapia que apunte el ámbito de lo vivo, de las fuerzas formativas. Entonces, ¿cómo trabajaríamos desde el cuerpo?, disminuiríamos la resistencia del cuerpo, para que el paciente pueda, vincularse con su sensibilidad, que está apagada, no inhibiríamos el malestar producto de esa poca sensibilidad, sino que, haríamos que en esas circunstancias, la posibilidad de ese paciente de vincularse con sus sensibilidad, tenga muchos menos obstáculos, entonces, la sustancia medicamentosa, farmacológica, se elige del ambiente, observando desde la naturaleza, donde hay una relación, entre estas dimensiones, que le sea útil, al paciente en lo que necesita, entonces, podríamos

darnos cuenta, que en una determinada planta por ejemplo, la relación entre las fuerzas de lo animado, y las fuerzas de lo vegetal, tienen una correspondencia en la relación que tiene este paciente en lo animado y lo vegetativo, y en esa correspondencia se genera un vínculo en el ser humano que es sanadora, y que ofrece la posibilidad de disminuir la resistencia al cambio.

- **Me complica entender a cabalidad digamos, el proceso, quizás, sería más fácil saber qué tipo de elementos utilizan ustedes, como medicamentos, si podríamos llamarlo así, porque quizás podría entender la gama de disponibilidad que tiene para lograr esas relaciones.**

Mira, es muy lindo de la medicina antroposófica y la antroposofía en general, que no es una práctica, un quehacer establecido, sino que es un modo de pensar; el pensamiento se renueva y alcanza posibilidades insospechadas para una visión puramente materialista de la vida, y en ese desarrollo que tiene el pensar, también se incrementa el desarrollo de la percepción, y en esa capacidad de pensar, es importante la vinculación del ser humano con su entorno, y en ese sentido es tan amplio el concepto de vinculación del ser humano con su entorno, que cualquier acción terapéutica puede estar englobada en este concepto, la alimentación es un tipo de relación con el entorno, el medicamento mismo vincula el mundo exterior con el mundo interior del ser humano, la forma de relacionarse con los otros seres humanos, también, el desarrollo artístico vincula al ser humano con su entorno, es decir, en el sentido más amplio del concepto, entonces, si tenemos claro, hacia donde debe avanzar el desarrollo del ser humano en esta posibilidad de relaciones en estas cuatro dimensiones, las posibilidades de encontrar terapia van a ser muchas ,ahora, en los 100 años que aproximadamente de existencia que tiene la medicina antroposófica, obviamente, ya ha habido muchos esfuerzos en esa dirección, y ya hay prácticas que tienen una cierta experiencia, y una cierta recopilación de casos, de informaciones, y de sustento estadístico, etc, etc, y de eso podemos hablar de lo que respecta a las praxis, pero es súper importante entender que la medicina antroposófica no es una praxis, es una visión. Desde la praxis, podríamos decir que las medidas más extendidas dentro de la medicina antroposófica, tiene que ver con lo que te he dicho, con medicamentos que provienen del reino mineral, vegetal y animal, que están procesados de una manera especial, donde se buscan potenciar, más que un aspecto cuantitativo de la sustancia, un aspecto cualitativo, cuales son las dinámicas de fuerza y las cualidades que se portan en una sustancia, y como estas fuerzas pueden ocuparse provechosamente, para que los procesos del ser humano se comporten de ciertas cualidades, entonces uno introduce una cualidad de comportamiento biológico con el medicamento, entonces, si una enfermedad está caracterizada por la pérdida de límites, y hay procesos desbordados de un lugar a otro, salen de su propio ámbito, podríamos obtener una sustancia que porte la cualidad de establecer límites en el cuerpo.

- **¿Ese tipo de enfermedades podría ser como el cáncer?**

El cáncer es mucho más complejo, también esta eso presente y sí, de todas maneras esta eso considerado, pero una enfermedad donde se pierdan límites, podríamos hablar de un proceso alérgico, un proceso que se debería desarrollar en una circunstancia, no se desarrolla bien en esa circunstancia y se desarrolla en otra, algo que debería responder a un estímulo, que en verdad corresponde a una amenaza para el cuerpo, en ese momento estaría correcto, el sistema

inmunológico responde a un estímulo que no es verdaderamente una amenaza al cuerpo, y en ese sentido hay un proceso desbordado, ahí se puede introducir con un medicamento, la cualidad de limitar cada proceso a su lugar. En el caso del cáncer es mucho más complejo, pero podría entenderse desde un punto de vista, como un proceso inmune que ha sido llevado a un estado de caos que es mucho mayor, donde el sistema inmune, ya no puede reconocer dentro de su propio ámbito, un comportamiento que no obedece a sus propias fuerzas formativas, una célula no se comporta de acuerdo a las propias fuerzas formativas del ser humano, sino, como una vida extraña y anárquica dentro de un conjunto cósmico, una célula desarrolla un comportamiento caótico, ahí el tratamiento es más complejo.

- **Eso me lleva hacerle una pregunta, que tiene dos caras, dentro de estas posibilidades que son bastante flexibles de terapéutica antroposofía, ¿Qué límites puede tener hacia dentro, por decirlo así, hacia lo más físico del cuerpo? ¿encuentras límites?, por ejemplo el mismo cáncer puede ser un ejemplo, o un caso donde podamos explorar algún límite, pero por otro lado, lo que más me parece interesante, hacia las conexiones donde se insertan en esta vía los individuos, ¿si es que la práctica de la antroposofía encuentra límites?, también, o no, es posible que el ser humano modifique, o claro, restablezca esto un cierto equilibrio, modifique aquello que lo estaba poniendo en desequilibrio, y logre nuevamente un equilibrio, independiente de las condiciones externas. Esas dos preguntas, que es una misma pregunta digamos, por los límites, pero tiene dos caras.**

-

O sea, ¿En relación a los límites exteriores e interiores, y si desde la conducta humana se puede restablecer este equilibrio?

