

**Usos de tecnologías sanitarias de envejecidos de la cuarta edad en el  
Programa Nacional de Salud del Adulto Mayor**

**Memoria para optar al Título de Antropólogo Social.**

**Memoria de Título realizada con el financiamiento del Proyecto Fondecyt n° 1150823  
“Envejecimiento y longevidad. Estudio etnográfico sobre personas nonagenarias y  
centenarias en Chile”.**

**José Ignacio Pinto Galaz**

**Profesor Guía: Andrés Gómez.**

**Santiago, noviembre, 2018.**



## Índice

Introducción.....	3
I. Antecedentes. ....	6
1. Características demográficas y cualitativas de las personas de la cuarta edad en Chile.....	6
2. Referencias históricas de los Programas de la Salud Pública estatal para los envejecidos en Chile durante el siglo XX y principios del XXI. ....	8
3. Estrategias actuales de atención de la Salud Pública estatal y territorial para los envejecidos de la cuarta edad. ....	10
4. Investigaciones sociales acerca de los envejecidos de la cuarta edad. ....	11
II. Los usos tecnologías sanitarias para investigar los condicionamientos del Programa Nacional de Salud del Adulto Mayor en terapias de envejecidos.....	14
III. Pregunta de investigación:.....	16
IV. Entre usos modernos y usos biomédicos.....	17
V. La metodología en el campo: cómo observé y sistematicé los usos de tecnologías sanitarias de envejecidos. ....	28
1. Criterios muestrales y la búsqueda de participantes. ....	29
2. Técnicas y registros de producción de la información ....	34
3. Consideraciones éticas en el campo. ....	35
4. Técnica de análisis de la información y codificaciones. ....	36
VI. Resultados.....	38
Usos modernos de tecnologías sanitarias de los envejecidos. ....	38
a. Resistencias y autodisciplinamientos. ....	38
b. Palabras y conceptos de la medicina usados por los envejecidos. ....	44
c. Recomposiciones a las tecnologías sanitarias.....	48
Usos biomédicos de tecnologías sanitarias de los envejecidos.....	51
a. Los envejecidos como receptores de cuidado. ....	51
b. Auto personalizaciones a las tecnologías sanitarias. ....	54
c. Éticas de los envejecidos sobre su cuerpo.....	60
d. Combinaciones de tecnologías sanitarias con medicina no sanitaria. ....	64
VII. Reflexiones en torno a los usos de tecnologías sanitarias.....	70
VIII. Conclusiones.....	79
IX. Bibliografía .....	85



## Introducción.



La población adulta mayor crece aceleradamente en Chile y junto a las bajas tasas de natalidad y mortalidad, es posible sostener que Chile vive un proceso de 'Transición Demográfica Avanzada' al 'envejecimiento de su población' (Gerontología UChile, 2016).

Dentro de esta creciente población adulta mayor, los envejecidos de la cuarta edad se presentan como personas adultas mayores con problemas de funcionalidad, autonomía y salud (Gilleard y Higgs, 2010).

Esta población de envejecidos de la cuarta edad presenta problemas en funcionalidad, autonomía y salud que el Estado trata de resolver con políticas públicas, entre las cuales encontramos al Programa Nacional de Salud del Adulto Mayor.

Dadas las condiciones anteriores, un grupo de envejecidos de la cuarta edad, los pertenecientes hasta el 9° quintil mayoritariamente (Ministerio de Desarrollo Social, 2011), se vuelven beneficiarios de dicho Programa. Al ser beneficiarios de dicho Programa, estas personas de la cuarta edad son clasificadas en 4 tipos de dependientes: dependientes leves, dependientes moderados, dependientes severos o dependientes totales, con lo cual se les asigna un tratamiento médico acorde a su tipo de dependencia y a las problemáticas de salud que presentan (Subsecretaría de Salud Pública, 2014).

Dichos tratamientos se expresan en los envejecidos al recibir prescripciones de tecnologías sanitarias provenientes de los médicos del Programa. Debido a esto, estas personas de la cuarta edad usan prescriptivamente tecnologías sanitarias en sus prácticas de salud.

Bajo estas condiciones, los envejecidos de la cuarta edad usan tecnologías sanitarias prescritas que condicionan sus terapias de salud. Lo anterior se explica porque éstos, al recibir dichas prescripciones, usan las tecnologías sanitarias de manera habitual en sus tratamientos. Estas personas, por tanto, constituyen sus terapias de salud desde dichos usos prescritos de tecnologías y, tras usarlas, sus terapias de salud se ven modificadas por dichos usos. El resultado de ello es que estas personas construyen sus procesos de salud de una manera particular y condicionadas por dichos usos prescritos, manifestando por lo anterior, terapias de salud propias.

Considerando lo pretérito, los envejecidos de la cuarta edad y sus usos de tecnologías sanitarias permiten reflexionar en torno a la construcción de la salud y cómo las tecnologías influyen en dicha construcción. Los envejecidos de la cuarta edad al usar tecnologías sanitarias se ven envueltos en normas, reglas y valoraciones de los paradigmas médicos que son posibles de visualizar en los usos de tecnologías sanitarias. En ese sentido, estas personas de la cuarta edad se visualizan como participantes en la construcción de su salud, pudiendo aportar en dicha construcción con prácticas propias



condicionadas por las prescripciones del Programa. Los envejecidos, entonces, se pueden observar como actores sociales que construyen su salud.

Además, los envejecidos de la cuarta edad y sus usos de tecnologías sanitarias permiten aportar conocimiento sobre la interacción de vejez, salud y tecnología. La cuestión anterior refiere a que estas personas mediatizan con diseños, elementos y usos de tecnologías sanitarias dicha construcción de salud, entonces, es posible afirmar que estas personas construyen su salud y, en cierto sentido, su vejez desde dicha construcción de salud.



Resumen.



Se caracterizan los usos de tecnologías sanitarias que realizan los envejecidos de la cuarta edad que son beneficiarios del Programan Nacional de Salud del Adulto Mayor. Para ello, se enfocan conceptualmente los usos que realizan los envejecidos desde los estudios de la medicina moderna (Foucault, 2001) y la biomedicina (Rose, 2007). Los usos de tecnologías sanitarias que realizan los envejecidos se ordenan a partir de 3 dimensiones, los requerimientos que tienen éstos al Programa, las valoraciones que tienen éstos de los usos prescritos y las modificaciones que hacen éstos a los usos prescritos entregados por el Programa. Los resultados muestran las críticas de los envejecidos a las tecnologías entregadas por el Programa, así como la búsqueda de éstos para conseguir tecnologías sanitarias más personalizadas. Se concluye que los usos de tecnologías sanitarias influncian las significaciones en las que se basan los envejecidos para producir prácticas sobre su salud.

Palabras claves: cuarta edad, usos prescritos, tecnología sanitaria, medicina moderna y biomedicina.



## I. Antecedentes.

### 1. Características demográficas y cualitativas de las personas de la cuarta edad en Chile.

Chile vive un proceso de 'Transición Demográfica Avanzada' hacia el 'envejecimiento de su población'. Lo anterior significa que las tasas de mortalidad y natalidad son bajas, que el crecimiento poblacional disminuye y que la composición por edades se ha alterado, registrándose un aumento sostenido de las personas que tienen más de 60 años (Gerontología UChile, 2016).

La población adulta mayor en Chile es de 3.075.603 personas, siendo el 17,5% de la población total del país (Ministerio de Desarrollo Social, 2017). Sus proyecciones estipulan que desde el 2000 al 2025 crecerá en un 6,5% y para el 2050 crecerá un 13,4%<sup>1</sup> (del Popolo, 2001).

Dentro de las estadísticas de adultos mayores en Chile, las específicas de vejez avanzada son escasas. Sin desmedro de lo anterior, para el 2050 el 37% de la población adulta mayor será de personas sobre 75 años. Las personas sobre 75 años representan el 5,1% de la población total nacional, correspondiendo al 29,9% de la población adulta mayor del país (Ministerio de Desarrollo Social, 2017).

Esta población de personas sobre 75 años se distribuye de manera desigual entre mujeres y hombres. Las mujeres representan un 61,2% y los hombres un 38,8%, lo cual muestra que la vejez avanzada en Chile es vivida por mayor cantidad de mujeres que de hombres (Ministerio de Desarrollo Social, 2017).

Un 30% de esta población sobre 75 años tiene deficiencias funcionales. Este porcentaje de personas sobre 75 años que presentan deficiencias funcionales se puede distinguir en categorías de personas 'dependientes leves' (28%), 'dependientes moderadas' (42%) y 'dependientes severas' (30%). Se distinguen de un autovalente funcional por tener problemas para realizar actividades básicas de la vida, sean diarias o excepcionales con ayuda de terceros o de tecnologías (Ministerio de Desarrollo Social, 2015). Son consideradas personas con 'deficiencias funcionales' manifestadas en enfermedades, discapacidades, limitaciones funcionales y cognitivas (Olivares-Tirado, 2008).

Estas personas sobre 75 años que presentan deficiencias funcionales también se distinguen entre sí por las 'condiciones permanentes' o 'de larga duración' que manifiestan. Se dividen en personas que tienen dificultades físicas y/o de movilidad (21,1%), personas que padecen mudez y/o dificultad del habla (0,89%), personas que presenten dificultad mental o intelectual (1,97%), personas con sordera o dificultad de

---

<sup>1</sup> Con respecto a la misma población existente en el año 2000 (del Pololo, 2001).



escuchar aun con audífonos (6,6%), y personas con ceguera o dificultad para ver aun con lentes (3,7%) (Ministerio de Desarrollo Social, 2011).

Cifras no menores de estas personas con deficiencias funcionales son las de su cuidado. El 88% de estas personas son cuidadas por otros, independiente que sean de la familia o externos, mientras que sólo el 4% no son asistidas por un cuidador. Cifras que hacen considerar a estas personas como necesitadas de atención y de apoyo constante en su diario vivir (Ministerio de Desarrollo Social, 2017).

En términos cualitativos, estas personas sobre 75 años con deficiencias funcionales se les considera pertenecientes a la categoría etaria 'cuarta edad'. La anterior nominación proviene de la diferenciación entre personas envejecidas 'activas en lo laboral' y las envejecidas 'dependientes no activas en lo laboral'. Bajo la anterior distinción, la categoría 'cuarta edad' caracteriza a los envejecidos 'dependientes' como deficientes en su control personal y en el control de su entorno (Gilleard y Higgs, 2010).

Los envejecidos de la cuarta edad, como se denominará a estas personas de aquí en adelante, son caracterizados cualitativamente también como incapaces de desplegar intereses, conseguir objetivos, faltos de individualización, carentes de autonomía, decrepitos y frágiles (Grenier y Phillipson, 2013). Según las características anteriormente mencionadas, este sector estaría excluido de la sociedad (Ociel, 2013)

Los envejecidos de la cuarta edad, considerando lo anterior, corresponden a un grupo con 'riesgo' latente (Gilleard y Higgs, 2010). Desde esta noción de riesgo, el Estado promueve la incorporación de lógicas de justicia social y bienestar en aras de su visibilidad en las políticas públicas de la salud. Los envejecidos son atendidos por el Estado quien se encarga de administrar formalmente sus cuidados y bienestar (salud) social a partir de la noción de *social care*<sup>2</sup> (Comelin, 2014).

Desde esta concepción, el Estado chileno trabaja con distintos Programas y Estrategias que se preocupan de la salud social de personas de la cuarta edad.

El Ministerio de Salud tiene actualmente en marcha el Programa Nacional de Salud para el Adulto Mayor. Su administración y gestión más concreta es en la Atención Primaria (Cesfam) de la Subsecretaría de Salud Pública dirigida a los hogares de envejecidos de la cuarta edad (Comelin, 2014).

---

<sup>2</sup> El *social care* refiere a las acciones del Estado moderno y democrático para satisfacer las necesidades de la pluridimensionalidad de adultos dependientes y niños en los marcos normativos consensuados de la sociedad civil en los que se desarrollan (Daly y Lewis, 2011, citado por Comelin, 2014).



Para entender con mayor profundidad la intervención y gestión a envejecidos de la cuarta edad de la Salud Pública estatal es necesario dar cuenta del proceso histórico que implicó ésta en Chile.

A continuación, se presenta una pequeña reseña histórica de los hitos e intervenciones más importantes de la Salud Pública de Estado a los envejecidos durante el siglo XX y XXI.

## **2. Referencias históricas de los Programas de la Salud Pública estatal para los envejecidos en Chile durante el siglo XX y principios del XXI.**

Antes que el Estado se viera a sí mismo como solucionador de problemas generando mecanismos de auxilio y asistencia a grupos como los 'desvalidos' adultos mayores, la sociedad preindustrial chilena del siglo XIX propició lógicas asociadas al cuidado de organizaciones comunales y relaciones de vecindad (Carrasco et al. 2011, citado por Comelin 2014), la Beneficencia Católica (Hidalgo y Cáceres, 2003) y la Beneficencia Pública (caridad del Estado antes del siglo XX) (Espinoza, 2015).

El hito que formaliza a la vejez como una etapa de importancia para el naciente Estado moderno chileno y de modelación de políticas públicas a ésta es la jubilación (Trejo, 2001). La jubilación existe formalmente con la creación en 1924, por parte del Estado chileno, de la Caja del Seguro Obrero Obligatorio, Caja de Previsión de Empleados Particulares y la Caja de Empleados Públicos, las que fueron sostenidas por éste y por aportes de los mismos trabajadores privados y públicos (Memoria Chilena, 2016).

El envejecimiento chileno tuvo su emergencia y relevancia como problema público a lo largo del siglo XX<sup>3</sup> (Ociel, 2013). Esto debido a la serie de políticas que articulaba y profundizaba el Estado chileno, altamente vinculadas a tecnologías y lógicas 'médicas occidentales', como los anticonceptivos, las prescripciones médicas, el control prenatal, las camas obstétricas/ginecológicas, los materiales de registro de tratamientos, los equipos de salud, indicadores epidemiológicos, por nombrar algunos (Zárate y González, 2015). Estas políticas, lógicas y tecnologías médicas confluyeron en el control de las tasas de natalidad y mortalidad en Chile a lo largo de ese siglo (Ociel, 2013).

En 1959, el Ministerio de Salud Pública y Previsión Social se dividió en el 'Ministerio de Salud Pública y el 'Ministerio de Trabajo y Previsión Social' (Ministerio de Salud, 2016). Partición que demostró el cambio de paradigma de la caridad y la filantropía arraigada en la Beneficencia Pública del Estado a uno donde la sociedad civil tiene derechos sociales universales (Espinoza, 2015).

---

<sup>3</sup> Un dato relevante es que la esperanza de vida del adulto mayor aumentó desde los 54,8 años en 1950 hasta los 78 años en 2005 (Troncoso, 2015).



Los gobiernos previos al Golpe Militar priorizaron el cambio social en las acciones del Ministerio de Salud. Estos desarrollaron programas de salud mental comunitarios (Labarca, 2008) basados en los principios de la Reforma de la Psiquiatría nacida pos segunda Guerra Mundial en Europa. Estos principios proponían, con un enfoque biopsicosocial, la construcción de la Salud Nacional con participación en conjunto de sus ciudadanos y Estado (Desviat y Moreno, 2012).

Durante la Dictadura Militar existieron acciones que buscaron asentar la Salud Pública estatal de carácter territorial, vale decir, asentar los consultorios comunales y sectoriales derivándolos a la gestión municipal (Bass, 2012). Se buscó, además, hacer más fuerte la cartera ministerial creando nuevos organismos y estatutos. Estos cambios diversificaron las funciones que el Ministerio tenía hasta ese momento, permitiéndole focalizar sus intervenciones en más ámbitos de la sociedad y hacer frente a los nuevos problemas de salud de la época.

Tras estos procesos experimentados en Dictadura Militar, el Ministerio de Salud, en consonancia con el re-establecimiento de la Democracia de principio de los 90', configuró un cambio sustancial en la forma de hacer Salud Pública estatal en Chile. Siguiendo con los principios de la Reforma de la Psiquiatría nacida pos segunda Guerra Mundial en Europa, el enfoque biopsicosocial se implantó y tecnificó durante las décadas posteriores, transformándose en muchos países de la región como el referente de Salud Pública estatal. Chile también fue un representante de esto (Troncoso, 2015).

Todas estas condiciones y cambios implicaron una Reforma de la Salud Nacional a principios del siglo XXI basada en un enfoque de redes complejas, jerárquicas y horizontales que promovía y promueve una orientación biopsicosocial en la salud (Ministerio de Salud, 2016).

En el caso particular de los envejecidos de la cuarta edad, los cambios experimentados fueron en dirección de una gestión más focalizada y específicamente con responsabilidad de la Subsecretaría de la Salud Pública, organismo encargado del trabajo de gestión territorial y cotidiano de carácter público nacional (Ministerio de Salud, 2012). Ésta abastece al Municipio de cada comuna para que pueda implementar lo que indica el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal (Ley 19.378) (Bass, 2012).

Dicha gestión se expresa en la Atención Primaria de la Salud y las Visitas Domiciliarias Integrales del Programa de Atención Domiciliaria para envejecidos con 'dependencia severa' sujeto al Programa Nacional de Salud para el Adulto Mayor. La Atención Primaria y las Visitas Domiciliarias Integrales tienen por finalidad tratar sanitariamente a adultos mayores a partir de sus consideraciones médicas que distribuyen los equipos de salud de los consultorios y los equipos de salud de trabajos domiciliarios (Subsecretaría de Salud Pública, 2014).



A continuación, se presentan las Estrategias de atención vinculadas al Programa recién mencionado, con la finalidad de mejorar la comprensión de la población que se estudió.

### **3. Estrategias actuales de atención de la Salud Pública estatal y territorial para los envejecidos de la cuarta edad.**

El Programa Nacional de Salud para el Adulto Mayor<sup>4</sup> establece cuatro procedimientos médicos con envejecidos de la cuarta edad a partir de los grados de independencia que presenten. Para poder dictaminar estos cuatro procedimientos, en base a los grados de independencia de envejecidos, se utilizan la Evaluación Funcional del Adulto Mayor<sup>5</sup> (EFAM) y el test de Barthes<sup>6</sup>, distinguiendo entre Dependientes leves, Dependientes moderados, Dependientes severos y Dependientes totales o Postrados (Subsecretaría de Salud Pública, 2014).

Los procedimientos son distintos según el tipo de dependencia que presente el envejecido. Para 'los leves' y 'los moderados' existen dos procedimientos: a) derivar a otro médico para diagnóstico; el cual puede derivar al Centro Comunitario de Rehabilitación o a una ayuda técnica financiada por el Plan GES (ex AUGÉ); b) visita domiciliaria integral. Para los 'graves' y 'totales' se dictaminan los siguientes dos procedimientos: a) Programa de Atención Domiciliaria a envejecidos con dependencia severa y; b) visita integral domiciliaria. Los procedimientos son dictaminados por el médico, según la prescripción que éste provea, basándose en el contexto y diagnósticos médicos del paciente (Subsecretaría de Salud Pública, 2014).

De acuerdo con el procedimiento y la prescripción de diagnóstico del médico, el envejecido debe coordinar su tratamiento con profesionales de la Salud Pública. Este tratamiento se define yendo a un Centro Comunitario de Rehabilitación y/o recibiendo las visitas domiciliarias integrales y/o la visita del Programa de Atención Domiciliaria. El envejecido debe coordinarse con los encargados en cuestión para poder regularizar su tratamiento y así proceder a él según su contexto personal (Ministerio de Salud, 2012).

El envejecido de la cuarta edad, durante este tratamiento, tendrá acceso a atenciones médicas de urgencias en su domicilio, revisión constante de su estado de salud a través de visitas domiciliarias, instrumentos de asistencia de padecimientos cubiertos por el GES, medicamentos que pueden ser retirados por él o por algún familiar que presente identificación en la unidad de Atención Primaria y medicamentos que pueden ser llevados a domicilio previa coordinación con Fondo Farmacia. Todas estas acciones tienen por finalidad propiciar un cuidado de la salud con la mayor calidad posible, favoreciendo el

---

<sup>4</sup> Para ser beneficiario se debe estar afiliado a Fonasa previamente (Fonasa, 2018).

<sup>5</sup> Evaluación que mide cuantitativamente la funcionalidad del adulto mayor (Subsecretaría de Salud Pública, 2014).

<sup>6</sup> Índice que permite observar cuantitativamente los grados de independencia de los adultos mayores en su vida diaria (Subsecretaría de Salud Pública, 2014).



cuidado doméstico informal, propiciando visitas, revisiones de diagnósticos, entrega de instrumentos de asistencia y medicamentos brindados por la Subsecretaría de la Salud Pública (Ministerio de Salud, 2016).

#### **4. Investigaciones sociales acerca de los envejecidos de la cuarta edad.**

Debido a que esta es una investigación antropológica, disciplina que es parte de las Ciencias Sociales, se hace necesario hacer una breve revisión en torno a los abordajes en investigaciones sociales relacionados a los envejecidos de la cuarta edad y sus problemáticas.

La Gerontología tiene por objetivo estudiar los cursos biológico-sociales y subjetivos de la situación adulta mayor (Gilleard y Higgs, 2010). Gilleard y Higgs (2010) investigan la realidad de los envejecidos de la cuarta edad (personas sobre 85 años). Ésta es estudiada con una tendencia a la decrepitud, la pasividad y la dependencia, inclusive homologada a un 'Black Hole' (Hoyo Negro) que succiona toda acción directiva o activa proveniente de otros grupos etarios.

Grenier y Phillipson (2013) en respuesta a las caracterizaciones de los envejecidos de la cuarta edad como decrepitos, pasivos y dependientes, proponen una relectura a éstas. Sus argumentos indican que estas personas, a pesar de estar situadas en el sufrimiento, la pasividad, el dolor y la asistencia, irrumpen intencionalmente en sus entornos (noción de 'agencia') para conseguir satisfacer sus intereses.

Desde la Antropología y su interés por develar los procesos marginalizados y/o invisibilizados en nuestra sociedad destacan tres investigaciones que se relacionan con las etiquetas, los estigmas y, en general, con problemáticas de los envejecidos de la cuarta edad.