- **O sea, a través del “guiado”, ayudado con estos concejos, atenciones de la medicina antroposófica se puede restablecer**

Depende de cuál sea el grado de profundidad del desequilibrio, hay ámbitos que están más cercanos a la conciencia cotidiana, y ámbitos más lejanos a la conciencia cotidiana, por ejemplo un músculo está súper cercano, pero hacer por ejemplo, que el estómago secrete ácidos está más lejano a la conciencia directa, en ese sentido, todo lo que está más lejano, hace más importante la sustancia, y la búsqueda de desequilibrio, desde algo que ayude al ser humano, desde afuera de su conciencia, y que despeje el camino para que él pueda llegar, hacia donde necesita llegar dentro de su cuerpo; pero por otra parte, un estado de ánimo, sostenido en el tiempo, le da una cualidad distinta a las fuerzas formativas del cuerpo que otro estado de ánimo, y eso ha sido un trabajo que el ser humano puede hacer, él puede prepararse para permanecer en ciertos estados de ánimos, que podríamos llamar, “estados de ánimo más acordes con su humanidad”, y estados de ánimo que son menos acordes, mientras más acordes a su humanidad sea su estado de ánimo, mayor es la influencia de este ánimo en el campo de las fuerzas formativas, por lo tanto, estas fuerzas formativas construyen el cuerpo de una forma más saludable, y eso es algo que cada ser humano puede hacer (...) Acá es interesante como aparece la relación de la ética con la salud, en el fondo, ser ético es ser saludable, porque cuando actúas éticamente sostienes estados de ánimo, que van a influir sobre las fuerzas formativas de una manera positiva, las fuerzas formativas se han investigado también como campos morfo genéticos, cuerpo etérico, cuerpo vital, la esencia organizada de la vida en el ser humano, se podría llamar de muchas maneras, pero se entiende, se hace claro, cuando uno se

despierta a la realidad del fenómeno, de que la naturaleza no muestra por ninguna aparte, algo viviente que este emergiendo de algo muerto, uno puede observar por todas partes, cosas muertas que se desprenden de un ser que estaba vivo, pero en ningún caso uno encuentra el fenómeno contrario, un ser viviente que emerja desde algo muerto, hasta Francesco Redi eso se pensaba que podía ser cierto, se creía en la generación espontánea, que los insectos simples podían salir del barro por ejemplo, y es muy lindo como la biología avanzó en la valoración de ese hecho, pero todavía no se ha alcanzado a valorar en toda su magnitud este hecho, que es que la vida solamente proviene de algo que está vivo, sin embargo, lo muerto también puede proceder de algo que no estaba muerto, de algo que estaba vivo también (...) en ese sentido hablamos que es la fuerza viviente la que forma el cuerpo físico, no el cuerpo físico el que forma la fuerza viviente, por eso yo hago esta dirección tan determinada – **es radical lo que tú me estás diciendo** - es un cambio de paradigma.

- **¿De donde viene esa fuerza viviente? Si es la que anima al cuerpo físico, por decirlo así.**

Es la que le da vida al cuerpo físico, lo que lo anima es la dimensión de lo animado propiamente tal, (...), siempre se investiga esta fuerza viviente buscando una fidelidad a la realidad, ya, de manera que, las preguntas que uno se plantea, el orden de la investigación, la búsqueda de relaciones entre estos aspectos, obedece a una indagación de la realidad, en ese sentido uno puede buscar fenómenos que se le acerquen a las respuestas esas interrogantes, uno tiene fenómenos biológicos, que son muy importantes de considerar, y hay también, fenómenos humanos muy importantes de considerar, como por ejemplo, el ámbito de las intuiciones humanas, la capacidad artística, la creatividad y los sentimientos que se despiertan en el ser humano cuando él, abnegadamente, se entrega a la contemplación de la vida, en ese sentido, para la antroposofía puede ser muy importante lo que un verdadero poeta, o un verdadero pintor, expresa como evocación de su alma al entregarse a la contemplación de la vida, en el puede aparecer algo de la esencia de la vida, y en ese sentido respondernos un poco a tu pregunta, pero también el hecho de saber, por ejemplo, que la vida, sólo proviene de una vida, también nos habla algo de su esencia, sabemos que la vida no es un epifenómeno que se origina en el choque complejo de moléculas, más bien, podríamos decir, la materia se comporta de un modo tan complejo porque está subordinada a las leyes de la vida.

- **Antes que se nos valla demasiado el tiempo, me gustaría volver a algo que tu dijiste, que también me llamó la atención, que era sobre esta, por ejemplo, baja de serotonina, o la capacidad de los receptores, (no sé muy bien), como una especie de llamado del cuerpo, que al intentar de apagar o evitar que eso suceda, no se estaba escuchando normalmente al cuerpo. Mi pregunta es: ¿cómo habla ese cuerpo, y quién puede interpretarlo?, es posible que los pacientes, o los individuos, antes de recurrir un especialista, o a un “encargado”, o con un conocimiento mayor, puedan interpretar correctamente esos síntomas que aparecen a su cuerpo.**

Generalmente cuando existe un compromiso del paciente, con darle el sentido a su existencia, la interpretación suele ser correcta, pero se necesita un compromiso de verdaderamente darle un sentido humano a la vida humana, y no entenderla como un afán de acumulación de bienes

materiales, o una mera competitividad, o la simple exteriorización de una apariencia, sino que realmente, cada ser humano se pregunte cual es el sentido de su existencia en esta tierra, en ese sentido uno se puede preguntar, ¿de qué manera tengo que relacionarme con esto que me ocurre? Y cuando es posible correr el velo del mito del azar, de que si bien en la antigüedad era tan claro, que la realidad se comporta de una forma cósmica, es decir que tiene un orden intrínseco, y cuando no lo comprendemos, entramos a un ámbito de lo aleatorio, pero tiene que ver con una falta de comprensión, y eso también puede pasar con los síntomas, porque como no los comprendemos, pensamos que pertenece a un simple azar, en ese sentido, no se puede despertar a la integridad de la realidad, a este devenir pleno de sentido de la realidad, sin embargo, solamente se revela este sentido al humano que lo busca, que lo desentraña por voluntad propia, a través de una conducta pensante, entonces, el tener esto en consideración, ya te hace comportarte de forma distinta ante la enfermedad, porque uno se pregunta, ¿Qué es lo que como ser humano debo entender, o debo pensar ante esta situación o acontecimiento, que se me ofrece desde la realidad hasta la conciencia?, una realidad que se ofrece desde el espacio hasta la conciencia humana.