Osorio (2006) nos transporta a comprender la realidad de la longevidad en un sentido integral e interdisciplinario, dejando de lado al conocimiento biológico como la 'verdad' más aceptada a esta edad. Posiciona a los significados socio culturales en igualdad con las 'verdades' biológicas de la longevidad. Al realizar lo anterior, según la autora, se abre la posibilidad de entender a los envejecidos como un 'recurso humano activo' (p. 27) para los países en la toma de decisiones y no solamente como receptores de cuidados.

Ociel (2013) nos cuenta como los mecanismos del Estado moderno chileno configuraron y configurarán la marginalización de los envejecidos de la cuarta edad. El autor trata de contestar la pregunta: ¿Cómo el control de los cuerpos, de manera biológica y política, opera con el emergente grupo de envejecidos chilenos crecido de manera exponencial y abrupta durante el siglo XX?



Kayser-Jones (2002) nos muestra como es la labor de los cuidadores de enfermos en estados terminales, entre ellos los envejecidos de la cuarta edad. A su vez, se presenta la importancia de tecnologías médicas ocupadas por los cuidadores, tales como el tensiómetro ('toma presión'), las camas eléctricas, los exámenes, etc. Su estudio concluye sobre la desprotección que viven los cuidadores por parte de los actores privados y estatales de la labor del cuidado. Esto se debería porque los actores privados y públicos no conseguirían atender las necesidades de los cuidadores (Los cuidadores, en su mayoría nos dice la autora, son familiares de los enfermos). Los rasgos culturales-cognoscitivos quedan de lado en los actuales modelos y pautas de acciones de los cuidadores de origen privado o estatal (Kayser-Jones, 2002).

El problema de los cuidadores de personas 'dependientes' es un tema reiterativo en las investigaciones sociales. En el Trabajo Social, Comelin (2014) nos conecta con la realidad informal de los cuidadores de los envejecidos de la cuarta edad. Concluye que es necesario que el Estado se focalice en el proceso de cuidado de envejecidos de la cuarta edad. Con lo anterior se espera superar la esfera privada del cuidado informal de envejecidos de la cuarta edad.

Como se expresaba al inicio de los Antecedentes, la realidad de los envejecidos de la cuarta edad es una realidad emergente y parte del importante proceso de 'Transición Demográfica' hacia el 'envejecimiento' que vive el país (Gerontología Uchile, 2016). Este proceso de 'Transición Demográfica' implicará que la población de envejecidos crezca, por tanto, se hará necesario atender, diseccionar y comprender los discursos que formarán y están formando a los envejecidos de la cuarta edad (Ociel, 2013).

A partir de ello y considerando los discursos que formarán y forman a los envejecidos, se vuelve provechoso indagar en el vínculo entre éstos y la medicina. Lo anterior debido a que estas personas se ven influenciadas y, por tanto, condicionadas por la medicina en las terapias y tratamientos que ésta les ofrece (Ledo y otros, 2010).

En este vínculo entre envejecidos y medicina, juegan un rol primordial las tecnologías médicas. Estas personas de la cuarta edad muestran que las tecnologías médicas son relevantes en sus terapias de rehabilitación, ya que, las asisten cotidianamente en funciones vitales o terapias para conservar un estado estable de salud y complementar las atenciones de los expertos de la salud (Kayser-Jones, 2002).

Por lo tanto y considerando los discursos que formarán y forman a estas personas de la cuarta edad, se vuelve provechoso indagar en el vínculo formado por ellas y sus tecnologías médicas. Lo anterior debido a que los envejecidos se ven condicionados tanto por la medicina como por las tecnologías que ésta ocupa. En ese contexto, estas personas de la cuarta edad generan una interacción entre ellas y las tecnologías médicas. Esta interacción entre estas personas y las tecnologías no es una indeterminada, sino que como es posible suponer, las tecnologías médicas transportan condicionamientos en sus



diseños, partes y usos específicos que obedecen a discursos (Sánchez, 2012), en este caso, el médico. Entonces, estas personas no interactúan solamente con las tecnologías de la medicina, sino que interactúan con los condicionamientos que transportan dichas tecnologías médicas.

Los envejecidos, entonces, interactúan con condicionamientos, entre los cuales destacan los de la salud entregada por el Estado. Como era expresado en otros apartados de los antecedentes, estas personas han sido condicionadas históricamente por la salud del Estado. Estas personas de la cuarta edad, mayoritariamente las que encontramos desde el 9° quintil hacia abajo (Ministerio de Desarrollo Social, 2011), son condicionadas en la actualidad por el Programa Nacional de Salud del Adulto Mayor que les ofrece la salud y terapia necesitadas para los problemas asociados a su condición de 'dependencia'. Siendo así, estas personas, al ser beneficiarias del Programa, se ven condicionadas por dos niveles definitorios: el primer nivel refiere a la construcción social de la vejez que ha hecho el Estado con sus políticas públicas de *social care* sobre la dependencia (Comelin, 2014); el cual condiciona a que los envejecidos se comprendan como personas dependientes, enfermas y decrépitas. El segundo nivel refiere a la constatación y especificación de expertos (médicos) sobre qué tipo de dependencia y enfermedades presentan estas personas de la cuarta edad (Subsecretaría de Salud Pública, 2014); este segundo nivel definitorio, además de corroborar el primer nivel definitorio ya expresado, condiciona a los envejecidos con especificaciones y conocimiento experto.

Tras ello, estas personas reciben, de los médicos, las prescripciones de usos de tecnologías sanitarias que las asisten en sus terapias y que, a diferencia de una tecnología médica que solamente complementa la atención, las intervienen de manera habitual, convirtiéndose en elementos primordiales de sus rehabilitaciones (Subsecretaría de Salud Pública, 2014).

Los envejecidos, en ese sentido, son condicionados habitualmente por las prescripciones de usos que llevan las tecnologías sanitarias entregadas por el Programa. Entonces, los envejecidos practican sus terapias condicionados por las prescripciones que llevan dichas tecnologías sanitarias (Simondon, 2007; Sánchez, 2012). Bajo ese contexto, estas personas terminan usando dichas prescripciones en sus terapias, construyendo o constituyendo su salud a partir de prescripciones de uso.

Considerando todo lo anterior, esta investigación consideró pertinente indagar en cómo los envejecidos son condicionados por el uso de la tecnología sanitaria, qué cambios producen dichos condicionamientos en sus terapias de salud y, finalmente, cómo usan dichos condicionamientos en sus terapias de salud.

A continuación, se describe la presente investigación que fue motivada por las reflexiones y antecedentes que se detallaron anteriormente:



## **II. Los usos tecnologías sanitarias para investigar los condicionamientos del Programa Nacional de Salud del Adulto Mayor en terapias de envejecidos.**

Los envejecidos de la cuarta edad fueron definidos por el Programa Nacional de Salud para el Adulto Mayor como 'deficientes funcionalmente'. Esta definición permitió prescribir la terapia que le entregó el equipo de salud del Programa a estas personas. Estos envejecidos, desde esta terapia prescrita, recibieron una atención personalizada que correspondió a la entrega de usos prescritos y tecnologías sanitarias (Subsecretaría de Salud Pública, 2014).

Con ello, estas personas se vieron condicionadas en sus terapias por las prescripciones de uso que les entregó el Programa. Para estas personas, los usos prescritos de tecnologías se transformaron en elementos primordiales de sus terapias de salud, ya que, por un lado, entregaron conocimiento de la medicina legitimado para tratar enfermedades y, por otro, entregaron un protocolo de uso para tratar habitualmente dichas enfermedades, complementando e inclusive reemplazando en el día a día la atención médica del equipo de salud de dicho Programa. Debido a ello, estas personas mayores le entregaron un lugar de importancia al Programa, a los usos prescritos que éste entrega y a las tecnologías sanitarias que éste también entrega.

En ese sentido, estas personas mayores vieron al Programa como un agente que pudo resolver problemas de salud y al cual le solicitaron distintos tipos de servicios y tecnologías sanitarias, tales como atenciones médicas, controles médicos, instrumentos de asistencias, medicamentos, entre otros. En ese contexto, estas personas mostraron requerimientos de tecnologías al Programa que se consideraron una dimensión plausible de indagar en esta investigación para caracterizar los condicionamientos de éste en sus terapias.

Estos envejecidos también mostraron valoraciones sobre la utilidad terapéutica de las tecnologías sanitarias, dando cuenta de las disposiciones que tuvieron con los usos prescritos y, a partir de ello, los cambios que experimentaron sus terapias de salud por la influencia de dichos usos. Estas valoraciones se consideraron también una dimensión plausible de ser investigada, ya que mostraron las actitudes que tuvieron los envejecidos con las expresiones concretas de los condicionamientos del Programa tales como las prescripciones de usos de instrumentos de asistencias, de medicamentos, entre otros.

Estas personas fueron observadas también desde las modificaciones que realizaron a los usos prescritos de las tecnologías sanitarias. Esto se debió a que éstas, al modificar los usos prescritos, mostraron qué conocimientos de los usos prescritos eran validados en sus prácticas de salud y cuáles no, así como qué adaptaciones o innovaciones propiciaron dichos conocimientos en sus terapias. Fue relevante lo anterior, además, porque los envejecidos y sus prácticas de salud, según Comelin (2014), han sido invisibilizadas por el Programa. Estos envejecidos mostraron un espacio invisibilizado por



la política pública, pero la perspectiva antropológica (Balandier, 1988) al fijarse en los usos, los saberes y la mirada de salud que tuvieron estas personas pudo reflexionar y entregar conocimiento social sobre sus terapias.

Los envejecidos de la cuarta edad, considerando lo expresado en los párrafos anteriores, permitieron aportar al proceso antropológico del 'extrañamiento' (Da Matta, 1999). Tal como nos indicó Da Matta (1999), la perspectiva antropológica ha servido para desnaturalizar eso que ha sido naturalizado, que en el caso de la presente investigación correspondió a los usos tecnológicos de los envejecidos en sus terapias de salud. La perspectiva antropológica, que buscó la desnaturalización de lo naturalizado para rescatar el mundo empírico y práctico de la manera más fidedigna posible (Delgado, 2003), pudo mostrar cómo los envejecidos, a partir de los usos de tecnologías sanitarias, manifestaron condicionamientos de la medicina en sus terapias de la salud.

Estas personas y sus usos de tecnologías sanitarias permitieron producir conocimiento sobre la interacción entre salud y tecnología. Cada época tiene sus usos, discursos y prácticas sobre la tecnología (Sánchez, 2012; Farji, 2014), en ese sentido, los usos de tecnologías sanitarias permitieron observar cómo los envejecidos construyeron lo sano y lo insano en sus contextos de salud.

Entendiendo que las prescripciones definen un protocolo de acción sobre cómo ocupar una tecnología sanitaria, fue pertinente definir en qué tecnologías concretamente los envejecidos las usaron. Esta investigación consideró las dos tecnologías sanitarias más comunes y desarrolladas en documentos del Ministerio de Salud, que fueron los medicamentos e instrumentos de asistencia (Subsecretaría de Salud Pública, 2010; 2014).

Sin embargo, estas personas también interiorizaron diagnósticos en sus reflexiones en torno a la salud. Al interiorizar estos diagnósticos, estas personas se vieron modificadas por éstos y, a su vez, pudieron transportar los significados de los diagnósticos a otros contextos de su vida diaria, así como modificar dichos diagnósticos al recuperarse o empeorar su enfermedad diagnosticada. Todas las características anteriormente señaladas, siguiendo a Simondon (2007) y Márquez (2014), indicaron que estas personas usaron a los diagnósticos como una tecnología y, bajo el contexto de la presente investigación, se consideraron a los diagnósticos como una tecnología sanitaria más.

Entonces, los envejecidos en esta investigación usaron tecnologías sanitarias correspondientes a diagnósticos (como por ejemplo la hipertensión<sup>7</sup>); instrumentos de

---

<sup>7</sup> Otros diagnósticos comunes trabajados por el Ministerio de Salud corresponden a la diabetes, riesgo psico social, artrosis, fibromialgia, depresión, parkinson, ceguera, postramiento (Servicio Nacional del Adulto Mayor y otros, 2010).



asistencias (como por ejemplo las sillas de ruedas<sup>8</sup>), medicamentos de asistencias (como por ejemplo la insulina<sup>9</sup>) que fueron entregadas por dicho Programa para sus terapias (Ministerio de Salud y Servicio Nacional del Adulto Mayor, 2009).

Los envejecidos participantes de esta investigación correspondieron a residentes de la Región Metropolitana. Lo anterior se debió a que la Región Metropolitana presentó la característica de ser una de las regiones en el país con mayor acceso a Salud Pública (Guillou y otros, 2011), lo que expresó un escenario ideal para observar los usos de tecnologías sanitarias. Además de lo anterior, esta región presentó la mayor cantidad de adultos mayores en el país (Ministerio de Desarrollo Social, 2015).

### **III. Pregunta de investigación:**

Las anteriores reflexiones posibilitaron la construcción de la pregunta que guio la investigación:

¿Cómo usaron los envejecidos de la cuarta edad las tecnologías sanitarias del Programa Nacional de Salud para el Adulto Mayor en la Región Metropolitana?

Sus objetivos fueron:

General:

Caracterizar los usos de los diagnósticos, instrumentos de asistencia y medicamentos (tecnologías sanitarias) del Programa Nacional de Salud para el Adulto Mayor de envejecidos de la cuarta edad en la Región Metropolitana.

Específicos:

Caracterizar los requerimientos de tecnologías sanitarias de envejecidos de la cuarta edad al Programa Nacional de Salud para el Adulto Mayor en la Región Metropolitana.

Caracterizar las valoraciones de envejecidos de la cuarta edad acerca de los usos prescritos de tecnologías sanitarias entregadas por el Programa Nacional de Salud para el Adulto Mayor en la Región Metropolitana.

---

<sup>8</sup> Otros instrumentos de asistencias comunes trabajados por el Ministerio de Salud corresponden a los andadores, los bastones, marca pasos y jeringas (Ministerio de Salud y Servicio Nacional del Adulto Mayor, 2009).

<sup>9</sup> Otros medicamentos comunes trabajados por el Ministerio de Salud corresponden a hidroclorotiazida, propranolol, captopril, analgésicos -paracetamol-, antiinflamatorios -diclofenaco sódico-, amoxicilina, antiácidos y teofilina (Subsecretaría de Salud Pública y otros, 2010).



Caracterizar las modificaciones que realizaron envejecidos de la cuarta edad a los usos prescritos de tecnologías sanitarias entregados por el Programa Nacional de Salud para el Adulto Mayor en su cotidianidad en la Región Metropolitana.

#### **IV. Entre usos modernos y usos biomédicos.**

Los usos de tecnologías sanitarias, como se describió en el apartado pasado, correspondieron a un objeto de reflexión central en la presente investigación. Estos usos de tecnologías sanitarias permitieron describir las terapias de salud de los envejecidos porque fueron haceres guiados (Sánchez, 2012) por las prescripciones del Programa para tratar las enfermedades de estas personas.

Los usos de tecnologías sanitarias estuvieron prescritos a los saberes de los paradigmas de Salud Pública y de la especialidad geriátrica (Subsecretaría de Salud Pública, 2014). Para muchos autores, ambos paradigmas fueron muestra de la apropiación que hizo el Estado durante el siglo XX y principios del siglo XXI a los saberes de la medicina, tanto en sus manifestaciones de medicina moderna (Fuster y Moscoso-Flores, 2012) como de biomedicina (Córdoba, 2012; Farji, 2014), para regular la salud de su población.

Para lograr una mejor comprensión conceptual de los usos prescritos de tecnologías sanitarias del Programa, se hizo necesario estudiar cómo ambos paradigmas de la medicina, el moderno y el biomédico, produjeron prescripciones de uso. En ese sentido, fue indispensable partir esta revisión por el primer paradigma que logró posicionarse históricamente como fundamento de la medicina del Estado, el cual correspondió a la medicina moderna (Foucault, 2001).

Una de las fuentes importantes fue Foucault (1976; 1977) que describió a la medicina moderna como una que ha tenido la finalidad de generar terapias para tratar paliativamente enfermedades y disciplinar a los cuerpos de la población, de manera coercitiva y estandarizada. Para ello, la medicina moderna ha utilizado una serie de estrategias correctivas, directas o indirectas sobre el cuerpo y las poblaciones, modificando prácticas de salud de las personas.

Para el autor, la medicina moderna basó sus conocimientos y prácticas en los estudios médicos de los siglos XVIII, XIX y XX que definieron al pensamiento clínico como la forma de entender los problemas médicos. En ese sentido, el pensamiento clínico fue definido por el autor como un conjunto de enunciados producidos históricamente que comprendieron el cuerpo, la vida, la muerte, las enfermedades, las éticas de las personas y el conocimiento a partir de una mirada y un decir particular. El autor sostuvo que este mirar y decir particular de la clínica se basó en la reproducción sintáctica, con la mayor similitud posible, de lo que se mira y se toca en el cuerpo. Para lograr lo expresado, Foucault (2001) indicó que la clínica históricamente basó sus enunciados en mirar los



signos del cuerpo (síntomas), los casos de personas con problemas de salud (repetición de casos para avalar un enunciado) y los estudios y reflexiones en torno a la muerte (estudios de los cadáveres), que dieron por resultado una forma de decir particular sobre las enfermedades (patologías) y el cuerpo.

Desde estos estudios, la medicina moderna configuró su discurso médico y definió su saber, produciendo dos intervenciones para disciplinar a las poblaciones según Foucault (2001): la normalización y el disciplinamiento.

El autor describió el proceso de normalización en la medicina moderna como la regulación de los cuerpos de la población. Para realizar lo anterior, la medicina moderna construyó un espacio normativo basado en las comparaciones, diferenciaciones, mediciones y reglas para regular las conductas de las personas. Ésta utilizó dicho espacio normativo incesantemente para regular a la población, pero nunca terminando el proceso de normalización, ya que siempre estuvo atenta a integrar y regular resistencias y cuestionamientos que pudieron emerger de la población. La medicina moderna, en relación con lo anterior, operó de dos formas, diseñando el espacio normativo de la salud de la población y diseñando el espacio de disciplinamiento en la individualización de las personas (Foucault, 2002).

La medicina moderna, entonces, también se valió del disciplinamiento para regular a las personas y producir individualización en ellas. Esta medicina entendió al disciplinamiento como una forma de regulación basada en la norma y saber médico que le permitió distinguir lo normal de lo anormal con el fin de producir incesantes procesos de individualización. La medicina moderna, tal como se mencionó en el proceso de normalización, nunca dejó de analizar el cuerpo individual de la persona, siempre estuvo constantemente estudiándolo, para así poder regular las desviaciones que pudieran emerger de él (Foucault, 2001).

Además de los dos conceptos ya mencionados, fue necesario tener en cuenta a otros dos procesos relevantes para el presente marco conceptual. Esta medicina constituyó dos procesos relevantes que correspondieron a la medicalización y la economía de la salud. El primero refirió al proceso por el cual los comportamientos, los cuerpos humanos y otros tipos de problemas comenzaron a ser considerados como entidades de preocupación médica. El segundo refirió a la integración, a mediados del siglo XX, de la medicina moderna a los mercados nacionales e internacionales (Foucault, 1977).

Las distintas caracterizaciones de medicalización, economía de la salud, normalización y disciplinamiento manifestaron a la medicina moderna como productora de las formas de pensar de sus ciudadanos.

La medicina moderna, para llevar a cabo dichos procesos de medicalización, economía de la salud, normalización y disciplinamiento, utilizó tecnologías de disciplinamiento



(Foucault, 2001). Para Reihling (2007), Ortúzar (2009), Márquez (2014) y Jordana (2017) las tecnologías de disciplinamiento en salud tales como silla de ruedas estandarizada, medicamentos genéricos, diagnósticos clínicos, entre otros, fueron formas efectivas que tuvo la medicina moderna para disciplinar los cuerpos de sus usuarios.

Debido a estas razones, la medicina moderna fue ocupada por el Estado chileno durante todo el siglo XX, generando una serie de tecnologías de disciplinamiento que produjeron nuevas prácticas de salud en sus ciudadanos (Fuster y Moscoso-Flores, 2012). No fue posible olvidar que los envejecidos en los que se enfocó esta investigación, personas que nacieron antes de 1943, fueron envejecidos que vivieron estos procesos de intervención y producción de prácticas en salud de la medicina moderna durante gran parte del siglo XX (Osorio-Parraguez y Seguel, 2014).

A finales del siglo XX y principios del siglo XXI, la medicina moderna del Estado chileno dio relevancia a un nuevo tipo de tecnología de disciplinamiento que permitió intervenir la salud de sus poblaciones de manera más individual, éstas correspondieron a las denominadas tecnologías sanitarias de los Programas de Salud (Subsecretaría de Salud Pública, 2014).

El Programa Nacional de Salud del Adulto Mayor se inscribió en el proceso anteriormente descrito, ya que, considerando la presente investigación, proveyó de tecnologías sanitarias para tratar problemas de funcionalidad y autonomía en los envejecidos, prescribiendo los haceres que realizaron éstos con dichas tecnologías (Marín, 2006; Tamayo y Aleitte, 2011; Arbazúa y otros, 2011).

En dicha consideración del Programa, no fue posible dejar de lado las resistencias que han manifestado las personas contra las tecnologías de disciplinamiento. Para Castagno y Páez (2014) las resistencias se han dado por posiciones opuestas de las personas a los disciplinamientos y valores de normalización de la medicina moderna, mientras que Escobar (2015) indicó que se han dado por las apropiaciones que realizaron las personas a estos valores de normalización de la medicina moderna y que después, dichas apropiaciones, sirvieron para oponerse a los disciplinamientos de las tecnologías. Esta apropiación de las personas que refirió Escobar (2015) se han realizado a partir de las separaciones, diferenciaciones, mediciones y reglas que produjo la normalización, tales como la consideración binaria en el género o, en el contexto de esta investigación, la diferencia entre envejecidos dependientes y autónomos.

Valiéndose de lo expresado, los usos prescritos se conceptualizaron de la siguiente forma:

Los usos prescritos, siguiendo a Sánchez (2012), correspondieron a ordenamientos que hicieron los médicos o los equipos de salud a los haceres de salud de los envejecidos. Estos usos, en específico, refirieron a protocolos o instrucciones del médico o el equipo



de salud entregados a estas personas mayores y basados en conocimientos legitimados por la medicina. Por ello, estos usos buscaron limitar las posibilidades de implementaciones innovadoras que pudieron hacer los pacientes, en este caso los envejecidos, ya que cualquier nueva implementación de dicho uso en la terapia podría no estar amparada por dicho conocimiento experto de los médicos.

Considerando lo ya expresado, los usos prescritos, al estar inscritos en el paradigma médico moderno, fueron comunicados por las explicaciones y conceptos clínicos de los expertos de la salud y esperaron ordenar y protocolizar las terapias de los envejecidos con la finalidad de producir disciplinamientos y normalizaciones en estas personas.

Esta conceptualización, usos prescritos de tecnología sanitaria con características de la medicina moderna, sirvió a lo largo de la investigación para poder localizar y caracterizar un tipo específico de uso que realizaron los envejecidos. Los usos prescritos de tecnologías sanitarias con características de la medicina moderna, o simplemente usos modernos de tecnologías sanitarias, refirieron a usos de tecnologías sanitarias que fueron dictaminados para promover el disciplinamiento, la normalización y la utilización de los conceptos clínicos (Foucault, 2001; 2002) en los haceres de los envejecidos.

Varios autores indicaron que la medicina moderna sufrió importantes cambios en su forma de intervenir y concebir sus propios conocimientos a partir de la investigación científica, pero no en su intención de regular la 'anormalidad' de las personas (Rose, 2007; Carrasco y Yuing, 2014; Bianchi, 2016). Estos cambios permitieron denominar a esta manifestación como biomedicina.

Esta nominación fue importante en el presente marco conceptual, ya que, como se mostró al inicio del presente apartado, las tecnologías sanitarias del Programa también se inscribieron en el paradigma de la especialidad geriátrica, manifestación clara de este contemporáneo paradigma de la medicina.

Rose (2007) describió sobre los cambios de las prácticas y el saber médico moderno, en virtud de las transformaciones que fueron vividas en el laboratorio científico. A diferencia de la coerción poblacional que produjo la medicina moderna, la biomedicina ha oscilado en la personalización, la predisposición, la susceptibilidad, la escala genómica, la consolidación de la economía de la salud y la ética.

Esta investigación definió dichas características que fueron detalladas en lo que continua:

La personalización refirió a la transformación de las aplicaciones normativas a nivel masivo que hizo la medicina moderna que en la biomedicina se han hecho a nivel personal. Este acercamiento al mundo más íntimo de las personas se basó en los estudios que la propia medicina moderna realizó a los cuerpos de la población durante los siglos XX al XXI. A partir de estos estudios, la biomedicina ha podido intervenir la



individualidad, el funcionamiento y las particularidades corporales de las personas (Rose, 2007).

La noción de individualidad de la biomedicina ha sido sintetizada en el yo activo responsable, prudente, capacitado y libre de elegir sobre su propia salud (Rose, 2007).

El propio Programa Nacional de Salud del Adulto Mayor y su sección para adultos mayores dependientes ha sido una manifestación de personalización. Debido a su enfoque biopsicosocial y su entrega de asistencia integral, el Programa ha intervenido la salud de sus usuarios a niveles comunitarios, familiares y personales. Para ello se ha insertado con visitas presenciales, en los contextos anteriormente mencionados, corrigiendo las dimensiones biomédicas, sociales y psicológicas íntimas de sus beneficiarios (Carrasco y Yuing, 2014).

Dentro del Programa Nacional de Salud del Adulto Mayor, otra manifestación de personalización ha sido el cuidador informal. El cuidador informal fue enunciado por el Programa como un agente de apoyo con responsabilidades en el cuidado y uso de tecnologías sanitarias (Subsecretaría de Salud Pública, 2014), por lo tanto, se volvió relevante para la investigación, pues era un mediador entre los envejecidos y las tecnologías sanitarias.

Otra manifestación de personalización del Programa fue el denominado enfoque intercultural. A lo largo de las páginas del Programa (Subsecretaría de Salud Pública, 2014), se estableció una consideración para los usuarios que pertenecieran a alguna etnia y quisieran usar medicina indígena. El lugar que le dio el Programa a esta consideración fue el de enfoque intercultural expresado en el respeto y la posibilidad de complementariedad con otros tipos de medicinas indígenas.

Una cuestión que considerar sobre esta combinación con medicinas indígenas fue el mercado. Lo anterior debido a que las farmacéuticas alopáticas y homeopáticas ofrecieron productos naturales o 'indígenas' para la complementariedad o mejora de los efectos terapéuticos de los medicamentos principalmente (García, s/f).

Rose (2007) aportó, sobre lo expresado en el párrafo anterior, indicando que la economía de la salud de la medicina moderna, que se explicó anteriormente como la integración de la medicina a las mediaciones económicas del mercado, se consolidó y se transformó en un agente económico rentable y seguro. Ejemplos de ello fueron las ya citadas farmacéuticas y las empresas de ortopedia.

Rose (2007) profundizó en las farmacéuticas y como éstas construyeron su estatus en la biomedicina y el mercado. Para ello, las farmacéuticas crearon promesas sobre los efectos de sus medicamentos, induciendo compras innecesarias y fomentando un yo activo, narciso y trivial en sus clientes. Además, las farmacéuticas realizaron



investigaciones sobre los efectos que dichas promesas causaron en sus clientes, los usos de éstos y los gustos de éstos, lo que les permitió mejorar sus propias tácticas de inducción a compras. Todas estas acciones de las farmacéuticas terminaron transformando a los medicamentos en una tecnología indispensable para el control y corregimiento de la población.

Otra característica relevante de la biomedicina para el presente marco conceptual correspondió a la 'escala genómica'. La 'escala genómica' fue una forma de referirse a las escalas de medición, nacidas del laboratorio y avaladas por los médicos, para entes genómicos y moleculares. La 'escala genómica' se ha encargado de medir entes y procesos de tallas ínfimamente pequeñas, tales como los nanómetros, los picogramos, entre otros, que han otorgado una explicación más 'exacta' y 'fidedigna' del cuerpo porque, según los científicos en sus laboratorios, han descrito los procesos de composición 'más básicos' del cuerpo humano. Esta 'escala genómica', en la actualidad, ha sido el sustento de los diagnósticos y de las recomendaciones de ortopedias y fármacos hechos por los médicos (Rose, 2007).

Finalmente, la intromisión en las terapias de salud de las características y referentes anteriormente señalados, manifestaron la presencia de una ética somática o del cuerpo. Las emociones, los descontentos, los problemas personales, las enfermedades, las marcas en el cuerpo y, en general, cualquier experiencia de la vida se comenzaron a explicar por parte de los usuarios de este modelo con nociones sobre el cuerpo que la biomedicina y la psiquiatría habían establecido como ciertas (Rose, 1998).

Esta ética del cuerpo, siguiendo a Rose (2007), ha presentado nociones biomédicas relevantes para esta investigación que correspondieron a las predisposiciones y susceptibilidades. Cuando estas éticas refirieron a predisposiciones, señalaron condiciones físicas que marcaron a las personas como posibles poseedoras de enfermedades. En el caso de las éticas que correspondieron a susceptibilidades, éstas apuntaron a las marcas genómicas que señalaron a personas como posibles poseedoras de enfermedades. Las éticas, compuestas de predisposiciones y prevenciones, se han convertido en la actualidad en formas de auto comprensión y proceder de las personas sobre sus condiciones de salud (prediagnósticos) y enfermedades diagnosticadas, con las cuales han esperado prevenir y mejorar su mal futuro posible.

Dicha ética del cuerpo ha podido inclusive mezclarse con valores religiosos o psicológicos propios de las personas (Rose, 2007).

Considerando todo lo anterior, se hizo necesario componer la concepción de usos prescritos desde los saberes de la biomedicina.

La investigación, siguiendo a Sánchez (2012) y considerando lo explicado en párrafos pasados sobre el objeto de estudio 'usos prescritos', consideró a éstos como



ordenamientos hechos por los médicos o los equipos de salud a los haceres de salud de los envejecidos. Los usos prescritos refirieron a protocolos o instrucciones del médico o el equipo de salud basados en conocimientos legitimados por la medicina. Por ello, estos usos buscaron limitar las posibilidades de implementaciones innovadoras que pudieron realizar los pacientes, en este caso los envejecidos, ya que cualquier nueva implementación de dicho uso en la terapia podría no estar amparada por dicho conocimiento experto de los médicos.

Considerando lo ya expresado, los usos prescritos que tuvieron características biomédicas debieron basarse en el conocimiento experto biomédico y promover la minuciosidad, la personalización y la prevención en las terapias de los pacientes.

Esta conceptualización, usos prescritos con características de la biomedicina, sirvió a lo largo de la investigación para poder localizar y caracterizar un tipo específico de uso de tecnologías sanitarias que realizaron los envejecidos. Los usos prescritos con características de la biomedicina, o simplemente usos biomédicos, refirieron a usos de tecnologías sanitarias de envejecidos que estuvieron condicionados por las explicaciones 'moleculares' o a 'escala genómica' sobre el cuerpo, por los diagnósticos preventivos o degenerativos entregados por el Programa y que buscaron la fomentación de la individualidad y particularidad en los tratamientos y en las concepciones sobre las enfermedades que aquejaron a estas personas mayores.

Habiendo discutido conceptualmente los paradigmas médicos que prescribieron los usos de las tecnologías sanitarias, lo cual se demostró en las definiciones y distinciones anteriormente realizadas, se hizo necesario precisar qué se entendió por tecnología en la investigación y, en ese sentido, qué se entendió por tecnología sanitaria.

Siguiendo a Simondon (2007), lo que ha sido llamado comúnmente como 'tecnología' correspondió a un objeto técnico producido por un pensamiento inventivo que hizo viable la concretización de ésta en un entorno determinado. Esta 'tecnología', para ser considerada como tal, se compuso de una mecánica interna y una mecánica externa. Una 'tecnología' se compuso de su mecánica interna a partir de elementos y produjo su mecánica externa<sup>10</sup> a partir de un vínculo específico con su entorno. Ésta, al formular un vínculo específico con su entorno, hizo emerger una situación particular de dicho vínculo. Esta 'tecnología' hizo emerger la situación particular de dicho vínculo que correspondió a la señalización de éste como un ente no totalmente construido ni por ella ni tampoco por el entorno, y que presentó ciertas características de independencia, pero no de una independencia total, y que al presentar ciertas características de independencia modificó a ésta y a su entorno. Esta 'tecnología', considerando las características de independencia recién mencionadas, hizo emerger la característica de interdependencia de

---

<sup>10</sup> El autor ocupa el nombre de 'medio asociado' para referirse a lo que se describe como 'mecánica externa'.



este vínculo porque mostró que éste la modificó y también modificó a su entorno. En ese mismo sentido, una 'tecnología' sólo fue viable si se ha concretizado y, la única forma de lograr dicha concretización fue a partir de la producción de un vínculo con un entorno concreto, en otras palabras, sin un vínculo con un entorno concreto, la 'tecnología' no existió concretamente.

Fue posible afirmar entonces, que la 'tecnología' sólo existió concretamente si produjo su mecánica externa, lo que fue un requisito para su existencia concreta. De lo anterior fue posible hacer una segunda afirmación, la 'tecnología' pudo servir para algo o funcionar sólo si existió concretamente, vale decir, sólo si tuvo un vínculo con su entorno (Simondon, 2007).

Siguiendo con lo expresado, Simondon (2007) también reflexionó sobre otras características de las 'tecnologías' relevantes para la presente investigación. Una 'tecnología' u objeto técnico, para el autor, estuvo compuesta de elementos (Mecánica interna). Las 'tecnologías' estuvieron compuestas de elementos que correspondieron a objetos que no habían sido vinculados a su entorno, en otras palabras, las 'tecnologías' estuvieron compuestas de objetos que no tenían una mecánica externa estable antes de componer la 'tecnología'. Por lo tanto, las 'tecnologías', al estar compuestas de elementos u objetos que no tuvieron un vínculo estable con su entorno, terminaron condicionando dichos elementos. Entonces, las 'tecnologías', al estar compuestas de elementos, condicionaron dichos elementos de una manera peculiar. Las 'tecnologías' condicionaron dichos elementos inscribiendo la forma de realizar su vínculo con su entorno en ellos, lo que implicó a esos elementos llevar en sí la posibilidad de producir la mecánica externa de dicha 'tecnología' a otras 'tecnologías'. En resumen, la 'tecnología' al estar compuesta en elementos permitió que esos elementos pudieran ser usados y transportados a otros objetos técnicos o conjuntos, pudiendo producir la mecánica externa del objeto técnico del cual provinieron en otros objetos técnicos o conjuntos.

Considerando lo anterior, fue posible utilizar la descripción de objeto técnico de Simondon (2007) para las tecnologías sanitarias porque estas últimas produjeron un cambio en su entorno y formaron una 'mecánica externa' específica en él, que la presente investigación denominó 'uso prescrito'. A su vez, las tecnologías sanitarias, para ser consideradas 'tecnologías' u objetos técnicos como tal, debieron recibir modificaciones de su entorno. Los envejecidos de la cuarta edad en el caso de esta investigación, fueron los que produjeron dichas modificaciones. Las tecnologías sanitarias, al ser usadas y modificadas por los envejecidos, pudieron ser descompuestas en elementos por ellos y derivar, transportando su 'mecánica externa', a otras tecnologías.

Las tecnologías sanitarias, en esta investigación y considerando las presentes bases conceptuales, permitieron visualizar a los envejecidos como posibles 'inventores', ya que además de poder descomponer por elementos y transportar dichos elementos a otras tecnologías, los envejecidos pudieron transportar, en el elemento de un objeto técnico,



una 'mecánica externa' (que para esta investigación correspondió al uso prescrito) a otro objeto técnico y transformarlo en un nuevo objeto técnico.

Lo anterior fue posible de visualizar, en el caso de la presente investigación, en el transporte de elementos de tecnologías sanitarias hecho por envejecidos. Por ejemplo, partes de sillas de ruedas que usaron, moderna o biomédicamente, en otras tecnologías tales como sillas de comedor, sillones, entre otros.

Teniendo claridad en torno a lo que esta investigación consideró una tecnología, fue necesario describir lo que entendió por sanitario. Lo sanitario correspondió, tal como el Programa Nacional de Salud del Adulto Mayor (Subsecretaría de Salud Pública, 2014) lo indica, a la intervención que busca la sanidad e higiene en las personas. La búsqueda de sanidad e higiene en las personas correspondió a un proyecto socio político de normalización que esperó valerse de los conocimientos médicos para lograr su cometido de sanidad e higiene (Fuster y Moscoso-Flores, 2012).

Lo sanitario ha estado importantemente influenciado por los paradigmas que sostienen al Programa Nacional de Salud del Adulto Mayor, que correspondieron a los paradigmas médico moderno y biomédico. Fue entonces posible visualizar lo sanitario desde dos paradigmas, una sanidad moderna que se caracterizó por manifestar normalizaciones y disciplinamientos en sus intervenciones a las personas y otra sanidad biomédica que se caracterizó por manifestar personalizaciones y promocionar éticas en sus intervenciones a las personas.

Dado que las tecnologías sanitarias ya pudieron comprenderse de mejor manera, fue posible darle también una caracterización a los objetos concretos que se manifestaron en la cotidianidad de los envejecidos, que correspondieron a los diagnósticos, los instrumentos de asistencias y medicamentos:

- a) Los diagnósticos correspondieron a objetos técnicos verbales que produjeron dictámenes en los cuerpos (Márquez, 2014) y que tuvieron dos posibles manifestaciones en la presente investigación, o fueron modernos, vale decir buscaron la normalización y disciplinamiento de los envejecidos o fueron biomédicos, vale decir, buscaron la personalización y la formación de éticas en envejecidos. Los diagnósticos, entonces, se dividieron en dos: diagnósticos modernos que fueron posibles de ver en diagnósticos clínicos basados en exámenes fisiológicos, tales como hipertensión, anemia, ceguera, entre otros, y que trajeron consigo indicaciones sobre lo que se debió hacer para estar sano; y los diagnósticos biomédicos que fueron posibles de ver en diagnósticos minuciosos, preventivos y/o degenerativos basados en la comparación de exámenes preventivos y no preventivos bioquímicos, inmunológicos, genéticos, fisiológicos, entre otros, tales como la diabetes mellitus tipo 1, la diabetes mellitus no insulino dependiente tipo 2, alzhéimer, esclerosis múltiple, entre otros, que



trajeron consigo caracterizaciones personales del cuerpo del examinado para prevenir o tratar de manera específica su enfermedad.

- b) Los instrumentos de asistencias correspondieron a objetos técnicos fabricados para reemplazar funciones de operatividad de los envejecidos en el diario vivir (Subsecretaría de Salud Pública, 2014). Para la presente investigación existieron dos posibles manifestaciones de instrumentos de asistencia, los instrumentos fueron modernos o fueron biomédicos, vale decir buscaron la normalización y disciplinamiento de los envejecidos o buscaron la personalización y formación de éticas en los envejecidos. Los instrumentos de asistencia modernos fueron posibles de observar en las sillas de ruedas estandarizadas, andadores estandarizados, entre otros. Los instrumentos de asistencia biomédicos fueron posibles de observar en sillas de ruedas con forros antideslizantes, sillas de ruedas con cojín anti escaras, entre otros.
  
- c) Los medicamentos correspondieron a objetos técnicos producidos en base a reacciones químicas que esperaron producir cambios fisiológicos en los envejecidos (Güitron y Carillo, 2010). Existieron dos posibles manifestaciones de medicamentos, los medicamentos fueron modernos o fueron biomédicos, vale decir, buscaron la normalización y disciplinamiento de los envejecidos o buscaron la personalización y formación de éticas en los envejecidos. Los medicamentos modernos fueron posibles de observar en principios activos paliativos al dolor del cuerpo, tales como analgésicos y antiinflamatorios. Los medicamentos biomédicos fueron posibles de observar en principios activos que trataron con mayor especificidad al cuerpo, tales como antihistamínicos, corticoides, entre otros, y que se mezclaron con componentes complementarios tales como el recubrimiento, los saborizantes, las vitaminas, los minerales, entre otros.

Finalmente, se hizo necesario reflexionar en torno al nivel más situado de esta investigación, el nivel del envejecido y su terapia de salud.

Los envejecidos de la cuarta edad estuvieron envueltos en terapias cotidianas de salud, las que compusieron de haceres. En estos contextos, los envejecidos formularon valoraciones, decisiones y acciones sobre su salud, con las cuales conformaron prácticas de salud.

Los envejecidos produjeron prácticas de salud que esta investigación entendió como, siguiendo el aporte que hizo Castro (2004), una racionalidad o regularidad recurrente que organizó lo que las personas hicieron y estuvo compuesta por un objeto de reflexión, en este caso la salud y por análisis, saberes, jerarquías y éticas del discurso de la medicina que significaron dicho objeto de reflexión.



En ese sentido, los envejecidos practicaron su salud de manera situada y regulada por un objeto como las tecnologías de la salud (sanitarias); por un análisis de la salud y sus tecnologías basados en el discurso médico del Programa; por saberes del discurso médico del Programa; por la jerarquía que presentó el discurso médico del Programa; y por éticas de la salud o formas de tratar su salud basadas en el discurso médico del Programa. Esta investigación buscó indagar en esas prácticas situadas y reguladas de los envejecidos.

En la siguiente tabla fueron descritas las categorías propuestas que delimitaron y permitieron interpretar la investigación.

Categorías	Sub categorías
<b>Usos modernos de tecnologías sanitarias:</b>  Servirse de tecnologías sanitarias que tienen la finalidad de introducir a los envejecidos en procesos de normalización para tratar paliativamente enfermedades y desviaciones de éstos ocupando como receptáculo a los cuerpos.	Resistencias/autodisciplinamientos: Disposiciones de rechazo (resistencias) o de consentimiento (autodisciplinamientos) al uso prescrito del Programa.
	Nociones de la medicina sobre el funcionamiento del cuerpo envejecido: Uso que hacen los envejecidos de nociones de la medicina sobre el funcionamiento del cuerpo y sus enfermedades
	Recomposiciones a las tecnologías sanitarias: Capacidad de cambiar tecnologías sanitarias con mal funcionamiento para tratar efectivamente 'desviaciones corporales' o enfermedades.
<b>Usos biomédicos de tecnologías sanitarias:</b>  Servirse de tecnologías sanitarias que tienen por finalidad la prevención de enfermedades y la optimización del corregimiento personalizado de desviaciones de los cuerpos.	Uso de los cuidados: El uso de los cuidados por parte de los envejecidos para personalizar sus tecnologías sanitarias.
	Auto personalización de tecnologías sanitarias: Realizar los usos prescritos de tecnologías sanitarias del Programa, pero adecuándolos aún más a sus interés y corporalidades personales.
	Ética del cuerpo envejecido: Experiencias de los envejecidos sobre su vida y su cuerpo explicadas a partir de nociones biomédicas y psiquiátricas tales como predisposición, susceptibilidad, genética, entre otros.
	Combinación con medicina no sanitaria: Combinación de tecnología sanitaria con objetos médicos provenientes de otros sistemas médicos.



## **V. La metodología en el campo: cómo observé y sistematicé los usos de tecnologías sanitarias de envejecidos.**

Para enfocar los registros de los usos prescritos de envejecidos utilicé la metodología cualitativa. Esto porque esta metodología permitió situarse desde el espacio del investigado, por tanto, ser más proclive a recopilar los haceres de sus terapias de salud (Sánchez, 2012).