- **No parece tan fácil – no, no es tan fácil – y ahí quizás sería interesante entrar en esta situación particular, que es hacer antroposofía en un consultorio, probablemente hay muchas personas que jamás habían tenido una aproximación a algo como lo que tú me estas contando, ¿Cómo es eso?¿cómo se hace ahí?¿todos los seres humanos tendemos igual aunque es difícil hacer ese trabajo de buscar el sentido de esa manera?**

Yo te quisiera decir dos cosas, una que sí, que es completamente posible para todo ser humano, en ese sentido, la humanidad que descansa en cada ser humano está esperando ser despertada, eso es una forma de verlo, por otra parte no hay ningún ser humano que haya empezado ya a ser despertado por otro ser humano, sin embargo, las posibilidades de acrecentarse es infinita, ya. Y lo segundo, pienso que podríamos verlo en Paine, **-mm... verlo más directamente-**, y que vieras una tensión y que nos va a permitir salir, quizás de una respuesta un poco abstracta, en una respuesta más viva.

- **Si, sólo una cosa, antes de terminar esta “primera vuelta”, ¿cómo tú te integraste a esto y porqué? ¿Cuál fue tu impresión respecto a integrarte a este programa? Y ahí podríamos dejar una introducción a lo que podría ser esto.**

El programa surge, en gran parte por la visualización de los pacientes que reciben, o que satisfacen sus necesidades de salud, desde un punto de vista, como es una perspectiva materialista, no encuentran solución, para un ámbito muy amplio, muy variado y muy complejo de necesidades, que tienen que ver con la salud en su más amplio sentido, en que son necesidades anímicas, de relaciones humanas, de encontrar un sentido ante ciertos acontecimientos en la vida, muchas veces también hay un amor a la naturaleza, una suerte de devoción ante lo que la naturaleza muestra, a su despliegue artístico, que no puede ser reducido a un cierto mecanismo, los pacientes que viven con esto en sus sentimientos y que lo sienten, también pueden sentir la paradoja, de lo que significa un tratamiento que muchas veces es contrario a sus inclinaciones naturales. Pacientes que se acercan buscando que estén en armonía con la naturaleza, otros pacientes que se acercan buscando algo que les dé sentido a

sus ansias espirituales, y estas ansias insatisfechas, que son verdaderamente donde pueden nacer las fuentes de la salud, encuentran su satisfacción en un programa, en un equipo de salud, que pueda abordar la enfermedad desde estas perspectivas, desde la armonía con la naturaleza, y del entender el espíritu que está detrás de la naturaleza, y que para eso hay una forma individual en el ser humano, una forma única, allí hay otra forma de vincular lo humano con lo natural, a través de un espíritu que está presente en el ser humano y que esta por detrás en la naturaleza, también es una metáfora.

- **Pero en términos, digamos, por decirlo así... prácticos, históricos, ¿a ti te invitan?, ¿cómo te sumas tú al equipo?**

Cuando Eduardo Briones, comienza con este programa, le parece muy importante contar con medicina antroposófica, y el preguntando, un amigo en común le habla de mí, y él me invita a trabajar con él, conversamos un par de veces, a ver si existía la posibilidad de una idea en común donde cada uno pudiera trabajar en sus libertades, y efectivamente fue posible, y en el año y tanto que llevamos de trabajo hemos tenido muy buenos resultados, ha sido un trabajo muy gratificante.

- **¿Tú antes donde trabajabas medicina antroposófica?**

Yo trabajo más en una consulta en la reina, particular, y en Paine, esos son los dos lugares donde estoy trabajando, - **y cuando te invita a trabajar en un consultorio, ¿te llamó la atención de alguna manera?**- Siempre había tenido la inquietud de poder hacer asequible a toda la población, siempre es bueno encontrar la forma adecuada, y sí, me parecía muy novedoso, me pareció una idea no sólo interesante, sino que necesaria; y siempre, bueno, apareció la dificultad de cómo hacer esta idea posible sin que, la medicina antroposófica se pierda de lo que realmente es, en ese sentido apareció la posibilidad de tener un mayor tiempo por cada paciente, lo que es muy importante en la relación, en el conocimiento, en todo el dialogo, y por otra parte la posibilidad de contar con medicamentos antroposóficos financiados por la municipalidad, de manera que los pacientes puedan recibir este tratamiento sin costos y al alcance económico.

## Lista de códigos (Atlas ti)

1. Acomodo espacia y objetual
2. Actividades deseables
3. Actividades legítimas
4. Actividades post-laborales
5. Alta administrativa
6. Asociación enfermedad actual con episodios pasado
7. Atención normal paciente
8. Autonomía paciente
9. Autoridad médica
10. Buen trato
11. Clases de edad
12. Consideraciones sociales otras terapias
13. Control sobre el cuerpo
14. Críticas biomedicina
15. Cuerpo
16. Derivación en consultorio
17. Desigualdades salud
18. Diagnóstico
19. Diferencia de género en pacientes
20. Dimensiones del individuo
21. Dolor
22. Efectividad biomédica
23. Efectividad terapia no biomédica
24. Enfermedades
25. Entorno
26. Espacios de visibilidad
27. Especialidad biomédica
28. Especificidades prácticas no biomédicas
29. Experiencia en el trabajo
30. Experiencia formación terapias no biomédicas
31. Formación biomédica
32. Gestión de sí
33. Género
34. Historia laboral
35. Industrialización atención
36. Jubilación
37. Medicamentos
38. Motivación asistir a las consultas
39. Naturaleza de la enfermedad
40. Paine no es santiago
41. PAPELES
42. Particularidades consultorio
43. Patologización vejez
44. Percepciones sobre individuos mayores
45. Percepción biomédica sobre MCAs
46. Percepción envejecimiento poblacional
47. Percepción ICPL sobre MCAs
48. Percepción respecto edad de realización
49. Percepción rol del EPM
50. Percepción sobre proceso de envejecimiento
51. Política
52. Prácticas de intervención
53. Prejuicios frente a prácticas no biomédicas