La metodología cualitativa se entendió a partir del relativismo metodológico. Esto implicó acercarse lo más posible al contexto de estudio y, por tanto, a las personas participantes de éstos. En otras palabras, los contextos, con sus sujetos y objetos de investigación, tal como las herramientas teóricas y metodológicas de la presente Memoria, fueron cuasi-objetos que operaron interdependientemente conformando contextos de estudios (Latour, 2009).

Lo anterior se demostró en la actitud de escucha con los participantes de la investigación. Siempre fue una prioridad la atención hacia lo que me contaban estas personas mayores, inclusive cuando no referían a cuestiones específicas de la investigación.

La presente metodología cualitativa estuvo constituida por una intersubjetividad metodológica. Ésta hizo referencia a la hibridez entre lo extraordinario que fue una investigación para los investigados en sus contextos cotidianos, así como lo extraordinario que fue para el investigador el contexto de estudio de los investigados. Siguiendo la proposición anterior, fue en los haceres donde los contextos fueron capaces de percibirse, no porque fueran opuestos a la teoría, sino porque fueron marañas de saberes, conocimientos, informaciones y prácticas (Knorr, 2005). Los usos de las tecnologías sanitarias realizados por los envejecidos no fueron excepciones a esta lectura.

La intersubjetividad metodológica mencionada en el párrafo anterior no se logró fácilmente en el campo, ya que consistió en procesos de construcción de confianza que demoraron tiempo. La intersubjetividad metodológica, en primer lugar, se manifestó en visitas o contactos personales con los participantes, considerando que en la mayoría de los casos hubo llamadas personales con dichos participantes para agendar las visitas presenciales donde se les contaba sobre la investigación. En segundo lugar, la confianza necesaria para producir una intersubjetividad metodológica consistió en una comunicación clara, simple y de respeto generacional que permitió disipar las incertidumbres de los entrevistados (pérdida de la privacidad, vulnerabilidades sociales en la vejez, jerarquías generacionales, entre otras).

Todo lo anterior fue ejecutado con la intención de lograr un trabajo que se sustentará empíricamente. Igualar al investigador, antropólogo, con los participantes de la investigación, entendiendo dicho vínculo a partir del relativismo y la intersubjetividad



metodológica, permitió que el primero fuera un receptor proclive de las informaciones (empirismos) de los otros (los investigados) (Latour, 2007).

### **1. Criterios muestrales y la búsqueda de participantes.**

El universo del estudio comprendió a los envejecidos que han sido beneficiados con el Programa Nacional de Salud para el Adulto Mayor de la Región Metropolitana.

La muestra por juicio, del universo anteriormente señalado, fue realizada a partir de 6 criterios que fueron emergiendo de distintas reflexiones en torno al trabajo de campo. Esta muestra consiguió su heterogeneidad gracias a la consideración de estos criterios que no sirvieron para calcular la cantidad de participantes, sino que para lograr rigurosidad en la búsqueda de características heterogéneas entre los participantes.

Los 6 criterios señalados correspondieron a:

- 1- El Tiempo de participación en el Programa: porque permitió delimitar a los envejecidos y sus usos de manera temporal, considerando sus permanencias en el Programa en menos de 4 años, menos de 6 años y más de 6 años.

Estos intervalos, menos de 4 años, menos de 6 años y más de 6 años, fueron elegidos porque el Programa formalmente existió desde el 2011 (hace 8 años) (Subsecretaría de Salud Pública, 2014) y antes de él existía el programa 'Cuidado de la salud del adulto mayor'<sup>11</sup> (Barros, 1996). Entonces, para la presente investigación se tomó en consideración lo que dijeron desde el 2011 al 2018, tiempo en que se ha desarrollado formalmente el 'Programa Nacional de Salud del Adulto Mayor'.

- 2- Los Niveles de 'dependencia' (leve, moderada, grave, total): porque permitieron representar las condiciones y construcciones de la medicina del Programa en los envejecidos.
- 3- Diagnóstico médico por 'dependencia': porque permitió mostrar las condiciones prescritas de 'dependencia' con mayor detalle y así poder observar con mayor claridad diferencias y patrones entre casos.
- 4- Ingresos económicos personales: porque fue importante considerar que, frente a diferentes capitales económicos, sociales y culturales, los abordajes a los usos y

---

<sup>11</sup> Antes de 1995 no existía ningún programa estatal de salud únicamente para adultos mayores y éstos se atendían por el 'Programa de Salud del Adulto'. En 1996 el Ministerio de Salud lanza el programa 'Cuidados de la salud del adulto mayor', la primera sección formal del 'Programa de Salud del Adulto' de cuidados y atención de salud pública para adultos mayores en el país (Barros, 1996).



terapias pudieron ser distintos de parte de los envejecidos (Martínez y otros, 2006).

- 5- El Género se mostró como importante de considerar por las diferencias de usos prescritos que pudieron mostrar envejecidas y envejecidos (Sánchez y otros, 2014).
- 6- Y la Edad desde los 75 años: porque ha correspondido, de manera arbitraria, a la edad de inicio de la cuarta edad<sup>12</sup> (González y Ham-Chamde, 2007; Thumala y otros, 2010; Louro y otros, 2015),

Realicé 12 entrevistas. El número se basó en el cruce entre los criterios 1 y 2, ya que me ayudaron a responder mi pregunta de investigación de manera más directa y tener mayor grado de control en las anotaciones sobre los usos que emergieron de los envejecidos en comparación a lo que me ofreció el criterio 3. El criterio 3 (Diagnóstico médico por 'dependencia') permitió volver heterogénea la muestra por la diversidad de diagnósticos y cruces de diagnósticos que presentaron los envejecidos de la cuarta edad.

Los otros criterios fueron de carácter social, económico y etario. Éstos permitieron situar a los envejecidos de la cuarta edad en dimensiones estructurales más transversales de la sociedad.

La siguiente tabla resumió a los participantes de la investigación según los criterios anteriormente señalados:

Tiempo de participación Programa.	Niveles de 'dependencia'			
	Leve	Moderado	Grave	Total
Menos de 4 años	Mujer de 85 años. Ingresos económicos: Entre 450.000 y 500.000. Diagnósticos de artrosis, fibromialgia,	Hombre de 81 años. Ingresos económicos: Entre 200.000 y 300.000. Diagnósticos: párkinson, tumor vesical	Hombre de 76 años. Ingresos económicos: Entre 100.000 y 200.000. Diagnósticos: úlcera varicosa, ceguera parcial,	Hombre de 75 años. Ingresos económicos: Entre 800.000 y 900.000. Diagnósticos: hipertensión (accidente

<sup>12</sup> Es arbitraria porque sólo intenta separar a los envejecidos de más edad de los de menos edad porque se supone que los primeros tienen menos autonomía que los segundos (Thumala y otros, 2010).



	hipertiroidismo, síndrome vertiginoso, hipertensión, diabetes, depresión.	benigno.	hipertensión (accidente cardiovascular).	cardiovascular y derrame cerebral).
Menos de 6 años	Mujer de 77 años. Ingresos económicos: 350.000. Diagnósticos: colesterol alto, diabetes y osteoporosis.	Mujer de 93 años. Ingresos económicos: Entre 200.000 y 250.000. Diagnósticos: hipertensión, úlcera varicosa.	Hombre de 77 años. Ingresos económicos: Entre 150.000 y 250.000. Diagnósticos: hipertensión (accidente cardiovascular), diabetes.	Mujer de 92 años. Ingresos económicos: Entre 300.000 y 400.000. Diagnósticos: fractura cadera, insuficiencia cardíaca, hipertensión pulmonar (trombo pulmonar, bronconeumonía), hipertensión.
Más de 6 años	Hombre de 93 años. Ingresos económicos: 208.000. Diagnósticos: colesterol alto, úlcera gástrica, lumbago crónico, artrosis, hipertensión.	Mujer de 87 años. Ingresos económicos: Entre 200.000 y 250.000. Diagnósticos: hipertensión, artritis, enfermedad renal, colon irritable.  Síntomas no diagnosticados: dolores inguinales.	Mujer de 75 años. Ingresos económicos: Entre 150.000 y 200.000. Diagnósticos: párkinson, hipertensión.	Mujer de 75 años. Ingresos económicos: Entre 100.000 y 200.000. Diagnósticos: paraparesia, diabetes, insuficiencia renal, hipertensión.  Síntomas no diagnosticados: dolores inguinales.

El despliegue en el campo de estos criterios muestrales fue complicado. Utilicé distintas estrategias para encontrar personas que pudieran presentar estos criterios y, si bien fueron efectivas, tomaron gran tiempo para obtener resultados.



Las distintas estrategias que empleé tuvieron en común, por un lado, la búsqueda de personas que concentraran vínculos con organizaciones políticas o sociales de adultos mayores y, por otro, el constante esquivo a la institucionalidad estatal o municipal. Las razones del primer valor común de las estrategias, personas que concentrarán vínculos, se debió a que éstas pudieron servir de 'porteros'<sup>13</sup> a envejecidos de la cuarta edad, mientras que, en el segundo valor común, la decisión de esquivar a la institucionalidad estatal o municipal, se debió a la demora que implicó pasar por aprobaciones de comités de ética y procesos administrativos propios de las municipalidades (pudiendo pasar hasta 5 meses en trámites<sup>14</sup>).

La primera estrategia ocupada, y siguiendo las ideas de Arango (2003), consistió en buscar líderes de distintas comunidades que pudieran conocer o manejar vínculos con personas de la cuarta edad. A pesar del sesgo político en esta estrategia, que refirió a la pugna que pudieron mantener los líderes comunitarios con otros miembros de la comunidad por su relevancia pública clausurando posibles contactos con envejecidos, ésta me brindó seguridad y practicidad para contactar con aquellos envejecidos que tuvieran relaciones fraternas con los líderes.

Para llevar a cabo la estrategia mencionada en el párrafo anterior, me contacté con dos líderes de dos organizaciones sociales distintas, que hicieron parte de iglesias en Renca. Estos líderes me llevaron a dos posibles participantes distintos. Una mujer de 85 años con diagnósticos de artrosis, fibromialgia, hipertiroidismo, síndrome vertiginoso, hipertensión, diabetes y depresión; con permanencia inferior a 4 años en el Programa y un hombre de 77 años diagnosticado de hipertensión (accidente cardiovascular), diabetes y con permanencia menor a 6 años, pero mayor a 4 años en el Programa.

Continué con esta estrategia, pero para economizar tiempo de búsqueda, preferí concentrar mis esfuerzos en contactarme con algún dirigente de la Unión Comunal del Adulto Mayor. Lo que había detrás de esta decisión fue la suposición de que la Unión era un lugar proclive para encontrar dirigentes de comunidades que tuvieran vínculos con envejecidos que coincidieran con los criterios muestrales de la investigación (Sobre todo si eran adultos mayores organizando a otros adultos mayores -sobre 75 años- en organizaciones sociales).

Tras una serie de visitas a organizaciones municipales, pero de un carácter más comunitario antes que administrativo, logré obtener el número telefónico de la secretaría de la Unión. Contactándome con ella pude participar de una reunión de la Unión Comunal del Adulto Mayor de Quinta Normal.

---

<sup>13</sup> La noción de portero se ha trabajado en la etnografía y refiere a la persona que facilita la entrada al campo (Monistrol, 2007).

<sup>14</sup> Según se me indicó en las Municipalidades de Renca y El Bosque.



En esa reunión, mencionada en el párrafo anterior, pude conocer a distintos dirigentes a los cuales les pude presentar mi investigación y de lo cual logré el contacto con dos grupos.

Tras participar de reuniones con los dirigentes contactados, logré conseguir dos contactos de envejecidos sobre 75 años de Quinta Normal. De estos dos posibles participantes sólo logré visitar más de una vez a una mujer de 93 años con diagnósticos de hipertensión, úlcera varicosa y con permanencia de más de 4 años, pero menos de 6 años en el Programa. El otro contacto decidió no participar por razones personales.

Después de haber contado con la participación de 3 envejecidos sobre 75 años, como lo mencionaba en los párrafos anteriores, logré contactar otros envejecidos que coincidían con los criterios muestrales de la investigación, pero declinaron de hacerlo.

Desde esta declinación de participantes, comencé una serie de reflexiones en torno a cómo mejorar mis estrategias de búsqueda para contactar participantes de la investigación. En torno a estas reflexiones, me di cuenta de la omisión de dos variables importantísimas como lo eran los ingresos económicos y la ubicación geográfica de los participantes (Mejía, 2000). Considerando lo anterior, fue como comencé a buscar en otros lugares de la Región Metropolitana envejecidos que tuvieran ingresos económicos más altos en comparación a los que ya que habían participado (pues los ingresos de las personas mayores que ya habían participado eran bajos), para así lograr mayor heterogeneidad en este nuevo criterio muestral.

Las anteriores reflexiones, entonces, me permitieron adherir otra estrategia a las que ya estaba utilizando, la cual me amplió y posibilitó la identificación de contactos para reunir la muestra. En esta nueva estrategia planteé la búsqueda de personas a las cuales conocí personalmente de hace meses o años, y de las cuales sabía sobre sus vínculos familiares y su comprensión sobre la importancia de contar con participantes en una investigación.

Estas reflexiones que separaron lo personal e íntimo de datos que podían servir para la investigación, que no era más que el ejercicio clásico de la antropología de volver 'extraño' lo familiar (Da Matta, 1999), me permitieron considerar como contactos a investigadores, estudiantes universitarios, jefes de manos de obras de constructoras, entre otros. En estas personas observé una alta probabilidad de entendimiento sobre la importancia de conseguir participantes para una investigación y, además, la condensación de vínculos familiares con envejecidos de la cuarta edad de clases sociales más medias<sup>15</sup>.

---

<sup>15</sup> No hay que olvidar que los envejecidos beneficiarios del Programa son personas que sólo cotizan en Fonasa, lo que quiere decir que su población está constituida por personas de clases bajas y medias.



De esta estrategia logré 6 participantes para la investigación: 2 con menos de 4 años de participación en el Programa que correspondieron a un hombre de 81 años y otro de 76 años; 1 con más de 4 años y menos de 6 años de permanencia en el Programa que correspondió a una mujer de 77 años; y 3 con más de 6 años de permanencia en el Programa que correspondieron a un hombre de 93 años, una mujer de 87 años y otra mujer de 75 años.

Siguiendo el canon de las anteriores estrategias, configuré una última táctica. Esta última táctica consideró la estrategia de búsqueda de personas que posiblemente tuvieran familiares o contactos con envejecidos sobre 75 años y probablemente entendieran la importancia de contactar participantes para una investigación. La táctica la desplegué por un contacto con una jefa de enfermeras de un Programa de postrados de la comuna de Colina que conocía del proyecto Fondecyt (que financió esta investigación). La táctica consistió en acompañar al equipo de cuidados de postrados del consultorio de esa comuna a sus visitas para poder vincularme con los envejecidos que presentaron los criterios muestrales de la investigación.

De esta estrategia logré que participaran en la investigación 3 personas más: un hombre de 75 años con permanencia menor a 4 años en el Programa, una mujer de 92 años con permanencia mayor a 4 años en el Programa, pero menor a 6 años y una mujer de 75 años con permanencia mayor a 6 años en el Programa.

Hubo envejecidos que, a pesar de presentar los criterios muestrales, no pudieron ser parte del estudio. Estos fueron envejecidos con daño cognitivo que les impidió poder comunicarse o reconocer los contextos en los cuales compartimos.

## **2. Técnicas y registros de producción de la información**

Se utilizó la entrevista semiestructurada para profundizar las opiniones y requerimientos que presentaron en el campo los envejecidos de la cuarta edad. Ésta indagó en aspectos específicos de la historia de envejecidos que se relacionaron con el Programa Nacional de Salud para el Adulto Mayor y las tecnologías que éste proveyó (Blasco y Otero, 2008).

Se ocupó otra técnica: la observación directa en 4 casos distintos. La observación permitió recolectar mensajes corporales y kinésicos antes que de conversación. De todas formas, mientras se hizo la observación, se conversó con los participantes de la investigación para posibilitar un ambiente más grato (Mendoza, 1994). Estos 4 casos se distinguieron entre sí a partir de los criterios muestrales.

Para el registro de las entrevistas fue utilizada la grabadora. Este elemento fue primordial, ya que permitió cristalizar de manera estable y segura el objeto de estudio.



La observación directa ocupó una tabla con dimensiones teóricas escritas en papel o impresa. Estas dimensiones se fueron modificando a partir de los códigos y categorías emergentes del análisis en diálogo con las categorías conceptuales propuestas en el marco conceptual. Se registró en ella inmediatamente después de la visita para no perder atención al contexto de estudio.

Ambas técnicas sirvieron para cuestiones bien específicas, pero se diferenciaron en el nivel de formalidad con el cual los entrevistados se expresaron en ellas. Las expresiones y el contenido de lo que contaron los envejecidos en las entrevistas era de carácter formal, asumiblemente por el uso de grabadora, mientras que las observaciones fueron más informales, más directas y más genuinas con respecto a los usos de tecnologías sanitarias.

Se utilizó también una ficha sociodemográfica que preguntó todos los criterios muestrales descritos en el apartado anterior. Las fichas tuvieron precisión e inmediatez que no fue tan fácil de conseguir en entrevistas y, además, sirvió como una guía de entrevista extra que fue vinculada con las preguntas de la pauta de entrevista.

Los 3 objetos de registro (la grabadora, la escritura en papel y la ficha) fueron útiles para la investigación pues no entraron en conflicto con la privacidad de las personas, siendo dúctiles en los contextos de investigación.

### **3. Consideraciones éticas en el campo.**

En el caso de estas personas mayores emergió la cuestión de la 'dependencia'. La 'dependencia' caracterizó el lazo de estas personas con otras, por ejemplo, sus cuidadores. Fue importante considerar cómo entendían la investigación estas otras personas no dependientes (como los cuidadores) porque fueron un canal de transmisión de la investigación a los envejecidos, así como una garantía de seguridad sobre las implicancias de ésta. Lo anterior permitió construir un vínculo de mayor confianza entre persona de la cuarta edad e investigador.

La privacidad de los envejecidos fue una problemática en la investigación necesaria de aclarar y limitar para lograr intercambios benéficos en la investigación. La privacidad de los envejecidos fue importante de aclarar y limitar porque el interés por los usos de tecnologías sanitarias implicó insertarse en la intimidad de éstos. Cuando pude presentar, preguntar, observar y vivir experiencias con otros participantes de la investigación (cuidadores, familiares, entre otros), fue cuando obtuve la confianza necesaria con los sujetos de la investigación (envejecidos de la cuarta edad) que permitió vincularme con el objeto de estudio (usos de tecnologías sanitarias).

La autodeterminación de los envejecidos en la investigación, que refirió a la capacidad que tenían estas personas de participar, así como de abandonar la investigación cuando



ellos lo estimaran (Hammersley & Atkinson, 1994), fue mencionada en las distintas visitas de campo y ocupada por ellos sin mayor problema. En beneficio de ambas partes, no existieron envejecidos que decidieran retirarse de ésta.

El estudio abogó para que no hubiese perjuicios, en ningún sentido, entre los participantes de éste. Trabajó para que fuera beneficioso tanto para la Ciencia Social como para los participantes de ésta y la sociedad civil. De hecho, los 12 entrevistados autorizaron con su firma o huella en el Consentimiento Informado su participación en la investigación. El informe final y transcripciones de la investigación pudieron<sup>16</sup> ser solicitadas por estos mismos o por participantes indirectos (cuidadores, por ejemplo) de la investigación.

#### 4. Técnica de análisis de la información y codificaciones.

Se utilizó un análisis de contenido semántico para codificar los sentidos de las expresiones de los envejecidos en torno a los usos de tecnologías sanitarias. Este análisis de contenido, al ser semántico, se realizó en función de patrones de relaciones y categorías conceptuales (Andréu, 2002). De todas formas, el análisis presentó tensiones en su realización.

Las tensiones en el análisis de contenido semántico se produjeron por la búsqueda de un análisis sistemático y fiable (Andréu, 2002). Para lograr lo anterior, se mantuvo un diálogo constante entre las categorías conceptuales y lo expresado por los participantes de la investigación, con lo cual se produjo una matriz semántica que permitió la sistematicidad y fiabilidad esperada.

Las tensiones en el análisis, manifestadas en el constante diálogo entre categorías conceptuales y lo expresado por los participantes, permitió mantener profundidad y complejidad en la elaboración de la matriz semántica. Este análisis de contenido semántico se compuso, entonces, de una matriz semántica que propuso patrones de relación entre las expresiones y quinesias de los envejecidos. Este análisis de contenido semántico se vinculó con las categorías conceptuales para interpretar dichos patrones de relación de la siguiente forma:

Matriz semántica	
Categoría	Patrones de relaciones
Resistencias	Sujeto (envejecido)- Verbo (en contra de)- Objeto (diagnóstico, instrumento de asistencia, medicamento, Programa y/o medicina).

<sup>16</sup> Y pueden ser solicitados cuando los participantes de la investigación lo requieran.



Autodisciplinamientos	Sujeto (envejecido)- Verbo (a favor de)- Objeto (correcciones al cuerpo del envejecido).
Nociones médicas sobre el funcionamiento del cuerpo envejecido	Sujeto (cuerpo del envejecido)- Verbo (uso de)- Objeto (nociones médicas sobre el cuerpo).
Recomposiciones a las tecnologías sanitarias	Sujeto (envejecido)- Verbo (corregir)- Objetos (usos prescritos).
Uso de los cuidados	Sujeto (envejecido)- Verbo (recibir)- Objeto (cuidado).
Autopersonalización de tecnologías sanitarias	Sujeto (tecnología sanitaria)- Verbo (verbos que indiquen personalización tales como adaptar, particularizar, mejorar, entre otros)- Objeto (envejecido).
Ética del cuerpo	Sujeto (experiencias de vida de envejecidos)- Verbo (predisponer, prever, tener, entre otros)- Objeto (mal futuro, optimización, prevención, entre otros).
Combinación con medicina no sanitaria	Sujeto (diagnóstico, instrumento de asistencia y/o medicamento)- Verbo (complementar, mejorar, combinar, entre otros)- Objeto (hierbas indígenas, jarabes naturales, entre otros).