54. Presencia del pasado
55. Prevención
56. Problema del tiempo
57. Problemas emocionales
58. Problemas sistema de salud
59. Recomendación programa entre pacientes
60. Relación biomedicina-otras terapias
61. Relación entre clases de edad
62. Relación paciente-terapeuta
63. Relación salud-edad
64. Resistencias gestión de sí
65. Rotación por terapias
66. Sensación de inseguridad
67. Sociedad e individuos mayores
68. Soledad
69. Sufrimiento
70. Superación de la enfermedad
71. Sustancias permitidas-prohibidas
72. Tipo terapia
73. Verdad de la muerte
74. Verdad de la salud
75. Verdad de la vida
76. Vínculo personal prácticas no biomédicas



## Listado de memos

HU: backup of Tesis magister HSR

-----  
Memo-Filter: All [55]  
-----

MEMO: Alimentación (1 Quotation) (Admin, 25-09-2013 13:49:14)

P 9: Mag\_Entrevista Antroposofía.rtf  
73 -73

No codes

No memos

Type: Memo

Es posible que el tema de la alimentación aparezca repetidamente.

MEMO: Antítesis del buen trato (1 Quotation) (Admin, 20-11-2013 12:51:52)

P15: Mag\_Entrevista Tomás Avendaño.rtf  
53 -58

No codes

No memos

Type: Memo

La antítesis de lo que se considera un "buen trato" en el caso de los terapeutas de las MCAs, es esta situación de indiferencia que manifiesta un médico convencional, respecto al sufrimiento.

MEMO: Basada en EVIDENCIAS (1 Quotation) (Admin, 27-11-2013 16:10:12)

P18: Mag\_Entrevista Giese.docx  
109 -109

No codes

No memos

Type: Memo

Acá aparece, el último elemento de la tríada, "el cedazo de las evidencias".

MEMO: Burocracia y limitación (3 Quotations) (Admin, 27-11-2013 14:53:18)

P18: Mag\_Entrevista Giese.docx  
286 -296 , 300 -304 , 307 -315

No codes

No memos

Type: Memo

Un acomodo espacial y objetual que es propio de todos, no sólo de los terapeutas no biomédicos, tiene que ver con las trabas que impone la burocracia (el llenado de papeles). Sin embargo, mientras que para los

biomédicos se trata de una cuestión casi exclusivamente de "cantidad", para los otros profesionales implican también problemas de "cualidad" en la medida en que les dificulta la "traducción" desde sus prácticas a las exigidas por la hoja.

MEMO: CAPÍTULO TESIS (0 Quotations) (Admin, 09-10-2013 11:26:32)

No codes

No memos

Type: Memo

Debería haber alguno que hablara sobre "la pregunta ausente": Que sería la relación entre las posibilidades de una forma de organizarnos diferentes, y su vínculo con las afecciones y dolencias. Ahí deberíamos referirnos a las cuestiones biopolíticas que atraviesan la problemática. R: ESTO VA EN EL CAPÍTULO 4 DONDE ABORDAMOS GUBERNAMENTALIDADES

MEMO: Colombia-chile (1 Quotation) (Admin, 20-11-2013 16:45:13)

P16: Mag\_Entrevista Zabaleta.rtf

30 -30

No codes

No memos

Type: Memo

Como entrevisté doctores colombianos, se lograron establecer ciertas comparaciones, que básicamente ilustran un deterioro similar del sistema público, en tanto su industrialización impide una atención más profunda incluso con las limitaciones propias de la medicina convencional.

MEMO: CONCEPCION VIDA (0 Quotations) (Admin, 09-10-2013 11:16:47)

No codes

No memos

Type: Memo

Es interesante esta cita, porque dictamina que la vida puede vivirse totalmente sin dolor.

MEMO: Control mental del cuerpo (2 Quotations) (Admin, 25-09-2013 16:10:48)

P10: Mag\_Entrevista Reiki.doc

34 -34 , 166 -170

No codes

No memos

Type: Memo

En ocasiones puede resultar de alta importancia para la curación la asignación de un poder al pensamiento para actuar sobre el cuerpo. ---> "El secreto"

MEMO: Cronización (1 Quotation) (Admin, 16-10-2013 15:27:13)

P12: Mag\_Entrevista Eduardo Briones.rtf  
95 -95

No codes

No memos

Type: Memo

Es interesante que en la declaración donde se considera más sistemáticamente el aspecto "social", expresado en las condiciones del trabajo que son al mismo tiempo las condicionantes de una cierta dolencia o afección, es también al menos un punto desde donde puede entenderse la "cronización" de una enfermedad: Desde el punto de vista de un médico particularmente 'vigilante de su propia práctica', es relativamente sencillo notar que la dolencia está 'intrínsecamente' asociada a los aspectos que muchas veces aparece solo como parte de un 'entorno', sin embargo, las propias limitaciones de la forma en que se organiza el "entorno", es el pie de cronización de una dolencia, cuyo escape no pasa por el ataque a la dolencia en sí, alojada en algún cuerpo individual, sino por la transformación del nudo de relaciones sociales, que inscribiéndose en el cuerpo le provoca somáticamente aquello que no es sino un dolor propiamente "social".

MEMO: Cuerpo y diagnóstico (2 Quotations) (Admin, 20-11-2013 17:15:26)

P16: Mag\_Entrevista Zabaleta.rtf  
46 -46 , 47 -50

No codes

No memos

Type: Memo

Era muy interesante lo que mencionaba este médico respecto a la lectura del cuerpo para el diagnóstico, en donde se reconoce el entorno social donde es posible ubicar al paciente. Esto lo asocia con la noción de RIESGO. De ese modo se procesa el entorno de la enfermedad, no dentro de las definiciones de la enfermedad, sino como indicadores de riesgo. La etiología de la enfermedad por eso sigue siendo fundamentalmente biológica.

MEMO: Derivación (1 Quotation) (Admin, 20-11-2013 13:10:15)

P15: Mag\_Entrevista Tomás Avendaño.rtf  
108 -112

No codes

No memos

Type: Memo

La derivación no se da tanto por los aspectos "fisiológicos" (enfermedades pulmonares por ejemplo), como con aspectos "psicológicos" o "mentales" (como memoria, depresión, sospechas de hipocondría). EXAMINAR EN OTROS CASOS. [Estúpidamente no insistí más en la derivación en las conversaciones con los médicos]

MEMO: Desconfianza, conocimiento, estrategias (2 Quotations) (Admin, 27-11-2013 16:22:57)

P18: Mag\_Entrevista Giese.docx  
128 -131 , 132 -135

No codes  
No memos  
Type: Memo

Esta cita está muy buena, ya que muestra las estrategias de los pacientes para conseguir la atención que ellos considera adecuada, y que efectivamente, se les atiende, puesto que saben que los problemas menos graves serán en general, dejados de lado. Tienen además un cierto conocimiento práctico de los "indicadores terapéuticos", y esto caracteriza una relación de desconfianza frente a un conocimiento medicalizado por fuera de la autoridad médica. [PARA TERCER CAPÍTULO DE LA TESIS]

MEMO: Desconocimiento/reconocimiento (1 Quotation) (Admin, 23-10-2013 12:18:06)

P13: Mag\_Entrevista Señora María.rtf  
88 -94

No codes  
No memos  
Type: Memo

La paciente en cuestión no sabe lo que toma, pero lo toma, a pesar de estar asistiendo a terapias alternativas, en ese sentido, la "gestión de sí" tampoco es un dogma en cuanto uno se enfrenta a terapias alternativas, hay distintas formas de "subjetivarse" frente al "espacio de visibilidad" dispuesto por los dispositivos MCA's

MEMO: Descrédito del mayor (2 Quotations) (Admin, 20-11-2013 12:32:54)

P15: Mag\_Entrevista Tomás Avendaño.rtf  
39 -40 , 309 -311

No codes  
No memos  
Type: Memo

En esta cita se puede apreciar, una especificación de dos tendencias más generales que se pueden identificar: 1) La hegemonía de la construcción biomédica "respecto a" (x eso es una especificación) individuos mayores (VDM); 2) La falta de reconocimiento social que aprecian los mayores (echar mano del estudio de SENAMA). [Ver CUADERNO &]

MEMO: Deseos legítimos (2 Quotations) (Admin, 23-10-2013 13:14:16)

P13: Mag\_Entrevista Señora María.rtf  
188 -193 , 189 -193

No codes  
No memos  
Type: Memo

No sé, si alcanza para un código, pero aquí no hay solamente una definición de "actividades legítimas", sino también de "deseos legítimos".

MEMO: Diagnóstico-intervención-epistemología (1 Quotation) (Admin, 25-09-2013 15:57:25)

P10: Mag\_Entrevista Reiki.doc

23 -24

No codes

No memos

Type: Memo

Como era de esperarse el diagnóstico, lo que se puede ver, estaría directamente implicado en la forma en que se interviene.

MEMO: Ejemplo paciente impaciente (1 Quotation) (Admin, 27-11-2013 16:42:26)

P18: Mag\_Entrevista Giese.docx

178 -187

No codes

No memos

Type: Memo

MEMO: El ánimo (0 Quotations) (Admin, 20-11-2013 16:18:16)

No codes

No memos

Type: Memo

También, quizás, debería rastrear más los asuntos vinculados con el ánimo y la depresión en los testimonios de los mayores.

MEMO: El cansancio de la vida (4 Quotations) (Admin, 23-10-2013 13:01:53)

P13: Mag\_Entrevista Señora María.rtf

188 -193 , 201 -201 , 276 -281 , 290 -301

No codes

No memos

Type: Memo

Es un tema recurrente en los adultos mayores... Y SI SON ELLOS, LOS VIEJOS, EL PRODUCTO DE LAS INNOVACIONES BIOMEDICAS, quienes están cansado del "regalo", DE QUÉ MIERDA SIRVIÓ? Esa es la pregunta final, si para disfrutar de la vida hay que volver a gestionarla absolutamente de nuevo, ¿no sería más prudente modificar la "forma en que habitamos" en vez de someternos a tanto costoso tratamiento, o tan compleja gestión individual-acompañada de la propia existencia, y de la pura existencia individual, sin modificar el entorno? La carencia de sentido de la biomedicina como cruzada civilizatoria contra lo patógeno y contra la muerte, se muestra de cara a la vejez, y de manera bastante interesante, de frente a una vejez "no acomodada", y en ese sentido, tal vez no revela el absurdo, sino su pleno sentido, la "prolongación de la vida", no implicaba necesariamente una buena vida para "todos", tampoco era necesario. La "calidad de vida" puede ser una manera de hacer frente a la posibilidad siempre presente de la crítica, en tanto las desigualdades son profundamente patentes, pero aún así, cualquier "gestión de sí" en tanto discurso

de la "calidad de vida", tiene las limitaciones estructurales que termina por evidenciar para quién es verdaderamente "bueno, útil y justo" una determinada forma de tratar con las dolencias, y para quién no es sino otra forma de reintegrarlo al trabajo para que otros puedan disfrutar de lo bueno y lo bello, creyendo firmemente, sin cinismo alguno, en la justicia.

MEMO: El tiempo biomédico (2 Quotations) (Admin, 20-11-2013 16:32:37)

P16: Mag\_Entrevista Zabaleta.rtf  
18 -20

P18: Mag\_Entrevista Giese.docx  
40 -41

No codes

No memos

Type: Memo

Un acomodo, una presión que se enfrenta la propia biomedicina, y que se identifica desde distintos actores como "industrialización de la atención", tiene que ver con los tiempos, los estándares y la disposición de recursos en el sistema público. Incluso las consultas médicas que teniendo un "estándar" de 15 minutos difícilmente pueden dar cuenta de todos los vínculos que se dan en una consulta antroposófica de 30 o más minutos, se enfrentan a una reducción de ese tiempo, y por tanto, sumergidos en la burocracia, el sistema público convencional no tiene más que ofrecer que la más miserable, rápida, superficial de sus opciones.

MEMO: Enfermedad laboral (1 Quotation) (Admin, 20-11-2013 13:26:34)

P15: Mag\_Entrevista Tomás Avendaño.rtf  
170 -177

No codes

No memos

Type: Memo

Por eso es clave el vínculo salud-trabajo-vejez, puesto que las marcas no desaparecen, sino que particularmente se manifiestan ante la posibilidad de no trabajar, así como se manifiestan los vacío ante la no-obligatoriedad.