Fue utilizado el programa de computadora 'Atlas ti' en el proceso de análisis. En él se clasificaron los sujetos, los objetos y los verbos de las oraciones y acciones de los envejecidos a partir de los patrones de relaciones propuestos en la matriz semántica (Andréu, 2002).

Las primeras codificaciones fueron de textos largos para poder rescatar la complejidad de lo expresado por los participantes. Por ejemplo, si el extracto a categorizar era '*me quedaron funcionando mal los riñones y hago infecciones urinarias muy seguido*', se consideró, además del extracto mismo, las preguntas que dieron origen a ese extracto, así como sus contra-respuestas, siempre y cuando entregaran información relevante para la investigación.

A partir de un proceso de sistematización que consistió en el aglutinamiento de las codificaciones en las categorías y posterior síntesis de dichas codificaciones en las categorías, se pudo lograr la fiabilidad en el análisis.

Fue importante precisar que en estas codificaciones hubo una distinción conceptual que guio dicho proceso, ésta fue la distinción uso moderno de tecnología sanitaria/uso



biomédico de tecnología sanitaria. La importancia de esta distinción fue la de observar empíricamente la producción de terapias y prácticas de salud de envejecidos de la cuarta edad a partir del uso de tecnologías sanitarias, considerando la influencia de la medicina moderna y la biomedicina en dichos usos.

Sobre lo anterior, fue importante aclarar que los envejecidos de la cuarta edad nunca usaron o dejaron de usar alguna tecnología por el hecho de ser diseñada por la medicina moderna o la biomedicina.

## **VI. Resultados.**

### **Usos modernos de tecnologías sanitarias de los envejecidos.**

Los envejecidos fueron descritos, desde la interpretación del marco conceptual de esta investigación, como condicionados en sus formas de pensar y de actuar por paradigmas médicos. En ese sentido, estas personas fueron descritas como condicionadas por dos paradigmas de la medicina: la medicina moderna y la biomedicina. Para el presente subapartado, estas personas fueron interpretadas como insertas en el primer paradigma mencionado, el de la medicina moderna.

Los envejecidos de la cuarta edad fueron descritos en esta investigación como sujetos influenciados por los conocimientos y prácticas de la medicina moderna. Lo anterior refirió a que los envejecidos dieron cuenta de usos de tecnologías sanitarias que esta investigación relacionó con la normalización, el disciplinamiento y las explicaciones clínicas. Desde estas interpretaciones, estas personas manifestaron usos de tecnologías sanitarias que buscaron calmar el dolor, explicar y tratar enfermedades de manera eficaz.

Considerando lo anterior, estas personas mayores fueron observadas desde categorías que posibilitaron la localización de sus usos de tecnologías sanitarias que estuvieron vinculados a la normalización y al disciplinamiento, esperando apreciar de ello la influencia del paradigma médico moderno en sus terapias. Estas personas, entonces, fueron observadas desde las categorías de 'resistencias/autodisciplinamientos', 'uso de palabras y conceptos de la medicina moderna' y 'recomposiciones a tecnologías sanitarias'.

Se describieron a los envejecidos y sus manifestaciones de usos de tecnologías sanitarias de índole médico moderno desde las categorías de 'resistencias/autodisciplinamientos', 'usos de palabras y conceptos de la medicina' y 'recomposiciones a tecnologías sanitarias' en los siguientes subapartados:

#### **a. Resistencias y autodisciplinamientos.**



Los envejecidos cuando manifestaron alguna molestia o dolor, ya siendo beneficiarios del Programa Nacional de Salud del Adulto Mayor, visitaron o fueron visitados por el equipo de salud del Programa. En presencia del equipo, los envejecidos explicaron su malestar y, de éste, recibieron prescripciones para usar instrumentos de asistencia y medicamentos. Además, de dicho equipo, recibieron diagnósticos para entender su condición de 'dependientes' y sus enfermedades.

Estas personas de la cuarta edad, al llegar a sus hogares, reflexionaron en torno al uso prescrito y desde dichas reflexiones articularon sus prácticas de salud.

Bajo este contexto, estas personas fueron observadas desde la categoría par 'resistencias/autodisciplinamientos'. Lo anterior quiso decir que estas personas manifestaron disposiciones de rechazo (resistencias) o de consentimiento (autodisciplinamientos) al uso prescrito del Programa.

Los envejecidos, a partir de lo explicado, pudieron mostrar sus valoraciones sobre los usos prescritos del Programa, así como también sus valoraciones sobre las tecnologías sanitarias de éste. En ese sentido, los envejecidos mostraron resistencias o autodisciplinamientos a la prescripción, a los diagnósticos, a los medicamentos y a los instrumentos de asistencias.

Estas personas mayores manifestaron, a partir de sus resistencias y autodisciplinamientos, una disciplina específica sobre su cuerpo.

En los siguientes párrafos se esperó fundamentar lo anteriormente señalado:

En el caso de las resistencias, los envejecidos manifestaron estar en contra de los usos prescritos del Programa de la siguiente manera: a) mostrando que eran capaces de evitar los disciplinamientos de las tecnologías sanitarias, y b) produciendo conocimiento sobre el uso prescrito que les permitió evitar dicho uso.

En las siguientes citas fue posible observar como algunos envejecidos demostraron constantemente su capacidad de evitar los disciplinamientos de las tecnologías sanitarias:

*“Entrevistador: Una mujer humilde y ¿Por qué no hace lo que le recomienda el equipo de salud?”*

*Javier: Porque soy un rebelde, no me llevan, James Dean... 'Rebelde sin causa'.*

*Entrevistador: ¿Ha cambiado sus rutinas desde la que la salud domiciliaria se lo pidió?*

*Javier: No han variado nada, ni para nada” (81 años).*



*“Javier: ‘[...] tenemos médico’ ‘Pucha no quiero ir’ [...] a vestirme como James Dean...” (81 años).*

Con expresiones tales como *‘Porque soy un rebelde, no me llevan, James Dean... ‘Rebelde sin causa’, ‘No han variado nada, ni para nada’, ‘pucha no quiero ir’ y ‘vestirme como James Dean’* los envejecidos demostraron que fueron capaces de evitar los disciplinamientos de las tecnologías sanitarias.

En lo anteriormente expresado fue posible observar la utilización del referente fílmico de la rebeldía, como lo fue el actor difunto *James Dean*<sup>17</sup>, que respaldó una posición de no transar prácticas para disciplinar problemas de salud. Para ello, los envejecidos esperaron controlar su vida con decisiones expresadas en *‘pucha, no quiero ir’* e, incluso, pretendieron personificar la rebeldía en contra de los disciplinamientos a su cuerpo, demostrado en la expresión *‘vestirme como James Dean’*.

La otra manifestación de resistencias de estas personas, que refirió a la producción de conocimiento para evitar el uso prescrito, se pudo apreciar en el uso que hicieron éstas de los medicamentos. Las siguientes citas dieron cuenta de ello:

*“Entrevistador: Los dejó de tomar... y ¿por qué? ... Claro, si es que se pude saber.*

*Gabriela: Acidez, los dejó de tomar por acidez’ (87 años).*

Visita n°2 Ricardo, 77 años.

<i>Contexto</i>	<i>Anotaciones del investigador</i>
<i>Qué pastillas toma</i>	<i>Asume una postura formal para la conversación en un principio. Indica que las pastillas que le dan mucha acidez y que repiten sus efectos con otras pastillas, como es el caso del paracetamol y el diclofenaco (ambos antiinflamatorios), no las toma. Omitió ciertas resistencias o negaciones a tomar ciertas cantidades y ciertos medicamentos en comparación a la 1° visita donde indicó que se tomaba todas las pastillas.</i>

<sup>17</sup> Actor estadounidense con una carrera en el cine marcada por la interpretación de un joven rebelde en la película *‘Rebel without a cause’* dirigida por Nicholas Ray y exhibida en 1956.



Con las expresiones '*Los dejé de tomar por acidez*' y '*que repiten sus efectos con otras pastilas [...] nos las toma*', los envejecidos demostraron una segunda forma de resistencia contra los usos prescritos de los medicamentos. Esta segunda forma de resistencia de los envejecidos se manifestó en la reflexión en torno al por qué resistir, el en dónde resistir y el cómo resistir. Los envejecidos indicaron que su porqué resistir se debió a las molestias en su cuerpo (*acidez*) producidas por ciertos medicamentos y la sobrecarga innecesaria que sufrieron o podrían sufrir. Los envejecidos, en ese mismo sentido, indicaron que el dónde resistir refirió a un lugar personal y en el que ellos pudieron controlar lo recibido de su entorno médico, este lugar personal y de control correspondió a las decisiones sobre su salud. Estas personas, finalmente, indicaron el cómo resistir a partir de la enunciación a otros de sus justificaciones de resistir (porque le hacían mal o porque repetían sus efectos) y a partir de abstenerse de tomar ciertos medicamentos. Se pudo apreciar de lo anterior que los envejecidos produjeron selecciones, justificaciones y acciones sobre sus resistencias, lo que dio cuenta que produjeron conocimiento para evitar tomar medicamentos que les dañaron el estómago (*acidez*) y/o que les repitieron el efecto en su cuerpo. Fue posible sostener, entonces, que estas personas expresaron a su cuerpo como uno sensible que tuvo reacciones adversas al medicamento y/o como uno que no debió recibir sobre cargas de medicamentos, lo cual mostró que estas personas produjeron conocimiento sobre la interacción entre su cuerpo y los medicamentos. Estas personas, cuando dieron cuenta de esta forma de resistencia, también manifestaron un tipo de violencia ejercida a su cuerpo por el medicamento, ya que, los usos prescritos resistidos continuaron siendo recetados por los médicos sin considerar sus reclamos.

Caso contrario fue observar a los envejecidos usar prescriptivamente los instrumentos de asistencias, en específico, los andadores y sillas de ruedas. En ningún caso los envejecidos enunciaron rechazo o resistencias a las indicaciones del equipo de salud sobre cómo ocupar la silla de ruedas o el andador.

Por otro lado, estas personas mayores al manifestar autodisciplinamientos expresaron no haberlos consentidos inmediatamente, sino que expresaron que dichos consentimientos se produjeron a partir de procesos de cuestionamientos sobre su cuerpo. Estas personas al cuestionarse sobre su cuerpo, por ejemplo considerando dolores o molestias del cuerpo que no pudieron manejar, usaron la prescripción para sanar o curar dicho dolor o molestia, pero éste no fue el único cuestionamiento que presentaron. Además, éstas presentaron cuestionamientos a los usos prescritos entregados por el Programa, independiente que los usos prescritos tuvieran la promesa de sanar o curar la molestia o el dolor latente. Estas personas mayores con estos cuestionamientos, como fue posible constatar en los párrafos pasados, manifestaron en muchos casos resistencias, pero en otros esas resistencias sirvieron irónicamente para convencerlas que los usos prescritos y sus correspondientes disciplinamientos fueron útiles, e inclusive necesarios, para tratar dolores o molestias.



Sobre los cuestionamientos recién referidos, los envejecidos usaron de manera discontinuada los usos prescritos, por ejemplo tomándose la pastilla a veces, acatando a veces a las indicaciones del médico, entre otros. A partir de ello, los envejecidos decidieron experimentar con dichos usos prescritos, dejando de tomar o tomando ciertos días. Desde dicha experimentación, los envejecidos percibieron que sus dolores y molestias se agravaron, lo que les permitió concluir que la discontinuidad de la realización de los usos prescritos agravó sus dolores y molestias. Fue entonces que los envejecidos volvieron a usar con regularidad las prescripciones expresando cambios benéficos en su salud. Con lo anterior, los envejecidos pudieron convencerse de que los usos prescritos y sus correspondientes disciplinamientos fueron útiles y necesarios para tratar sus dolores y molestias.

En la explicación anterior, los envejecidos avalaron a los disciplinamientos como forma de tratamiento de las enfermedades de su cuerpo porque experimentaron dejando de tomar medicamentos y volviendo a tomarlos con regularidad después de haberlos dejado, lo que demostró para ellos que los disciplinamientos de los medicamentos fueron fundamentales para mantener una salud sin dolores ni molestias.

En las siguientes citas se pudo observar lo anterior:

*“Entrevistador: Se pone en el caso hipotético que dejara de tomar pastillas cómo andaría...”*

*Nadia: Ah, lo dejé un tiempo, pero me sentí mal.*

*Entrevistador: Lo dejó ¿Por qué?*

*Nadia: Porque yo dije ‘A lo mejor no tengo’ Lo dije sola, no que el médico me haya dicho algo. Me empecé a sentir mal, me venían unas cosas que no sé eran como... Y empecé nuevamente a tomármelas y dije ‘Dios mío, esto es lo que me está pasando donde no estoy tomando los remedios, no puedo dejarlo. La pastilla sobre todo la de la diabetes no puedo dejarla.” (77 años).*

Visita n°2 Javiera, 75 años.

Contexto	Anotaciones del investigador
Toma de medicamentos a las 4 pm	[...] <i>Le pregunto si siempre las toma con rigurosidad de reloj, me indica que sí. Que si no tomara estaría estropeada, en el suelo como golpeada y fatigada. Me cuenta que, al principio de su Parkinson, por distintas razones, no quiso o no pudo tomar sus medicamentos. Fueron algunos de sus peores días de vida.</i>



En las expresiones de *'lo dejé un tiempo, pero me sentí mal'*, *'a lo mejor no tengo'*, los envejecidos expresaron resistencias que propiciaron sus usos de disciplinamientos para tratar sus enfermedades. El anterior proceso descrito fue posible de ver en extractos tales como *'esto es lo que me está pasando donde no estoy tomando los remedios, no puedo dejarlo'*, *'La pastilla sobre todo la de la diabetes no puedo dejarla'*, *'que si no tomara estaría estropeada, en el suelo como golpeada y fatigada'*, donde los envejecidos demostraron que la no toma de medicamentos afectó desagradablemente a sus cuerpos, lo que terminó por convencerlos de la efectividad de volver a tomar medicamentos. Los envejecidos demostraron, entonces, respaldar los disciplinamientos para tratar sus enfermedades que, en otras palabras, fue autodisciplinarse. Los envejecidos, como lo mostraron las citas, manifestaron autodisciplinamientos en procesos continuados y no inmediatos, los cuales sucedieron a partir de distintas experiencias con usos prescritos.

Estos procesos de autodisciplinamientos fueron expresados por los envejecidos al usar prescriptivamente tecnologías sanitarias de manera responsable y disciplinada.

Lo anterior se demostró en los siguientes extractos:

*"Eugenia: No, si yo misma me acuerdo. Yo sé que me tengo que tomar las pastillas a cierta hora en la mañana." (75 años).*

*"Eloísa: Por la diabetes, entonces ellos me indicaron tomar antibióticos todos los días en la noche. Eso también me baja las defensas y la temperatura... Antibióticos, anti vida" (85 años).*

Visita n°2 Javiera, 75 años.

<i>Evento realizado</i>	<i>Anotaciones del investigador</i>
<i>Toma de medicamentos a las 4 pm</i>	<i>Tal como la primera visita, que fue de entrevista, Javiera toma sus medicamentos a las 4 pm. Le pregunto si siempre las toma con rigurosidad de reloj, me indica que sí [...].</i>

En expresiones tales como *'si yo misma me acuerdo. Yo sé que me tengo que tomar las pastillas a cierta hora en la mañana'*, *'entonces ellos me indicaron tomar antibióticos todos los días en la noche'* y *'Le pregunto si siempre las toma con rigurosidad de reloj, me indica que sí'*, los envejecidos dieron cuenta de la responsabilidad y disciplina que compusieron sus autodisciplinamientos.



En el caso de los instrumentos de asistencias, los envejecidos de la cuarta edad mostraron normalmente consentimiento a los autodisciplinamientos indicados por el equipo de salud, tales como mantener los pies apoyados en la silla de ruedas, practicar tres veces al día firmeza y estabilidad en el andador, entre otros.

Los envejecidos, entonces, dieron cuenta de autodisciplinamientos basados en la responsabilidad y la disciplina para realizar los usos prescritos. En dichos autodisciplinamientos, los envejecidos usaron valores de lo normal, expresado en el estar sin dolores ni molestias, y de lo anormal, expresado en el estar con dolores y molestias. Bajo esas concepciones, los envejecidos conformaron una disciplina específica basada en las distinciones molesto/no molesto, dolor/no dolor y en la responsabilidad para realizar los usos prescritos.

Considerando lo dicho, los envejecidos de la cuarta edad presentaron resistencias y autodisciplinamientos a los usos prescritos del Programa. Los envejecidos dieron muestra de resistencias para evitar ciertos usos prescritos, mientras que, a partir de efectos adversos por resistir ciertos disciplinamientos de los usos prescritos, concluyeron autodisciplinarse acogiendo con responsabilidad los usos prescritos de tecnologías sanitarias.

#### **b. Palabras y conceptos de la medicina usados por los envejecidos.**

Los envejecidos al llegar a sus casas tras la atención del médico o al recibir la atención del equipo de salud en sus casas, reflexionaron en torno a lo explicado por ellos. Tras las series de 'controles médicos', éstos incorporaron a sus prácticas como pacientes, las palabras y conceptos que ocuparon los médicos y el equipo de salud para referirse a sus enfermedades. Lo anterior fue acrecentado aún más, pues los envejecidos recibieron de estos 'controles médicos' las prescripciones de usos de diagnósticos, de instrumentos de asistencias y de medicamentos para tratar sus enfermedades, prescripciones que hicieron que ellos ocuparan las tecnologías sanitarias recordando constantemente las palabras y conceptos ocupados por los médicos y equipos de salud.

Bajo ese contexto, los envejecidos fueron observados desde la categoría 'nociones de la medicina sobre el funcionamiento del cuerpo'. Lo anterior quiso decir que los envejecidos fueron observados desde el uso que hicieron de palabras y conceptos de la medicina sobre el funcionamiento de sus cuerpos y sus enfermedades.

Los envejecidos, a partir de esta observación, manifestaron sus valoraciones sobre los usos prescritos de las tecnologías sanitarias. Los envejecidos expresaron el uso de palabras, de explicaciones, de juicios, entre otros, provenientes de los enunciados que justificaron a los diagnósticos, instrumentos de asistencia y medicamentos que el médico y el equipo de salud les entregaron.



Los envejecidos manifestaron también, desde estas valoraciones sobre los usos prescritos, que sus prácticas en salud se compusieron de explicaciones clínicas del cuerpo, en el sentido de descripciones propias del paradigma médico basadas en un enfoque (el mirar y el decir) particular. Considerando lo anterior, los envejecidos expresaron una interiorización de la mirada médica clínica.

En los siguientes párrafos se describió lo anteriormente señalado:

Los envejecidos expresaron el funcionamiento de su cuerpo desde palabras y conceptos médicos:

*“Entrevistador: ¿Por la septicemia? (Ella había indicado al principio de la entrevista, cuando llenábamos a la ficha sociodemográfica, que tenía septicemia).*

*Eloísa: Sí, me quedaron funcionando mal los riñones y hago infecciones urinarias muy seguido” (85 años).*

*“Esposa y cuidadora: Artritis... ¿Cuál era el diagnóstico que te dieron para el dolor de los huesos?*

*Ricardo: Bueno, para el daño muscular tomaba paracetamol.*

*(...)*

*Ricardo: Cuando me dolían mucho los riñones me daban esa cuestión (paracetamol), pero ahora no. Será porque me muevo un poco... De repente quedo como trapo igual... Voy un poco de aquí para allá tratando de mover un poco los huesos” (77 años).*

*“Javier: Ahí peleé yo. Como escolar, después peleé en los campeonatos de los barrios, después me noquearon, qué terrible que te noqueen, parece que te cayera una roca encima... Un adoquín que lo sueltan con una cadena. Es terrible...*

*Por eso estos tipos mueren casi todos del cerebro, ¿ah? Mueren por invasión de sangre a la arteria...” (81 años).*

*“Javier: Creo, a estas alturas del partido, no se van a preocupar de mi salud... El Enfermo pasa de los 50 años y lo dejan a la deriva igual que un barco y el barco puede ir para allá como puede ir para acá. Cuando un Enfermo del corazón cumple 50 años, sea hombre o mujer, los médicos dicen se despreocupan de ti... Piensan ‘Ese huevón está cagado, está vivo porque Dios es grande’ ‘Sí, es que se comunica mucho con Dios...” (81 años).*

Visita n°1 Ricardo, 77 años.



Contexto	Anotaciones del investigador
<i>Ricardo muestra cómo se puede parar</i>	<i>Me muestra su condición actual de asistido grave comparándose como era antes de tener esa condición. Utiliza fotos de él cuando joven de su cuarto de estar para hacer dicha comparación. Se expresa de manera nostálgica a su pasado.</i>

Los antedichos extractos mostraron como los envejecidos usaron un tipo de razonamiento de causa y consecuencia propio de los estudios clínicos, ya que utilizaron un enfoque (un mirar y un decir) sobre lo normal y sobre la enfermedad proveniente de la medicina moderna. Este enfoque sobre lo normal y sobre la enfermedad refirió, en general, a procesos fisiológicos descritos con palabras y conceptos de la medicina por parte de estas personas. Estas personas mayores usaron este razonamiento de causa y consecuencia para describir enfermedades, tratamientos, juicios sobre la muerte y juicios sobre la vida, lo que dio cuenta de una integración del conocimiento médico clínico en sus prácticas.

En los siguientes párrafos se describió cómo los envejecidos usaron este tipo de razonamiento basado en el enfoque de la medicina moderna que se manifestó en las descripciones que realizaron de enfermedades, tratamientos, juicios sobre la muerte y juicios sobre la vida:

Los envejecidos usaron este razonamiento de causa y consecuencia en las enfermedades describiendo al problema corporal o la enfermedad como la 'causa', que en el caso del primer extracto correspondió a '*me quedaron funcionando mal los riñones*' o '*la septicemia*', y a los efectos de este problema corporal o enfermedad como la 'consecuencia', que en el caso del primer extracto correspondió a '*y hago infecciones urinarias*'.

Lo anterior mostró como los envejecidos usaron palabras, conceptos y relaciones propios de la clínica para describir sus problemas corporales. Los envejecidos usaron un enfoque particular que consideró a '*la septicemia*' como la 'causa' del mal funcionamiento de los riñones que provocó infecciones urinarias. En otras palabras, los envejecidos creyeron que '*la septicemia*', que ha sido definida como una inflamación corporal producida por sustancias químicas liberadas en la sangre para combatir las infecciones, produjo infecciones urinarias. Los envejecidos, entonces, mostraron usos de palabras, conceptos y relaciones de la clínica porque, primero, ocuparon conceptos fabricados o avalados por este paradigma, tales como septicemia, riñón, urinario y porque, segundo, ocuparon relaciones que sólo la clínica ha fabricado, tales como la relación entre septicemia e infección urinaria.



En el caso de los tratamientos, los envejecidos usaron el concepto médico de tratamiento en relación con el de enfermedad o problema corporal. Los envejecidos ocuparon, en este caso, a los efectos de las enfermedades como la 'causa' y al tratamiento como la 'consecuencia', 'consecuencia' que fue ejemplificada en la expresión *'para el daño muscular tomaba paracetamol'*.

En torno a los juicios sobre la muerte, los envejecidos usaron como 'causa' la irrupción *'por invasión de sangre a la arteria'*, que fue muy similar a la descripción de una enfermedad, y como 'consecuencia' a la muerte, la cual fue ejemplificada en *'mueren casi todos del cerebro'*.

Los 'juicios sobre su trayectoria de vida' merecieron una descripción especial. Los envejecidos usaron 'juicios sobre su trayectoria de vida' para manifestar un tipo de razonamiento de causa y consecuencia enunciado en párrafos anteriores y, además, para afirmar diferenciaciones en características de grupos etarios.

Los 'juicios sobre su trayectoria de vida' que hicieron los envejecidos describieron un razonamiento de causa y consecuencia donde la 'causa' correspondió a una juventud activa, ejemplificada en *'pasa los 50 años y lo dejan a la deriva igual'* y *'me muestra su condición actual de asistido grave'*, mientras que la 'consecuencia' correspondió a una vejez de poca importancia por su pérdida de actividad y presencia como fuerza activa laboral ejemplificadas en *'lo dejan a la deriva igual que un barco y el barco puede ir para allá como puede ir para acá'* y *'comparándose como eran de tener esa condición (...) Se expresa de manera nostálgica de su pasado'*.

Los envejecidos ocuparon los 'juicios sobre sus trayectorias de vida' también como un eje central en sus reflexiones. Los envejecidos, para describir su vida, usaron muchas palabras y figuras sobre su trayectoria, de ellas fue posible desprender reflexiones sobre lo médico y lo vivido en la juventud que refirieron a poseer funcionalidad y autonomía. De estas reflexiones descritas por los envejecidos, fue posible desprender la carga de normal y anormal, donde lo normal estuvo distinguido como lo joven y lo activo, mientras que lo anormal o lo que no se pudo encasillar dentro de la normalización, fue lo *'que pasa los 50 años'*, vale decir, la vejez.

En los anteriores párrafos fue posible observar como los envejecidos usaron palabras y conceptos de la medicina para describir sus problemas corporales. Los envejecidos usaron estas palabras y conceptos de una forma determinada que correspondió a un razonamiento de causa y consecuencia que fue posible de inscribir en el paradigma clínico de la medicina. A partir de lo anterior, los envejecidos usaron palabras y conceptos para describir no solamente los problemas corporales de su cuerpo, sino que también de su pasado, su presente, su trayectoria de vida, sobre lo normal y lo anormal.



### **c. Recomposiciones a las tecnologías sanitarias.**

Los envejecidos, al recibir las tecnologías sanitarias y el uso prescrito respectivo, comenzaron a ocupar las tecnologías desde expectativas específicas que refirieron a curarse, sanar o rehabilitarse. Estas personas, entonces, usaron de una forma prescrita dichas tecnologías, pero se dieron cuenta que las tecnologías presentaron mal funcionamiento o que las características de estas tecnologías entorpecieron más que aportaron a su rehabilitación.

Debido a lo anterior, los envejecidos cambiaron las tecnologías sanitarias entregadas por el Programa por otras tecnologías sanitarias que presentaron similares características de funcionamiento y que además no tuvieron los malos funcionamiento de las del Programa.

Bajo el anterior contexto, fueron observados los envejecidos desde la categoría 'recomposiciones de tecnologías sanitarias'. Lo anterior quiso decir que los envejecidos fueron observados desde sus capacidades para cambiar tecnologías sanitarias con mal funcionamiento por otras que tuvieran buen funcionamiento, con la finalidad de recomponer la eficacia de la terapia que se les prometió con los usos prescritos.

Estas personas mayores, a partir de sus 'recomposiciones de tecnologías sanitarias', manifestaron sus requerimientos al Programa, así como los reemplazos que hicieron a las tecnologías sanitarias.

En los siguientes párrafos se describió lo anteriormente señalado:

Los envejecidos de la cuarta edad manifestaron que las tecnologías sanitarias presentaron mal funcionamiento o inclusive que no fueron entregadas por el Programa, lo que les impidió realizar cabalmente el uso prescrito. Frente a esa situación, los envejecidos reemplazaron tecnologías sanitarias defectuosas o ausentes con tecnologías sanitarias de buen funcionamiento no entregadas por el Programa.

Los envejecidos, al realizar estos reemplazos de tecnologías sanitarias, hicieron posible la terapia indicada por el uso prescrito. Lo anterior hizo que los envejecidos pudieran concretizar sus deseos de tratamiento de la medicina. Ellos sostuvieron dichos deseos de tratarse a partir del uso prescrito porque también tuvieron expectativas de la medicina, en tanto ellos creyeron que la medicina podía curarlos o recuperarlos de sus enfermedades a partir del uso prescrito.

Considerando los dos anteriores párrafos, los envejecidos lograron recomponer la terapia esperada e indicada por los usos prescritos.

Los envejecidos mencionaron la ausencia de entregas de tecnologías sanitarias, tanto para diagnósticos y medicamentos, de la siguiente forma:



*“Esposa y cuidadora: Pa lo que hacen... Ven, lo miran, anotan y chao. De repente cuando están un poco más enfermos y digo yo, iba ‘sabe que el paciente está más enfermo, no sé qué hacer’ ahí de repente vienen, pero tampoco hacen nada.*

*Reynaldo: No hacen nada” (77 años).*

*“Eugenia: No vienen nunca ahora, y cuando les digo algo (Contarles sobre algún padecimiento nuevo o dolor que presente) se van rapidito” (75 años).*

Se pudo apreciar en el anterior extracto como los envejecidos describieron las ausencias de diagnóstico, que tal como se pudo suponer, refirieron a la no relevancia que le dio el médico o el equipo de salud al padecimiento expresado por el envejecido.

En los casos de las ausencias de medicamentos, fueron posibles de observar en el siguiente extracto:

*“Eloísa: No, con mucho aporte de mis hijos. Por ejemplo, cuando no me daban un remedio para, que a veces lo dan y otras no” (85 años).*

La expresión ‘a veces lo dan y otras no’ demuestra como los envejecidos visualizaron dificultades para tratar sus problemas de salud porque el Programa no les entregó los medicamentos en cuestión. A su vez, la expresión ‘con mucho aporte de mis hijos’ demostró una de las formas con que los envejecidos consiguieron reemplazar la ausencia de tecnología sanitaria, la cual refirió a donaciones de familiares o redes solidarias.

Los envejecidos expresaron, en el caso de los instrumentos de asistencia, que por lo menos un instrumento de asistencia fue entregado a ellos, por tanto no fue posible afirmar que esta tecnología sanitaria estuvo ausente en las prácticas de salud de envejecidos. Sin menoscabo de lo anterior, los envejecidos indicaron, considerando que por lo menos un instrumento de asistencia estuvo en su poder, que los instrumentos de asistencia fueron los que más presentaron malos funcionamientos:

Los envejecidos refirieron al mal funcionamiento de la tecnología sanitaria, en preciso de los instrumentos de asistencia, de la siguiente manera:

*“Entrevistador: Y si me pudiera describir las diferencias entre la silla de ruedas del Programa y la que el Hogar le consiguió, me refiero a que tiene de bueno y que tiene de malo cada una...*

*Eugenia: La del Programa es muy mala, es de plástico y los neumáticos de caucho, cuesta remucho andar en ella” (75 años).*



La expresión '*cuesta mucho andar en ella*' mostró como los envejecidos manifestaron los problemas que les produjeron los usos de sillas de ruedas estandarizadas y que, por tanto, no les permitieron hacer una terapia eficaz.

Frente a estos malos funcionamientos y ausencias, los envejecidos reemplazaron las tecnologías sanitarias por otras tecnologías sanitarias que compraron con ahorros personales o que recibieron de donaciones familiares y que presentaron características de normalización. Ejemplos de envejecidos contando sobre estas tecnologías compradas o recibidas aparecieron en extractos tales como:

*“Eloísa: Tenía que comprar un pregalec que me valía 16.000 pesos.*

*Entrevistador: Sí, la pregabalina.*

*Eloísa: Sí, el genérico.” (85 años).*

*“Nadia: (...) Tomo la aspirina grande no más porque no he notado cambios cuando tomo la chica” (77 años).*

*“Roberto: Pero salió buena ésta (Otra silla de ruedas replegada en un costado del dormitorio de Roberto).*

*Esposa y cuidadora: Esta la usamos para salir. Me conseguí una y esa sí que es firme” (75 años).*

Las expresiones de los extractos anteriormente mostrados tales como '*tenía que comprar un pregalec*', '*(tomo) la aspirina grande no más porque no he notado cambios cuando tomo la chica*' y '*pero salió buena ésta* (silla de ruedas donada)' dieron cuenta de las expectativas que tuvieron los envejecidos en la labor terapéutica que, según ellos, debió lograr la medicina con las prescripciones de uso de tecnologías sanitarias. Justamente, los envejecidos expresaron con '*Esta la usamos para salir. Me conseguí una y esa sí que es firme*' que los reemplazos de tecnologías sanitarias compradas por ahorros o por donaciones familiares sirvieron para recomponer la realización del uso prescrito.

En los párrafos anteriores fue posible apreciar como los envejecidos expresaron ausencias y malos funcionamientos de tecnologías sanitarias del Programa, cuestión que no les permitió a ellos recibir una terapia efectiva. A su vez, los envejecidos manifestaron expectativas de terapias que les brindaron los usos prescritos. Para hacer efectivas dichas terapias, los envejecidos reemplazaron las ausencias o malos funcionamientos de tecnologías sanitarias con otras tecnologías sanitarias de buen funcionamiento compradas por el ahorro personal o recibidas por donaciones.



## **Usos biomédicos de tecnologías sanitarias de los envejecidos.**

Así como se describía en el marco conceptual, esta investigación consideró que los envejecidos y sus terapias de salud fueron condicionados por paradigmas médicos. Los envejecidos y sus terapias, entonces, fueron descritos como condicionados por dos paradigmas médicos, el de la medicina moderna, que fue descrito en el subapartado anterior, y el de la biomedicina, que fue el paradigma médico en el cual se fijó el presente subapartado.

Estas personas fueron observadas desde categorías que posibilitaron la localización de sus usos de tecnologías sanitarias que se vincularon con procesos de personalización y de formación de una ética sobre el cuerpo, esperando apreciar de ello la influencia del paradigma biomédico en sus prácticas de salud. Estas personas, considerando lo anterior, fueron observadas desde las categorías de 'usos de los cuidados', 'autopersonalizaciones', 'éticas sobre del cuerpo' y 'combinaciones con medicina no sanitaria'.

En los siguientes párrafos se describieron las interpretaciones de lo expresado anteriormente:

### **a. Los envejecidos como receptores de cuidado.**

Los envejecidos fueron asistidos cotidianamente por algún familiar, amigo o vecino que se transformó en su cuidador. En ese contexto de cuidado, los envejecidos muchas veces manifestaron problemas para usar tecnologías sanitarias porque éstas no se ajustaron a sus necesidades o deseos de salud, en esas instancias, los cuidadores se cercioraron que dichas necesidades o deseos fueran resueltos.

Los envejecidos recibieron de sus cuidadores, para resolver sus necesidades o deseos de salud, apoyo y tecnologías sanitarias más personalizadas.

Bajo este contexto, fueron observados los envejecidos desde la categoría 'uso del cuidado'. Lo anterior refirió a que los envejecidos usaron los cuidados que recibieron de familiares y amigos (cuidadores informales) para personalizar sus tecnologías sanitarias.

Los envejecidos manifestaron, desde esta categoría, sus requerimientos de instrumentos de asistencia y medicamentos más personalizados, así como de diagnósticos no tan sentenciosos.

En los siguientes párrafos se explicó con mayor detalle lo descrito:

Los envejecidos fueron receptores de las tecnologías sanitarias y de los apoyos de sus cuidadores. Estas personas mayores, al estar envueltas en este contexto de cuidado,



dejaron que sus cuidadores les proveyeran de tecnologías sanitarias más personalizadas y les apoyaran en sus reclamos a la medicina y al Programa.

Estas personas mayores expresaron receptividad a las decisiones que tomaron los cuidadores informales para conseguirles tecnologías sanitarias acordes a sus particularidades corporales. Los envejecidos describieron a estas tecnologías recibidas como de mejor calidad y que les ayudaron a tratar de mejor manera sus padecimientos y enfermedades.

En los siguientes extractos se pudo visualizar lo anterior:

*“Entrevistador: Imagino que esa que ocupa para el baño es la del consultorio.  
Eugenia: No, otra que mi hija me compró para que me bañara.  
Entrevistador: Tiene 3...  
Eugenia: Sí” (75 años).*

*“Javiera: Sí, cuando me dolía la rodilla. Yo siempre iba donde ella y le contaba de mis dolores y no me daba bola  
(...)  
Y vino un Doctor amigo de la hija (al domicilio de la envejecida) ... Y me pinchó...  
(...)  
Sí, ahora puedo caminar, antes de eso no podía” (75 años).*

*“Entrevistador: ¿Ningún problema de debilidad ni de estabilidad?  
Esposa y cuidadora: A veces un poco inestable.  
(...)  
Roberto: Pero salió buena ésta.  
Esposa y cuidadora de Roberto: Esta la usamos para salir. Me conseguí una y esa sí que es firme. Entonces ese ‘auto’ Roberto lo ocupa para salir...  
Roberto: Y el otro es para estabilidad.  
Esposa y cuidadora de Roberto: Sí, el otro es para estabilidad aquí en la casa.  
Entrevistador: La silla de ruedas estable que no es del Programa la consiguió por... La compró... O...  
Esposa y cuidadora de Roberto: Mi hija la recibió de una profesora que tuvo en la universidad... La mamá de ella falleció y se la pasó.  
Entrevistador: O sea que fue una donación.  
Esposa y cuidadora de Roberto: Claro. Con la condición de que una vez que no la ocupemos se la entreguemos a alguien” (75 años).*

Los envejecidos no pidieron explícitamente tecnologías sanitarias más personalizadas a los cuidadores, aunque en algunos casos fue así, sino que expresaron sus problemas o sus deseos de tecnologías sanitarias en instancias familiares o en conversaciones con



sus cuidadores o a veces en reclamos a todo público que produjeron en los cuidadores la adopción de una posición de responsabilidad en torno a esta necesidad o deseo. No hay que olvidar que los envejecidos fueron cuidados por, mayoritariamente, familiares, amigos o vecinos que se convirtieron en sus cuidadores informales.

En los extractos tales como *'mi hija me compró (una silla) para que me bañara'*, *'Y vino un Doctor amigo de la hija (al domicilio de la envejecida) (...) Sí, ahora puedo caminar, antes de eso no podía'*, *'me conseguí una (silla de ruedas)'* fue posible visualizar a los envejecidos como receptores de tecnologías sanitarias más personalizadas. A su vez, los envejecidos describieron estas tecnologías sanitarias más personalizadas como terapéuticamente efectivas. En relación con lo afirmado, los envejecidos describieron que estas personalizaciones de tecnologías sanitarias conseguidas por sus cuidadores informales tuvieron efectividad terapéutica porque trataron específicamente el problema de salud que presentaron. Esta efectividad terapéutica descrita por los envejecidos fue posible de apreciar con mayor claridad en las expresiones *'para que me bañara'* o *'ese 'auto' lo ocupa Roberto para salir'* donde se mostró el tratamiento específico que se le dio al problema de salud en cuestión, la primera refiriendo al problema en salud que fue poder bañarse y la segunda refiriendo al problema en salud que fue poder salir de su domicilio con una silla firme.

Los envejecidos también recibieron apoyos de sus cuidadores informales. Los envejecidos manifestaron esta receptividad de apoyo de sus cuidadores en reclamos o rechazos que declararon y fueron complementados por los cuidadores

Lo anterior se pudo ver en los siguientes extractos:

*"Entrevistador: Qué fome el atropello que le hacen..."*

*Ema: Si no te digo ayer cuánto estuve mijito por Dios..."*

*Vecina: Con decirte que llegó tarde..."*

*Ema: Uf, sin almuerzo, sin nada ahí..." (93 años).*

*"Ema: [...] Tengo la mente súper buena, me preguntan del año de la muerte de Rey Perico y yo les contesto al tiro.*

*Vecina: Se acuerda de todas las comidas que hace..." (93 años).*

*"(Sobre las compras que hace para curarse por su propia cuenta)*

*Entrevistador: ¿Más la vaselina?*

*Ema: Más la vaselina, que la tengo ahí.*

*Vecina: Compra todo eso" (93 años).*

*"Ema: Son para los dolores. Y tomo otro para la infección... Tomo antibiótico..."*

*Vecina: Toma, estos son.*

*Entrevistador: Ah, la neurobionta y el ibuprofeno." (93 años).*



*“Eugenia: Era para poder salir y todo, pero me dijo que la dejara porque era muy ancha... ‘Déjela para bañarse mejor’ Me dijo... Era muy ancha. Andaba al medio yo y todo para el lado...”*

*Cuidadora: Tenía espacios para el lado” (75 años).*

Las expresiones tales como ‘con decirte que llegó tarde’, ‘compra todo eso’, ‘toma, estos son’, ‘Tenía espacios para el lado’, ‘se acuerda de todas las comidas que hace’ mostraron que los envejecidos al reclamar al Programa recibieron apoyos de sus cuidadores en dichos reclamos. En tanto, los envejecidos, al ser apoyados por sus cuidadores, manifestaron sus requerimientos de tecnologías sanitarias más personalizadas.

A lo largo de los párrafos anteriores fue posible constatar como los envejecidos se transformaron en receptores, a partir de los cuidados que recibieron, de tecnologías sanitarias más personalizadas (No entregadas por el Programa) y de apoyos a sus reclamos sobre mayor personalización a la medicina y al Programa.

#### **b. Auto personalizaciones a las tecnologías sanitarias.**

Los envejecidos usaron prescriptivamente tecnologías sanitarias entregadas por el Programa en su cotidianidad. En dichos usos, los envejecidos rechazaron y criticaron tecnologías sanitarias que no se acondicionaron a sus necesidades personales en salud.

Frente a ello, los envejecidos plantearon distintas estrategias para personalizar sus terapias en salud, las que correspondieron a comprar con ahorros individuales tecnologías sanitarias, recibir tecnologías sanitarias y reutilizar tecnologías sanitarias estándares o genéricas acondicionadas a sus necesidades personales.

Bajo este contexto, los envejecidos fueron observados desde la categoría ‘auto personalizaciones a las tecnologías sanitarias’. Lo anterior quiso decir que los envejecidos fueron observados desde las modificaciones que realizaron a sus tecnologías sanitarias para adecuarlas a sus necesidades y corporalidades personales.

Los envejecidos, a partir de esta categoría, manifestaron los requerimientos y modificaciones que tuvieron y realizaron de y a las tecnologías sanitarias. Desde estos requerimientos y modificaciones, los envejecidos dieron cuenta de diversificaciones de tecnologías sanitarias y multiplicaciones de usos para mejorar sus terapias de salud.

En los siguientes párrafos se describió lo anterior:



Los envejecidos manifestaron rechazo y criticaron a las tecnologías sanitarias del Programa porque éstas no se acondicionaron a sus necesidades corporales. Lo anterior fue posible de ver en:

*“Ricardo: [...] Ese que está en...por dónde queda...Me dejó parado, yo operado, nunca me vio la cara...escribía a puro papel” (77 años).*

*“Ema: Claro, cuando yo me curo quedo mejor, ¿cierto mijita? Quedo mucho mejor.*

*Compro mis cosas, compro mis remedios que diga ella cuánto gasto yo en remedios...*

*(...)*

*Ya me tienen el estómago malo con tanto paracetamol*

*(...)*

*Ema: Son para los dolores. Y tomo otro para la infección... Tomo antibiótico...” (93 años).*

*“Eugenia: No. El Programa me dio una, pero es plástica. Transpira tanto sobre todo en el verano... Así que ocupó más la otra, me la dieron en otro lado. Yo estuve en un hogar y el hogar me postuló para esa silla... Esas son buenas.” (75 años).*

Las pretéritas citas mostraron como los envejecidos manifestaron rechazos a tecnologías sanitarias. En la primera fue posible observar el rechazo de los envejecidos a los diagnósticos basados en la sola revisión de fichas e historiales médicos, en la segunda fue posible observar la compra de medicamentos en rechazo a los medicamentos del Programa y en la tercera fue posible observar el rechazo a instrumentos de asistencia (sillas de ruedas) estandarizadas.