MEMO: Entorno (0 Quotations) (Admin, 27-11-2013 15:15:43)

No codes

No memos

Type: Memo

En esta cita se nota con claridad el hecho de que "el problema del sistema de salud", las frustraciones cotidianas del paciente, en resumidas cuenta, aquello que aparece como "lo social", es sólo como posible referencia exterior. La integración sólo es posible como entorno, o en otras circunstancias (hacer referencia al plan de salud mental y otras cosas) pasadas por el cedazo de la evidencia científica. Hay algunas posibilidades mencionadas de excepción, pero que no encuentran articulación (como la inclusión de ciertas cuestiones que pertenecen al ámbito de la posición social de los individuos, en el diagnóstico o la recomendación de cambiarse de trabajo).

MEMO: Entrelazamientos de lo físico y lo emocional (0 Quotations) (Admin, 25-09-2013 16:27:23)

No codes

No memos

Type: Memo

ES interesante como se describen estos entrelazamiento, a través de este punto de sutura que es la enfermedad. El enuncao en ese sentido que diagnóstica una enfermedad, establece al mismo tiempo los límites, las fronteras, las invasiones favorables y perjudiciales entre las dimensiones de lo humano (y con ello recortan y dan vida a un tipo particular de individuo, propio del dispositivo que se haya en funcionamiento).

MEMO: Espacios de visibilidad (1 Quotation) (Admin, 23-10-2013 12:40:49)

P13: Mag\_Entrevista Señora María.rtf

156 -156

Code(s): [espacios de visibilidad]

No memos

Type: Memo

Un ejemplo, de cómo las personas se autodescriben en el lenguaje médico, en este caso en particular, a partir de conceptos "compartidos" con la psicóloga que la derivó a las MCAs.

MEMO: Espacios no medicalizados (0 Quotations) (Admin, 23-10-2013 13:39:57)

No codes

No memos

Type: Memo

Se agradecen los espacios vitales no tan medicalizados, o al menos medicalizados de otra manera, en tanto permiten "no estar pendiente" de ello, y por tanto, olvidarse, o al menos no estar complementa preocupado por la enfermedad.

MEMO: Experiencia del doctor biomédico y distancia social (1 Quotation) (Admin, 27-11-2013 16:49:12)

P18: Mag\_Entrevista Giese.docx

200 -202

No codes

No memos

Type: Memo

Es un pésimo nombre, pero ya me volé, la cosa que quiero decir es que en esta cita encontramos una mención al rol del médico, a sus posibilidades, a su sensibilidad dada la relación con la "vulnerabilidad", pero encontramos allí mismo TODA LA DISTANCIA SOCIAL que "corresponde".

MEMO: Función MCA's (1 Quotation) (Admin, 16-10-2013 15:19:19)

P12: Mag\_Entrevista Eduardo Briones.rtf

76 -79

No codes  
No memos  
Type: Memo

Las prácticas terapéuticas no-biomédicas, tienen funciones relativamente específicas en el consultorio, en particular en lo referido al hacerse cargo de los pacientes "somatizadores"

MEMO: Ideal preventivo (2 Quotations) (Admin, 27-11-2013 14:38:14)

P18: Mag\_Entrevista Giese.docx  
26 -27 , 87 -89

No codes  
No memos  
Type: Memo

Acá está uno de los principios que mantienen el control simbólico de los principios en las manos de la biomedicina. La prevención se expande, 1) se expande hacia dentro de la biología, hacia su ingenierización, 2) se expande hacia dentro del individuo, hacia una nueva compartimentalización, que se basta a sí mismo, y es entonces también un "interior infinito" cuya relación con el entorno no se da en la posibilidad de modificarlo, sino que se pliega sobre sí. En ese sentido, el ideal preventivo no sólo se expande hacia un mejor cálculo del riesgo (que implica una gestión individual de las acciones, un principio racionalización personal-ontológica), sino que también se expande hacia una gestión integral de la vida, como lo señala Rose una ethopolítica, y que en ese sentido, conduce por otro camino totalmente distinto a un rendimiento similar. Por qué es interesante establecer que se trata de un camino totalmente distinto? Porque expande el principio científico de la evidencia, no profundiza el biológico (esta respuesta no es segura).

MEMO: Ideal preventivo y estilos de vida (1 Quotation) (Admin, 27-11-2013 15:47:30)

P18: Mag\_Entrevista Giese.docx  
88 -93

No codes  
No memos  
Type: Memo

Acá no puede ser más evidente el lazo entre el ideal preventivo, y la jerarquización de estilos de vida. Según mi parecer, estos espacios de visibilidad, definen actividades legítimas y deseables, en una relación más o menos apropiada a la gubernamentalidad en curso (como estrategia global no subjetiva), y por tanto pueden existir más de un "estilo de vida" legítimo y fomentado, siempre y cuando articule de manera particular las actividades legítimas fundamentales (sería necesaria otra investigación para dar cuenta de esta lista). Nota: La relación entre los espacios de visibilidad, en tanto dimensión práctica de los dispositivos, y la(s) gubernamentalidad(es) en curso, los jerarquizan al interior de los campos.

MEMO: IM-pacientes (6 Quotations) (Admin, 27-11-2013 15:04:13)

P18: Mag\_Entrevista Giese.docx  
43 -43 , 45 -45 , 58 -59 , 62 -65 , 253 -263 , 279  
-279

No codes



No memos  
Type: Memo

Una característica que tímidamente aparece en los médicos es la perspectiva más "demandante" que poseen los individuos al ir al servicio público, lo cual figura como algo entendible, que sin embargo es injusto con los médicos, dado que el problema es de "recursos".

MEMO: Información - autonomía (2 Quotations) (Admin, 20-11-2013 13:21:00)

P15: Mag\_Entrevista Tomás Avendaño.rtf  
128 -133 , 212 -216

No codes  
No memos  
Type: Memo

La hasta cierto punto general mayor acceso a información, permite una mayor sensación de autonomía, que incide en una mejor relación con el terapeuta, y con una opinión más favorable respecto de las MCAs frente a la medicina convencional. // Esto, sin embargo, no siempre se da, por lo que las conclusiones no pueden ser cerradas.