Como lo manifestó el párrafo pasado, los envejecidos mostraron rechazo a tecnologías sanitarias entregadas por el Programa que no eran personalizadas. Para modificar esta falta de personalización, los envejecidos compraron tecnologías sanitarias con ahorros personales y, como se mostró en el subapartado ‘Los envejecidos como receptores de cuidados’, recibieron tecnologías sanitarias de familiares o de redes solidarias que sí se adecuaron a sus particularidades corporales. Lo anterior dio cuenta de, además de un proceso de personalización, una conformación de individualidad donde la construcción del individuo se basó fuertemente en sus sensibilidades, comodidades e ideas sobre la salud, tal como se observó en la búsqueda de una silla que no transpirara tanto o la búsqueda de la exactitud en un diagnóstico que no tomó en consideración su presencia corporal. En ese sentido, los envejecidos manifestaron que, antes que la optimización de los exámenes basados en fichas e historiales médicos, fue más relevante para ellos la revisión presencial de su cuerpo en el lugar de examinación para conseguir un diagnóstico más confiable. Los envejecidos, considerando las anteriores líneas, señalaron



que sus sensibilidades, sus comodidades e ideas sobre la salud hacían parte de la constitución de sus individualidades.

En consonancia con lo anterior, los envejecidos manifestaron personalizaciones de tecnologías sanitarias con relación a sus particularidades corporales que les permitieron diversificar las tecnologías sanitarias que habían sido entregadas por el Programa y, a su vez, diversificar las otras que no eran del Programa. Con lo anterior, los envejecidos pudieron plantear un panorama terapéutico mucho más específico y personalizado para cada problema o necesidad en salud que tuvieran.

Lo referido pudo ser visto en las siguientes citas:

*“Esposa y cuidadora: [...] Entonces ese ‘auto’ Roberto lo ocupa para salir (Se refiere a la silla que indicó Roberto como ‘salió buena ésta’) ...*

*Roberto: Y el otro es para estabilidad (Refiere a un andador).*

*Esposa y cuidadora: Sí, el otro es para estabilidad aquí en la casa.” (75 años).*

*“Ricardo: Esa la usamos aquí en la casa... La otra, la de mi mami cuando salimos...es más... (firme)” (77 años).*

Las expresiones ‘*el otro es para estabilidad (Refiere a un andador)*’, ‘*yo en el baño tengo manilla*’ y ‘*Esa la usamos aquí en la casa (la del consultorio)*’ mostraron como los envejecidos diversificaron las tecnologías sanitarias del Programa ocupándolas para actividades menos riesgosas como el estar en casa o para funciones más simples como el lograr estabilidad en posición erguida. Las razones para ocuparlas en actividades menos riesgosas o más simples correspondieron a que, para los envejecidos, dichas tecnologías tuvieron deficiencias en sus funciones y, frente a esto, decidieron dejarlas para usos específicos en contextos donde pudieran rendir de buena manera, acotando y adecuando sus posibilidades de uso, transformando así las tecnologías deficientes en tecnologías diversificadas.

Hubo otros tipos de diversificaciones que los envejecidos realizaron a las tecnologías sanitarias que no eran del Programa, en estos casos, los envejecidos diversificaron de la siguiente forma:

*“Esposa y cuidadora: Esta la usamos para salir. Me conseguí una y esa sí que es firme. Entonces ese ‘auto’ Roberto lo ocupa para salir (Se refiere a la silla que indicó Roberto como ‘salió buena ésta’) ...*

*Roberto: Y el otro es para estabilidad (Refiere a un andador).” (75 años).*

*“Javiera: [...]*

*Y vino un Doctor amigo de la hija... Y me pinchó...*

*Entrevistador: ¿La pincho por la rodilla, por la pierna?*



*Javiera: Sí. La rodilla.*

*Entrevistador: ¿Sanó, mejoró?*

*Javiera: Sí, ahora puedo caminar, antes de eso no podía. Tenía así, hinchada mi rodilla y no me dejaba estar en ningún lugar tranquila*

*Entrevistador: Qué bueno que su hija tenía un amigo que vino de buena voluntad a verla.*

*Javiera: Buena voluntad. El Doctor... Tiene un nombre esos que atienden a la pura gente mayor..." (75 años).*

*"Cuidadora: Ponte tú, ¿esa subida se la hicieron señora Eugenia?*

*Eugenia: Sí, me la hizo un caballero para que me entrara la silla.*

*(...)*

*Entrevistador: Entonces tiene la tina modificada para que pueda entrar con la silla con su respectivo asiento de lavado.*

*Eugenia: Sí. Yo me baño en una silla de ruedas que la ocupó para sólo bañarme, porque en ese piso que se ve ahí un día me caí. Me vino un mareo y me saqué la mugre así que me baño en la silla.*

*Entrevistador: Imagino que esa que ocupa para el baño es la del consultorio.*

*Eugenia: No, otra que mi hija me compró para que me bañara.*

*Entrevistador: Tiene 3...*

*Eugenia: Sí.*

*Entrevistador: Es una silla de ruedas especial para el baño o es una silla de ruedas que adaptó.*

*Eugenia: No.*

*Cuidadora: La acomodaron parece." (75 años).*

Como fue posible observar, los envejecidos diversificaron con menos preocupación las tecnologías sanitarias que no habían sido entregadas por el Programa en comparación a las entregadas por el Programa. Lo anterior se debió a que los envejecidos manifestaron que estas tecnologías sanitarias no entregadas por el Programa eran mejores que las entregadas por el Programa. En específico, los envejecidos indicaron que estas tecnologías sanitarias eran mejores porque, en el caso de los diagnósticos, significó tener mayor especificidad y personalización en la atención (Visita de médico a su hogar), y, en el caso de los instrumentos de asistencia, significó poder estar más firmes y estables en actividades fuera de sus casas.

Considerando ambos tipos de diversificaciones, los envejecidos, en las expresiones tales como 'lo ocupa para salir', 'Sí, ahora puedo caminar', 'para que pueda entrar con la silla con su respectivo asiento de lavado', 'que la ocupo para sólo bañarme' mostraron como estas diversificaciones de tecnologías terminaron multiplicando los usos prescritos.

Los envejecidos, al diversificar con relación a sus particularidades corporales, realizando con ello el proceso de auto personalización, demostraron manejar conocimiento sobre los



usos prescritos de las tecnologías sanitarias. Este manejo de conocimiento para diversificar hizo posible múltiples formas de practicar sus terapias.

Estas diversificaciones también mostraron los conocimientos adquiridos por envejecidos para personalizar tecnologías sanitarias. Los envejecidos mostraron estos conocimientos en el extracto siguiente sobre la silla de ruedas para el baño *'porque en ese piso que se ve ahí un día me caí. Me vino un mareo y me saqué la mugre así que me baño en la silla'*. En el extracto recién expuesto se pudo observar como los envejecidos identificaron peligros, oportunidades y mediaciones de tecnologías sanitarias personalizadas que, en otras palabras, correspondieron a observaciones en torno a experiencias en el uso de la tecnología sanitaria. Los envejecidos, al manifestar estas observaciones, demostraron producir conocimientos sobre el uso de tecnologías sanitarias, ya que, a partir de experiencias, reflexionaron y decidieron sobre sus terapias. Lo anterior permitió observar a los envejecidos realizar sus terapias con tecnologías sanitarias diversificadas.

Los medicamentos también fueron diversificados por los envejecidos. Los envejecidos, en estos casos, usaron nombres específicos de medicamentos que permitieron diversificarlos y, seguidamente, multiplicar las funcionalidades que tenían.

Lo anterior se pudo apreciar en las siguientes citas:

*"Javiera: (Sobre el médico geriatra que la trató de manera privada por gestión de su hija) El Doctor... Tiene un nombre esos que atienden a la pura gente mayor" (75 años).*

*"Ema: ¿Cómo se llaman? ... Ahí, en el velador están, muéstraselos por favor, son 3 cajitas que tomo yo.*

*Entrevistador: ¿Y para qué son?*

*Ema: Son para los dolores. Y tomo otro para la infección... Tomo antibiótico...*

*Vecina: Toma, estos son.*

*Entrevistador: Ah, la neurobionta y el ibuprofeno.*

*Ema: El otro azul es para la alergia.*

*Entrevistador: Este le hace súper bien, este es un golpe vitamínico importante.*

*Ema: Sí. Muéstrale el de la alergia.*

*Entrevistador: ¿Y esta alergia es también para su pierna?*

*Ema: Claro, es que me ha dado mucha comezón. Todo esos los compro yo porque a mí allá no me lo dan... Compro vaselina, todas esas cosas las compro yo.*

*Entrevistador: Esto es Cobefen, que tiene Betametasona y Dexclorfeniramina Meleato..." (93 años).*

Las expresiones *'tiene de esos nombres que atienden a la pura gente mayor'*, *'tomo otro para la infección... Tomo antibiótico'*, *'la neurobionta y el ibuprofeno'*, *'este es un golpe*



*vitamínico importante*, *'El otro azul es para la alergia'* y *'Dexclorfeniramina Meleato'* fueron muestra de que los envejecidos diversificaron los medicamentos, ya que al aprehender el nombre y la función específica del medicamento pudieron correlacionar qué medicamento servía para el problema de salud padecido. Además, los envejecidos, con lo anterior, delimitaron el problema específico a resolver, alergia (dexclorfeniramina maleato), nutrición, infección, antiinflamatorio (ibuprofeno), para tratarlo terapéuticamente y no sólo tratar el dolor como lo pudo haber hecho una tecnología sanitaria con características de la medicina moderna.

Además, los envejecidos mostraron una clara intención optimizadora al diversificar sus tecnologías sanitarias. Esta intención diversificadora consistió en tomar tanto las tecnologías entregadas por el Programa como las no entregadas por éste y buscar un orden que les permitiera suplir todos sus requerimientos particulares de salud. A partir de esta optimización, los envejecidos asignaron nuevas funciones a las tecnologías, lo que terminó por diversificar a éstas y multiplicar sus usos.

En los casos en que las familias o los mismos envejecidos compraron tecnologías sanitarias, fue cuando aparecieron las farmacéuticas y empresas de ortopedia.

Los envejecidos manifestaron sus vínculos con las farmacéuticas bajo el criterio de un 'yo' utilitario, que buscó ser activo, que buscó mejorarse y que construyó su individualidad por sensibilidades, comodidades e ideas sobre su salud, más que por inducción a compras innecesarias o fomentación de un yo narciso. En ese sentido, fue posible decir que los envejecidos se vieron influenciados por los valores de lo activo y lo individual de las farmacéuticas.

Sobre si las farmacéuticas lograron o no convencer con sus promesas de productos con efectos beneficiosos a los envejecidos, se dio a entender que sí consiguieron convencerlos. De todas formas, los envejecidos indicaron que este convencimiento no se basó en una inducción a compras innecesarias o fomentación de un yo activo, narciso y trivial, sino que se dio por el ofrecimiento de diagnósticos, instrumentos de asistencia y medicamentos que eran útiles y que mejoraban la terapia, vale decir, los envejecidos fueron convencidos por las farmacéuticas con criterios de utilidad, individualidad y de optimización.

Los anteriores párrafos dieron cuenta de las autopersonalizaciones que realizaron los envejecidos a las tecnologías sanitarias. Los envejecidos manifestaron estas autopersonalizaciones en la diversificación de tecnologías sanitarias y la multiplicación de usos para cubrir sus necesidades particulares de salud. Lo anterior permitió que los envejecidos manifestaran pretensiones de individualidad al comprar ellos sus tecnologías sanitarias personalizadas. A su vez, los envejecidos expresaron que la tecnología sanitaria que habían conseguido fue obtenida a partir de sus ahorros y de donaciones de redes solidarias. Frente a la aparición de las farmacéuticas y empresas de ortopedia, los



envejecidos no se mostraron narcisos ni con compras banales, sino que más bien utilitarios, individuales y optimizadores de sus recursos y salud.

### **c. Éticas de los envejecidos sobre su cuerpo.**

Los envejecidos, tras las idas al médico o la serie de visitas del equipo de salud a sus hogares, usaron a las tecnologías sanitarias de una forma peculiar. Los envejecidos usaron a las características y nombres de las tecnologías sanitarias como conceptos y elementos con los cuales pudieron explicar sus experiencias de vida, así como definir y prever el futuro de sus vidas.

Los envejecidos, al considerar a las características y nombres de las tecnologías sanitarias como conceptos y elementos para explicar sus vidas, también demostraron confiar en el conocimiento médico porque en él veían la esperanza de poder recobrar su funcionalidad y autonomía.

Bajo este contexto, los envejecidos fueron observados desde la categoría 'éticas de los envejecidos sobre su cuerpo'. Lo anterior refirió a que los envejecidos fueron observados desde los enunciados verbales y gestuales que hicieron sobre sus experiencias corporales y de vida.

Los envejecidos manifestaron, desde esta categoría, sus requerimientos de tecnologías sanitarias y sus valoraciones sobre los usos prescritos. A partir de estas manifestaciones, los envejecidos expresaron valores que regían sus comportamientos. Estas personas mayores indicaron que estos valores estuvieron basados en el conocimiento experto de los médicos que fue considerado por ellas como confiable.

En los siguientes párrafos se describió lo anteriormente señalado:

Los envejecidos de la cuarta edad usaron a los diagnósticos, los instrumentos de asistencia y los medicamentos como conceptos y elementos centrales de las explicaciones sobre sus vidas.

En el extracto expuesto a continuación fue posible observar cómo los envejecidos usaron a los diagnósticos, los medicamentos e instrumentos de asistencia en sus explicaciones:

*“Entrevistador: Le puede parecer una pregunta obvia, pero es importante por su opinión, ¿cómo se concibe sin su medicamento o silla de ruedas? ¿Cómo se ve sin ellos?”*

*Eugenia: Yo no... Sin medicamento estaría con la presión en las nubes y la diabetes...*

*Entrevistador: Lo mismo sin la silla de ruedas...*



*Eugenia: Si no tengo la silla de ruedas, ¿cómo me voy a levantar? Y cuando yo la tengo y la manejo, me voy para afuera y estoy mirando para afuera así y puedo salir...” (75 años).*

En la cita recién expuesta, la envejecida posicionó al medicamento y al instrumento de asistencia como lo central en su terapia e, inclusive, como la condición para poder rehabilitarse, con lo cual podría volver a recuperar su funcionalidad y su autonomía. Además, la envejecida manifestó que ella tenía ‘presiones’ y ‘azúcares’ (*‘diabetes’*), por lo tanto, fue posible suponer que el lugar donde tenía dichos elementos era en su cuerpo. En ese sentido, la envejecida demostró entender que su cuerpo estaba compuesto de ‘presión y de azúcares’, las que podrían estar altas como podrían estar bajas. Esta persona mencionó que sin el medicamento, su presión y sus azúcares (su diabetes), ‘subirían’, con lo cual dio a entender que su cuerpo y su salud pasarían a estar malas. Por otro lado, la envejecida mencionó que la silla de ruedas le podría permitir salir, o sea que expresó que la silla de ruedas le permitiría a su cuerpo hacer funciones y actividades que de no tenerla no podría realizar.

Lo anterior mostró como los envejecidos creyeron en las explicaciones de los médicos sobre sus enfermedades y padecimientos. Los envejecidos mostraron esta credibilidad en el valor de verdad que le dieron a las relaciones que hicieron entre su cuerpo y los términos de los médicos tales como *‘presión’*, así como en los resultados de rehabilitación y/o mejoramiento de enfermedades que consiguieron al realizar las prescripciones. Fue importante aclarar que los envejecidos no creyeron de manera súbita lo expresado anteriormente, sino que confiaron en que los saberes de la medicina y las tecnologías podrían mejorar sus padecimientos y enfermedades después de un largo proceso de demostrabilidad (*‘Si no tengo la silla de ruedas, ¿cómo me voy a levantar?’*).

Continuando con los diagnósticos y medicamentos, los envejecidos manifestaron una forma peculiar de usarlos para explicar su vida. En esos casos, los envejecidos acogieron marcadores físicos que eran entregados por las prescripciones de usos de los diagnósticos y los medicamentos. Los envejecidos avalaron dichos marcadores físicos sobre sus enfermedades o padecimientos porque tenían la esperanza que dichos marcadores pudieran ayudarles a comprender y manejar mejor sus padecimientos y enfermedades. Los envejecidos, a partir de estos marcadores físicos, creyeron en las predisposiciones enunciadas por los diagnósticos y medicamentos y las integraron como propias.

Lo anterior fue posible de observar en las siguientes citas:

*‘Javiera: No, cuando la doctora Izquierdo me descubrió el párkinson, ella me vio y me dijo al tiro ‘El párkinson es degenerativo, cada día será peor’ Al tiro, así qué iba hacer, confórmame no más... Así que haga la Terapia que haga voy a quedar igual...’ (75 años).*



*“Ricardo: ‘Está bien’ dicen y qué les voy a decir yo, por algo estoy postrado...*

*Queda poca lucha, porque estoy cansado, estoy para la cagada. Lo bueno es que puedo comer sólo con babero como las guaguas porque ando babeando. No comer la comida sería mucho.*

*Ahí les digo que no quiero más” (77 años).*

*“Manuel: [...] De repente me dice ‘Don Manuel, ¿usted no ha tenido ningún sangramiento?’ Es como que a usted lo bajonean... Usted está gastando tanta plata para comprar un medicamento que tiene que comprar todos los meses, yo lo tengo que tomar de por vida el nositrol [...] Puedo dejar cualquier cosa aparte, pero esas pastillas por ningún motivo. Puedo dejar la aspirina y el losartan, no importan, pero el nositrol a las 5 de la tarde” (75 años).*

*“Ignacia: Es difícil porque a mi edad me voy deteriorando...” (92 años).*

En los extractos ‘me dijo al tiro ‘El párkinson es degenerativo, cada día será peor’ [...]... Así que haga la terapia que haga voy a quedar igual...’, ‘De repente me dice ‘don Manuel, ¿usted no ha tenido ningún sangramiento?’ Es como que a usted lo bajonean’, ‘Es difícil porque a mi edad me voy deteriorando...’, fue posible observar a los envejecidos de la cuarta edad como creyentes de las predisposiciones sobre su cuerpo y de los dictámenes, nacidos de dichas predisposiciones, a sus padecimientos. Lo anterior dio cuenta de que los envejecidos consideraron estas predisposiciones como ciertas y útiles para poder saber sobre su futuro.

Considerando lo anterior, los envejecidos, al manifestar credibilidad en las predisposiciones, expresaron realizar prevenciones basadas en el ‘cuidarse’ y el ‘sentirse bien’. Los envejecidos indicaron que estas prevenciones las realizaron a partir de ideas o conceptos señalados en las prescripciones de usos:

*“Nadia: Pero me sentí mal y lo más que le dicen a uno que tiene que cuidarse, no las cosas gordas y todas esas cuestiones dulces y qué sé yo. Me dieron una hoja con las cosas que no tenía que comer y eso lo cumplo” (77 años).*

*“Eloísa: No, con mucho aporte de mis hijos. Por ejemplo, cuando no me daban un remedio para, que a veces lo dan y otras no, para la fibromialgia o para la polineuropatía diabética que me duelen muchos los nervios y a veces no duermo” (85 años).*

*“Manuel: y tengo que cuidarme de no comer mucha cosa verde. Es como una dieta.” (75 años).*



Las expresiones ‘*cosas gordas*’, ‘*cuestiones dulces*’, ‘*cosas que no tenía que comer*’, ‘*fibromialgia*’ y ‘*polineuropatía diabética*’ fueron utilizadas por los envejecidos de una forma peculiar. Para ellos, estas expresiones terminaron siendo límites entre un mal estado de salud, ejemplificado en la expresión ‘*quedo como trapo igual*’, y el estar bien.

Estas personas mayores también manifestaron comportamientos sobre su cuerpo que fueron posibilitados por los usos de tecnologías sanitarias. Los comportamientos que manifestaron estas personas se basaron en la creencia al carácter predictivo y controlador del saber médico. Dado lo anterior, estas personas manifestaron comportamientos compuestos de indecisiones sobre su situación de salud actual y conformidades sobre la vida.

En el siguiente extracto fue posible observar al envejecido con manifestaciones de comportamientos indecisos sobre su situación actual:

*“Manuel: Claro, porque le digo a mi vieja ‘estoy bien’, pero un día más o media hora más puedo estar crítico. Incluso puedo ir mañana donde la doctora y me dice que estoy perfecto, todos los meses he estado igual” (75 años).*

En el extracto fue posible apreciar como la expresión ‘*estoy bien*’ se transformó en un estado que se esperó conseguir, pero que estuvo motivado por la predicción del médico que especuló sobre lo fortuito de su estado (‘*pero un día más o media hora más puedo estar crítico*’). A partir de lo anterior, el envejecido pasó a un estado constante de alerta e intranquilidad que lo llevó a presentar indecisiones sobre cómo definir su estado de salud.

Estas personas mayores presentaron otro comportamiento con respecto a la predictibilidad de la medicina, el cual tuvo características de conformidad.

*‘Javiera: [...] ella me vio y me dijo al tiro ‘El párkinson es degenerativo, cada día será peor’ Al tiro, así qué iba hacer, confórmame no más...’ (75 años).*

Fue posible apreciar del extracto anterior que los envejecidos, frente a la predictibilidad de la medicina, decidieron conformarse y otorgarle veracidad a ésta.

Estos comportamientos, constituidos por los párrafos anteriores, permitieron mostrar que estas personas mayores mantuvieron credibilidad a las tecnologías sanitarias y sus usos prescritos. Además, considerando los primeros párrafos, fue posible observar que estas personas manifestaron comportamientos y formas de explicar su vida que estuvieron basados en predisposiciones y prevenciones sobre su cuerpo. A partir de ello, fue posible afirmar que estas personas configuraron éticas sobre sus cuerpos o explicaron y mostraron su vida desde las predisposiciones y prevenciones transmitidas por los usos prescritos.



A lo largo de los párrafos anteriores fue posible observar como los envejecidos produjeron éticas sobre su cuerpo y su vida a partir de las predisposiciones y prevenciones que traían consigo las tecnologías sanitarias. Con lo anterior, fue posible apreciar no solamente a los envejecidos conformando éticas sobre sus cuerpos por influencia de las predisposiciones y las prevenciones, sino que también el nivel de credibilidad que mantuvieron éstos al saber médico.