MEMO: La presentación de los papeles (2 Quotations) (Admin, 20-11-2013 13:01:59)

P15: Mag\_Entrevista Tomás Avendaño.rtf  
187 -200 , 197 -211

No codes  
No memos  
Type: Memo

Como si se tratara de un examen más, todos los pacientes entrevistados (si excepción ni siquiera de la persona que cuidaba a su madre), me presentaban papeles: recetas, exámenes, diagnósticos, horarios. Más o menos acostumbrados a las formalidades y burocracias del sector público, la presentación de los papeles es un acto no con un contenido exclusivamente ritual (a modo de quien se presenta frente a una autoridad y exhibe su carné de identidad), sino pragmático. Es general, un modo de apurar los procesos, y de establecer por fuera de las posibles dudas la condición sujeto enfermo. Pero además, tiene una función de crítica o de denuncia en ocasiones: Presentación de el exceso de medicamentos, de indicaciones que no se entienden, de exámenes con resultados "no concluyentes".

MEMO: LÍMITE GESTIÓN DE SÍ (0 Quotations) (Admin, 09-10-2013 12:37:57)

No codes  
No memos  
Type: Memo

En cierto punto, parece haber un límite de la invitación, o más bien, a la "aceptación" de l invitación a la gestión de sí, en la medida, en que deja de existir un "para qué" de la gestión de sí. Y en esa ausencia podrían anunciarse, vislumbrarse las problemáticas de una forma de ejercicio del gobierno que incentiva a una "gestión de sí" que encuentra sentido solamente en la aceptación de lo externo como lo único posible, o mejor aún, en la confusión a tal punto entre la forma en que funciona el mundo y la manera en que debo

presentarme, que el movimiento de "reflexión" sobre un mismo (la gestión) hace imposible la reflexión sobre el entorno que me rodea, o mejor todavía, sobre el vínculo específico entre lo que me pasa, y lo que colectivamente hacemos (no en el límite definido heterónomamente de la familia, sino en todo nivel que aparezca relevante para el bienestar (Umwelt).

MEMO: Lo social (2 Quotations) (Admin, 16-10-2013 15:01:47)

P12: Mag\_Entrevista Eduardo Briones.rtf

63 -63 , 65 -65

No codes

No memos

Type: Memo

Una de las pocas veces que aparece explícitamente tratado lo social, por parte de algún EPM. Notar su asociación a la "depresión".

MEMO: Más allá de una contradicción entre autonomía individual y autoridad médica (0 Quotations)

(Admin, 27-11-2013 15:32:56)

No codes

No memos

Type: Memo

La relación es mucho más compleja que esta oposición. La autoridad médica se muestra en esta cita replegada, mucho más humilde frente a una figura anterior de Autoridad Absoluta (la analogía con Dios, la "época de oro" de la "medical dominance"), pero que propone como enunciados alternativos, la idea de la "gestión de sí". Entonces, la cuestión no puede decir "la gestión de sí es mala", porque en cierto punto recoge ciertas críticas hechas profunda y profusamente a la autoridad y prácticas médicas. Hay que poner en juego el "exterior constituyente" para poder entender como es que estos términos en apariencia antitéticos no lo son necesariamente, sino que se comprende más bien en relación múltiple (rizomática) con un entorno que le da su CLAVE DE INTELEGIBILIDAD

MEMO: Medicación abusiva (2 Quotations) (Admin, 23-10-2013 12:13:47)

P13: Mag\_Entrevista Señora María.rtf

76 -78 , 131 -134

No codes

No memos

Type: Memo

Esta cita ejemplifica con una claridad bastante aceptable una medicación abusiva, casi excesiva... (recordando el simple conocimiento de que dosis elevadas de paracetamol pueden llegar a ser letales.

MEMO: Medicina para la soledad (1 Quotation) (Admin, 27-11-2013 17:08:12)

P18: Mag\_Entrevista Giese.docx

241 -246

No codes

No memos  
Type: Memo

En la vejez, la gestión individual de la salud pone al desnudo dos cuestiones centrales: 1) La salud en Chile corresponde a una gestión fundamentalmente individual, en la medida que el único espacio al que puedo acceder "legítimamente" en tanto condición de desobligatoriedad social, es el sistema de salud. No hay otro espacio de reconocimiento legítimo de los adultos mayores, citando a Parsons, el único rol social que le cabe es el del enfermo; 2) La otra cara de lo anterior: Que el principal recurso a la medicina se hace como manera de combatir la soledad de la vejez, y esto significa, entonces, que en este caso particular también se trata de un problema social el que quiere resolverse por una intervención terapéutica sobre los cuerpos (rol med complementarias)

MEMO: Normatividad de la salud (1 Quotation) (Admin, 20-11-2013 16:15:01)

P15: Mag\_Entrevista Tomás Avendaño.rtf  
412 -413

No codes  
No memos  
Type: Memo

Frente a este tipo de testimonio, hace sentido la idea que plantea Canguilhem que la salud/la vida, tienen una normatividad en sí mismas, una potencia, más allá del silencio de los órganos. El punto sería cómo esa potencia es estimulada, encapsulada, cooptada, etc.

MEMO: Otra persona a su cargo (1 Quotation) (Admin, 23-10-2013 16:20:20)

P14: Mag\_Entrevista señora Rosario.rtf  
55 -55

No codes  
No memos  
Type: Memo

Esta entrevistada tiene a otra persona a su cargo, lo que influye en variadas cosas, partiendo por las posibilidades de la propia entrevista.

MEMO: PARTICULARIDAD CONSULTORIO (1 Quotation) (Admin, 20-11-2013 13:16:11)

P15: Mag\_Entrevista Tomás Avendaño.rtf  
115 -119

No codes  
No memos  
Type: Memo

Una particularidad muy interesante del consultorio, es la derivación, en el sentido en que hace llegar a las terapias alternativas a personas que no tienen conocimiento alguno respecto a su existencia, funcionamiento, efectividad, ni nada.

MEMO: Policonsulta-inespecificidad-emocionalidad (2 Quotations) (Admin, 27-11-2013 14:58:03)

P18: Mag\_Entrevista Giese.docx

42 -43 , 245 -246

No codes

No memos

Type: Memo

Lo que desde el punto de vista biomédico se conceptualiza como "policonsulto", como "paciente policonsulto", que "consulta por todo", "que arrastra distintos problemas y quiere solucionarlos todos" (Entrevista Zabaleta), es visto desde el punto de vista integrativo, ligado indisociablemente de la emocionalidad. ¿Cuál es el entorno de todo esto? Lo social.

MEMO: Proyección programa (0 Quotations) (Admin, 16-10-2013 16:01:57)

No codes

No memos

Type: Memo

Más que nada para la presentación en el mismo consultorio.

MEMO: RECOMENDACION CONSULTORIO (0 Quotations) (Admin, 27-11-2013 16:58:16)

No codes

No memos

Type: Memo

Mejorar la información a los médicos convencionales sobre las potencialidades y forma de operación del programa de medicinas alternativas.

MEMO: Recomendación del programa (0 Quotations) (Admin, 23-10-2013 16:41:23)

No codes

No memos

Type: Memo

Una de las cuestiones que más esclarece el aprecio que siente la gente por el programa son las recomendaciones que de él hacen.

MEMO: Reducción racionalista (1 Quotation) (Admin, 25-09-2013 12:59:02)

P 9: Mag\_Entrevista Antroposofía.rtf

35 -35

No codes

No memos

Type: Memo

Hay una acusación de una perspectiva reduccionista de la biomedicina, respecto al misterio de lo humano.

MEMO: Regimen de justificación (1 Quotation) (Admin, 16-10-2013 15:43:16)

P12: Mag\_Entrevista Eduardo Briones.rtf

101 -101

No codes

No memos

Type: Memo

Casi textualmente se ofrece la perspectiva de las medicinas no-biomédicas, como posibles de ser utilizadas para una crítica a la forma de atención médica tradicional.

MEMO: Relación de complementariedad (1 Quotation) (Admin, 25-09-2013 16:13:44)

P10: Mag\_Entrevista Reiki.doc

34 -34

No codes

No memos

Type: Memo

Desde esta disciplina (reiki) a diferencia de la medicina antroposófica, su rol se comprende inmediatamente complementario, antes que integrador --> puede ser porque efectivamente el médico antroposófico tiene formación de médico convencional

MEMO: Relación terapéutica reducida (1 Quotation) (Admin, 25-09-2013 17:12:22)

P10: Mag\_Entrevista Reiki.doc

129 -129

No codes

No memos

Type: Memo

No será extraño encontrar cómo se apunta a que en la biomedicina la relación paciente-terapeuta se encuentra en extremos reducida, lo que termina por afectar la efectividad de la terapia y la sanación.

MEMO: Rol de acompañante (1 Quotation) (Admin, 25-09-2013 16:25:09)

P10: Mag\_Entrevista Reiki.doc

40 -42

No codes

No memos

Type: Memo

Es interesante que se muestra potente personal y terapéuticamente el hecho de concebirse como un "acompañante" de un proceso que puede ser tanto físico, como emocional, fácilmente visible o íntimo.

MEMO: Sugerencia a Consultorio (2 Quotations) (Admin, 23-10-2013 12:44:22)

P13: Mag\_Entrevista Señora María.rtf

164 -164 , 168 -175

No codes

No memos

Type: Memo

Si es que ya no lo han hablado ya, debo sugerir que intenten conseguir un furgón para el programa de MCAs

MEMO: Trabajar (3 Quotations) (Admin, 23-10-2013 13:54:42)

P13: Mag\_Entrevista Señora María.rtf

303 -305 , 306 -307 , 308 -311

No codes

No memos

Type: Memo

Como único eje articulador de lo vital.

MEMO: TRIAJE (1 Quotation) (Admin, 20-11-2013 16:49:10)

P16: Mag\_Entrevista Zabaleta.rtf

33 -34

No codes

No memos

Type: Memo

Método de ordenamiento de la urgencia de la atención desarrollado en la segunda pos guerra por los estados unidos.

MEMO: Uso/razones MCAs (1 Quotation) (Admin, 23-10-2013 16:30:17)

P14: Mag\_Entrevista señora Rosario.rtf

76 -78

No codes

No memos

Type: Memo

Esta señora con mayor nivel educacional, tenía experiencia previa con las MCAs y, además hace un uso diferenciado, lo incorpora a su forma de vida, gestiona su vida, su cuerpo y su mente al rededor de terapias que le permiten "sentirse bien".

MEMO: Valerse por sí mismo-no molestar (2 Quotations) (Admin, 20-11-2013 13:37:19)

P15: Mag\_Entrevista Tomás Avendaño.rtf

231 -235 , 235 -241

No codes

No memos

Type: Memo

dSignificativamente aparece esta misma asociación como un deseo y casi un mandato, en estas entrevistas que no parten de la discusión de esa premisa, y en ese sentido, pueden reforzar el estudio hecho en el marco de SENAMA

MEMO: Vínculo salud-realizació actividades (2 Quotations) (Admin, 23-10-2013 12:26:00)

P13: Mag\_Entrevista Señora María.rtf

131 -134 , 308 -311

No codes

No memos

Type: Memo

Igual que en el estudio sobre inclusión/exclusión de los AM, la realización de actividades es vital. La ausencia de la "obligatoriedad", que en otras palabras puede entenderse como la ausencia de un "lazo social estrecho", los pone en un "no-lugar social" en donde las enfermedades y dolencias pueden recibir toda la atención, manifestarse sin competencia, abarcar cada vez más y más "lugar" en la subjetivación... Visto así, no es extraño que la consulta médica se vuelva un elemento tan relevante. Lo interesante es ver que la "redirección" a las MCAs implica también una subjetivación específicamente médica, que se combina con los principios más generales de una gestión de sí, y es funcional a un sistema de protección social casi inexistente, en la medida que hace "prescindible" los elementos costosos de la medicina, y al mismo tiempo, "imprescindible" la consulta más o menos cotidiana con los terapeutas que "acompañan" la gestión individual del sí mismo, y en tanto, éstos rinden cuenta de sus acciones a las instituciones de salud estatal, hacen "imprescindible" al Estado, sin que éste deba disponer prácticamente de ningún recurso por persona (sino que basta con ciertas instalaciones, por supuesto hay excepciones y matices).