#### **d. Combinaciones de tecnologías sanitarias con medicina no sanitaria.**

Los envejecidos de esta investigación fueron sujetos que vivieron sus juventudes y aduleces en décadas de importantes cambios en el país. Ellos fueron testigos de los cambios constitucionales de la nación, así como de los cambios de políticas del Estado en materia de salud, tales como el proceso de higienización durante la primera parte del siglo XX (Fuster y Moscoso-Flores, 2012), la privatización de la Salud Pública durante la dictadura (Bass, 2012) o el enfoque comunitario de la actual Salud Pública (Subsecretaría de Salud Pública, 2014), por nombrar algunos.

En ese sentido, estas personas mayores, a lo largo de las entrevistas y observaciones, demostraron continuar con tradiciones medicinales de décadas pasadas, tales como el consumo de infusiones herbales o la creencia en '*espíritus*' que curan enfermedades. Sin desmedro de lo anterior, estas personas también demostraron integrar a sus prácticas de salud objetos o tecnologías no sanitarias, así como también integrar a sus terapias prácticas del tipo comunitario para complementar su rehabilitación.

Bajo ese contexto, estas personas fueron observadas desde la categoría 'combinación con medicina no sanitaria'. Lo anterior refirió a que estas personas fueron observadas, en un primer momento, desde las combinaciones que hicieron de tecnologías sanitarias con objetos médicos provenientes de otras culturas, pero más tarde, fueron estas mismas quienes manifestaron no solamente usar objetos médicos de otras culturas, sino que incluir objetos no sanitarios de su misma cultura para tratar enfermedades o padecimientos. Los envejecidos, considerando lo anterior, fueron observados desde las combinaciones que hicieron de sus tecnologías sanitarias con otros objetos no sanitarios para tratar sus enfermedades o padecimientos.

Los envejecidos, a partir de esta categoría, manifestaron sus requerimientos de tecnologías sanitarias, sus valoraciones a los usos prescritos y sus modificaciones a dichos usos. Estas personas expresaron usar insumos de cuidados, remedios naturales, hierbas, infusiones, terapia comunitaria y medicina no sanitaria impartida por '*espíritus*' para complementar el tratamiento prescrito por el Programa.

Los envejecidos, con lo anterior, demostraron usar medicina no sanitaria para personalizar sus terapias.



En los siguientes párrafos se esperó fundamentar lo anteriormente señalado:

Los envejecidos de la cuarta edad usaron las tecnologías sanitarias del Programa y las combinaron con: insumos de cuidados domiciliarios, actividades sociales terapéuticas y medicina no sanitaria para mejorar el tratamiento de sus enfermedades y/o padecimientos.

Los envejecidos describieron los insumos de cuidados domiciliarios como muy necesarios para llevar a cabo personalizaciones a su cuidado, además indicaron que éstos les otorgaron mejoras a sus terapias. Los envejecidos describieron a los insumos con funciones específicas tales como cremas 'secantes', 'humectantes', gel 'alginato' o venda 'elástica'. Los envejecidos también indicaron que los insumos no los entregó el Programa debido a sus costos.

En los casos de insumos de cuidados domiciliarios (cremas, lociones, gasas, entre otros), infusión de hierbas y remedios naturales, los envejecidos los compraron a empresas especializadas, entre ellas las farmacéuticas o negocios que ofrecieron estos productos. Los envejecidos manifestaron ser convencidos por las promesas de las farmacéuticas de mejorar sus terapias.

Lo expresado en los dos anteriores párrafos fue apreciado en las siguientes citas:

*“Entrevistador: En total la vaselina le salen 30 mil pesos más o menos...”*

*Ema: Claro, si son caros, son remedios caros. Que yo tengo que saber tener, una crema que me echo yo de una cajita así que es muy secante es muy buena. Ahí (consultorio) no me echan...” (93 años).*

*“Entrevistador: Ah, y otros instrumentos como la vaselina, la venda elástica...”*

*Ema: Las compro, porque en el consultorio no me las dan. Antes daban, pero ya no las dan, porque como son caras las compran los mismos pacientes...Tengo unas de vendas por ahí” (93 años).*

Los envejecidos manifestaron reunirse con pares o participar en actividades grupales y de ejercitación para poder mejorar y complementar el efecto terapéutico de sus usos de tecnologías sanitarias. Lo anterior indicó que estas personas usaron actividades sociales como terapia.

Lo anterior fue observado en las siguientes citas:

*“Pablo: No... Ese que queda allá, pero es gerontológico (Se refiere a un centro social para el adulto mayor vespertino). El año pasado nos hicieron gimnasia y este año ya empezamos el martes de la otra semana y el jueves no fui nada*



*porque dijo la señorita si llovía no va a haber. Estuve toda la noche viendo el clima y me dolía la cintura así que al final no fui. El martes fui, pero lo pasamos rebien. Hicimos harta gimnasia, así que tenemos martes y jueves.” (93 años).*

*“Nadia: Sí, es como un centro comunitario donde nos juntamos todos... Nos juntamos a tocar guitarra, a veces a cocinar, a tomar once [...] Esas cosas te hacen sentir bien, es bueno compartir con otros” (77 años).*

Los envejecidos indicaron que las actividades sociales terapéuticas fueron posibilitadas gratuitamente por municipalidades.

Estas personas mayores también combinaron las tecnologías sanitarias con objetos de medicina no sanitaria. Los envejecidos manifestaron dos tipos de objetos no sanitarios con los cuales combinaron sus tecnologías: a) hierbas y remedios de conocimiento popular y b) ‘espíritus’ de ‘monjes brasileños’.

Estas personas mayores usaron hierbas y remedios de conocimiento popular para complementar los efectos terapéuticos de las tecnologías sanitarias. Estas personas expresaron que sus confianzas en las hierbas y remedios de conocimiento popular se debieron a que éstos se basaron en un conocimiento tradicional usado durante décadas por sus familias y que, por tanto, ellos habían interiorizado y practicado por años. Lo anterior se pudo apreciar en el siguiente extracto:

*“Manuel: La cápsula (De pepa de zapallo), sí y me he sentido rebien con esa cuestión”  
(75 años).*

*“Entrevistador: ¿Y usted siente algún efecto con las hierbas?  
Gabriela: Es que una sabe que ayudan, de toda la vida...” (87 años).*

En la primera cita recién expuesta fue mostrado como los envejecidos manifestaron los efectos de estas hierbas y remedios que cotidianamente iban complementando a los usos de tecnologías sanitarias. En la segunda cita fue posible visualizar como los envejecidos legitimaron a las hierbas y los remedios con el conocimiento tradicional de sus familias, lo que se pudo observar en la expresión ‘Es que una sabe que ayudan, de toda la vida’.

Estas personas mayores usaron medicina no sanitaria en su expresión de hierbas y remedios en modalidad de jarabes, hojas, tallos y semillas.

Estas personas manifestaron otra medicina no sanitaria que expresaron como ‘espíritus’ provenientes de ‘monjes brasileños’. Durante las visitas y entrevistas, estas personas mayores contaron sus experiencias personales con la terapia ofrecida por los ‘monjes



*brasileños* que, según ellas, enviaban sus *'espíritus'* para sanar o mejorar sus cuerpos. En los siguientes párrafos se describió como estas personas manifestaron tres tipos distintos de usos de la medicina no sanitaria de *'espíritus'*.

Los envejecidos, en un primer tipo de uso, demostraron buscar medicina no sanitaria que pudiera mejorar sus problemas de salud o los que podrían llegar a tener por su vejez. Asimismo, no solamente buscaron resolver sus problemas de salud, sino que buscaron también resolver sus problemas con el tradicional rol que ocuparon en sus familias, por ejemplo, ser el padre y proveedor de la familia o ser una mujer con independencia económica respecto a la familia.

Visita n°1 Manuel, 75 años.

<i>Contexto</i>	<i>Anotaciones del investigador</i>
<i>Al finalizar de la entrevista me cuenta de su búsqueda a la terapia ofrecida por monjes brasileños.</i>	<i>Me cuenta de un amigo suyo que contactó con los 'monjes brasileños'. Busca durante un rato la nota donde dejó la dirección para mandar la carta a los 'monjes'. No la encuentra, pero me indica que su hija hará la carta para preguntarles si lo pueden atender. Seguido de lo anterior, me explica la forma para contactarse con ellos. Me indica que hay que mandarles una carta a la dirección que no encuentra y los 'monjes' en un plazo de 20 días responden si lo atenderán o no. En caso de que lo atiendan, los 'monjes' le darán las indicaciones que debe seguir para recibir la terapia solicitada. Me cuenta que parte de las indicaciones que dan los 'monjes' son tener una jarra de vidrio en el velador, estar vestido de ropa blanca al acostarse, así como tener una sábana blanca sobre la cama y hacer unas oraciones que ellos indican antes de acostarse.</i>

Siguiendo con este primer tipo de uso, cuando consiguieron recibir la terapia de los monjes brasileños, los envejecidos sólo la usaron por un tiempo, ya que indicaron que tras un acontecimiento terapéutico particular, la terapia dejó de tener los resultados esperados o expresaron que ellos mismos no fueron lo suficientemente constantes para seguir con el tratamiento.



En el siguiente extracto se puede visualizar lo anterior:

Visita n°1 Gabriela, 87 años.

<i>Contexto</i>	<i>Anotaciones del investigador</i>
<i>Me muestra su jardín de hierbas medicinales y árboles frutales.</i>	<i>Continúa contándome sobre su experiencia con los 'monjes brasileños'. Todo partió por una operación de joven cuando le extirparon los ovarios. Durante décadas indicó que esta extirpación le produjo dolores internos por la zona de la pelvis, pero que los médicos nunca le encontraron algo que tratar. Una amiga del trabajo le contó sobre los 'monjes'. Esta amiga le indicó también el contacto con ellos. Tras ello fue atendida por dichos 'monjes', quitándole los dolores que había tenido por años. Después de eso no siguió haciendo los tratamientos de los 'monjes'. Indicó que por 'dejada' no los continuó haciendo.</i>

Estas personas mayores también presentaron otro tipo de uso a la medicina sanitaria de 'monjes brasileños'. En este otro tipo de uso, estas personas buscaron calmar dolores que no conseguían calmar las tecnologías sanitarias. Estas personas, cuando refirieron a este tipo de medicina, manifestaron como sensibilidad principal su cuerpo, siendo éste el receptáculo de los dolores que esperaron calmar. Lo anterior fue posible de visualizar en el siguiente extracto:

*“Entrevistador: Así que los 'monjes' le calmaron el dolor...sorprendente y muy interesante...*

*Eugenia: Sí, uno no puede decir mucho de ello porque es secreto, ellos te lo piden, pero me calmaron, pero ya de eso muchos años... Ahora volvieron los dolores y pucha que duelen como antaño, no me dejan moverme y ya no tengo la dirección para enviar la carta...” (75 años).*

Los envejecidos mostraron un tercer tipo de medicina no sanitaria impartida por 'monjes brasileños'. En este tercer tipo de uso, los envejecidos se mostraron como predispuestos a morir y, debido a la voluntad de sus familiares, lograron conseguir la atención de los 'espíritus' de los 'monjes brasileños'. Lo anterior fue posible de ver en el siguiente extracto:

*“Esposa y cuidadora: Ah, yo lo hice lo de los monjes brasileros.*



*Rodolfo: Sí, sí, sí.*

*Esposa y cuidadora: Lo hice con el derrame cerebral.*

*Entrevistador: ¿Funcionó?*

*Esposa y cuidadora: Sí*

*Entrevistador: Por eso le preguntaba al respecto como forma de...*

*Esposa y cuidadora: Sabes que es una experiencia que tiene que vivirla para creerla, es como las cartas...*

*Rodolfo: Ver primero.*

*Esposa y cuidadora: Pero tiene que vivir la experiencia para poder decir 'Lo hice y la verdad es que no me resultó o no me gustó'*

*Entrevistador: Qué raro, lo de los monjes...*

*Esposa y cuidadora: Sí, se escuchan ruidos, al otro día tú ves hematomas que la persona está en mucho dolor en zonas donde tú sabes la persona no tiene nada.*

*Rodolfo: Fueron 2 días en los que no supe nada de nada de la vida. Ahí fue cuando me dijo la Cheri cuando estaba en la UTI... Lo único que ese caballero de arriba me vio.*

*Entrevistador: O sea que también tiene el apoyo de Dios...*

*Esposa y cuidadora: Sí, somos católicos.*

*Rodolfo: Yo a él lo vi me tomó y me llevó a una casa...*

*Esposa y cuidadora: La experiencia te la voy a explicar. Le hicimos esa operación con los monjes y él estaba el Hospital...*

*Esposa y cuidadora: La cosa es que él estaba en el UTI e hicimos esa experiencia. Él lo único que recuerda es que inconsciente estaba en un lago...*

*Rodolfo: Yo estaba acostado en el pastito, pero estaba con fiebre parece. Mire hacia arriba y estaba el jefe y él me tomó y me llevó a la casa que estaba al lado y ahí me acostó. Hasta allí.*

*Esposa y cuidadora: Esa experiencia nos dijo después. Eso fue paralelo al tratamiento de los monjes" (75 años).*

Los envejecidos y sus cuidadores expresaron, en el extracto anterior, prácticas de salud que combinaron diagnósticos y terapia de '*monjes brasileños*', pero fue esta última la que dio la posibilidad de tratar o solucionar problemas que los diagnósticos y el tratamiento de la medicina alopática no pudo resolver. Fue posible observar en lo anterior que los envejecidos pudieron tratar sus problemas urgentes de salud con la medicina no sanitaria de los '*monjes brasileños*'.

Estas personas, en los párrafos anteriores, demostraron la eficacia de esta medicina no sanitaria de '*espíritus*' en situaciones de salud específicas que la medicina y el Programa no pudieron solucionar. Estas personas manifestaron que la eficacia que demostró esta medicina no sanitaria logró convencerlos.



Una cuestión para considerar de esta manifestación de medicina no sanitaria fue la forma en que los envejecidos la consiguieron. Los envejecidos para acceder a esta medicina no sanitaria de '*espíritus*' no la compraron en las farmacéuticas ni tampoco la recibieron de algún Programa o de algún representante del Estado, sino que la consiguieron a partir de un proceso que involucró a '*monjes brasileños*' y mediadores religiosos. Los envejecidos tuvieron dos formas para la consecución de esta medicina: a) enviando una carta a los propios '*monjes*' donde se expresó el padecimiento y la terapia necesitada, la cual era respondida con una carta confirmatoria de la realización de dicha terapia por parte de los '*monjes*'; y b) asistiendo a una consulta de un mediador católico que por un valor de 7.000 pesos chilenos (aproximadamente) se comunicaba con dichos '*monjes*' para tratar la terapia necesitada.

Fue interesante considerar lo anterior porque mostró que los envejecidos usaron una medicina distinta a las ocupadas por el Programa o el mercado. Los envejecidos mostraron que esta medicina no sanitaria tenía una organización y una argumentación distintas a las de la medicina del Programa. Los envejecidos expresaron que esta medicina no sanitaria basó sus estrategias de convencimiento en creencias religiosas, fe, '*espíritus*', '*monjes*' y no en procesos de demostrabilidad secular científica (médica moderna o biomédica).

En síntesis, se visualizó en este apartado que existió una clara intención de envejecidos por mejorar su salud personalizando sus tecnologías sanitarias con insumos de cuidados, actividades sociales terapéuticas y medicina no sanitaria. Los envejecidos también mostraron que de estas tres formas de personalización recién descritas, la medicina no sanitaria impartida por '*espíritus*' destacó por su lejanía argumentativa a la medicina del Programa. Los envejecidos demostraron que esta medicina no sanitaria de '*espíritus*' los logró convencer de su eficacia en situaciones que las tecnologías sanitarias del Programa no tenían soluciones o no presentaban tratamientos.

## **VII. Reflexiones en torno a los usos de tecnologías sanitarias.**

Los envejecidos, según lo expresado en el apartado anterior, requirieron, valoraron y modificaron prescripciones de usos de tecnologías sanitarias. De estas prescripciones de usos, los envejecidos dieron cuenta de aspectos de mayor profundidad que pretendieron ser descritos en los siguientes párrafos:

Estas personas mayores mencionaron que una importante parte de las tecnologías sanitarias del Programa les produjeron problemas en sus terapias porque les ocasionaron dolores o daños corporales, no funcionaron como lo esperaron o no fueron cómodas ni personalizadas para ellas. Frente a ello, estas personas requirieron tecnologías sanitarias que no presentarán los problemas ya mencionados.



Estos requerimientos de los envejecidos en sus terapias fueron resueltos por ellos con tres tipos de estrategias: con la compra de tecnologías sanitarias; con la recepción de donaciones provenientes de sus familias o redes solidarias de tecnologías sanitarias; y con la adaptación de tecnologías sanitarias para usos que ellos configuraron según sus particularidades corporales. Los envejecidos describieron que estos tres tipos de estrategias les permitieron conseguir tecnologías sanitarias que nos les causaron daños corporales y cumplieron con sus expectativas de terapias.

Los envejecidos indicaron que a pesar de tener problemas en sus terapias con tecnologías sanitarias entregadas por el Programa, formularon otras estrategias para realizar los usos prescritos. Los envejecidos criticaron y rechazaron los problemas de las tecnologías sanitarias en sus terapias, pero guiaron su búsqueda por conseguir una terapia más acorde a sus intereses según los usos prescritos que les entregó el equipo de salud del Programa.

Se pudo distinguir de lo anterior que los envejecidos manifestaron distinguir entre uso prescrito y Programa Nacional de Salud del Adulto Mayor. Los envejecidos criticaron y rechazaron a las tecnologías sanitarias que produjeron problemas en sus terapias, pero en pocos casos mostraron rechazos a los usos prescritos y, de hecho, los avalaron con la búsqueda de otras tecnologías sanitarias que les permitieron realizar la prescripción de tratamiento a cabalidad.

Estas personas mayores valoraron también de forma distinta entre uso prescrito y Programa, el primero, según lo expresado en los Resultados, fue considerado como un objeto o forma de realizar terapia a sus enfermedades o padecimientos, mientras que el segundo fue considerado como un agente polémico, ya que a veces falló con la entrega de tecnologías, esperó someterlas antes que tratarlas terapéuticamente, etc. Estas personas mayores rechazaron la actitud de sometimiento que relacionaron con el Programa y consideraron al uso prescrito como un objeto que ellas pudieron manipular e inclusive modificar.

En consonancia con lo expuesto, los envejecidos presentaron una constante mención a la muerte, a lo fatal y a la '*deriva*' después de la adultez. Manifestaron esta idea de muerte como un hecho innegable que estarían próximos a vivirlo. Por mencionar algunos ejemplos, los envejecidos ocuparon palabras y conceptos de la medicina que refirieron a la muerte o la cercanía a ésta como un límite relevante para los tratamientos médicos, también ocuparon a los diagnósticos degenerativos de la medicina como guía para realizar acciones preventivas sobre su salud y decidir sobre su vida, entre otros.

Estas personas mayores, a su vez, enunciaron entender constantemente sus procesos de salud estableciendo 'inicios' y 'finales' en ellos. Lo anterior refirió a que estas personas dieron cuenta de entender sus padecimientos, por ejemplo, desde una enfermedad como '*la septicemia*', que vino a ser 'el inicio' o la causa, y desde el efecto de dicha enfermedad,



que vino a ser 'el final' o la consecuencia '*hago infecciones urinarias muy seguido*'. En esa misma línea, estas personas también consideraron a los diagnósticos degenerativos como el inicio de un proceso que finalizaría con el deterioro de sus cuerpos o simple y llanamente con sus muertes. También estas personas mencionaron usar tecnologías sanitarias que se ajustaron a sus sensibilidades y comodidades personales, esperando de ello conseguir una mejoría de salud, de lo cual fue posible desprender que ordenaron la enunciación del proceso de salud recién mencionado desde un 'inicio', como lo fue la entrega del uso prescrito, con un 'final' que correspondió a la obtención de una terapia con la que estuvieron más conformes.

Fue interesante considerar lo expresado en los dos párrafos pasados porque los envejecidos situaron a la muerte como un hecho que les permitió articular sus comportamientos para su presente y futuro. Esto se relacionó con lo expresado por Foucault (2001) en torno a la composición del discurso médico en la Modernidad y la importancia que le dio éste a la muerte. El autor indicó que la capacidad de revisión y reclusión de un cadáver muerto en la morgue posibilitó que el paradigma médico moderno, junto a sus palabras y conceptos, se pudiera formar. La muerte se transformó en un hecho, una 'verdad' de la cual fue posible reflexionar y articular decisiones en torno a la salud de los cuerpos. Lo expresado por el autor fue lo que interesantemente se pudo ver en lo dicho por los envejecidos, ya que la muerte para ellos se transformó en un 'hecho' que permitió organizar y decidir sobre su vida.

Esta importancia que le dieron a la muerte fomentó la construcción de una forma de pensamiento peculiar que manifestaron estas personas. Este pensamiento de los envejecidos se manifestó como uno que se basó en enunciar sus procesos de salud y terapia con 'orígenes' y 'finales', lo que fue posible de relacionar con la importancia que le dieron éstos al hecho de morir. La relación entre muerte y este tipo de pensamiento de los envejecidos se manifestó en el lugar de importancia que le dieron en sus trayectorias de vida y desde el cual, por su transcendencia y estatus de hecho, podían organizar su vida. Lo anterior nuevamente fue posible de observar en lo planteado por Foucault (2001) cuando afirmó que la muerte, para la medicina, se transformó en un hecho innegable de lo humano que permitió constituir un límite (final) de lo humano y, a la vez, constituir un origen de lo humano, ya que gracias a ese límite fue posible estudiar y aprender sobre lo humano.

Como fue posible describir, los envejecidos manifestaron esta forma de pensamiento de origen y fin que fue influenciada por las interpretaciones factuales de la medicina sobre la muerte.

Los envejecidos manifestaron que su pasado estuvo íntimamente relacionado con la funcionalidad y autonomía experimentada en la adultez que tomó su valor gracias al aporte económico familiar que ellos realizaron en algún momento de sus vidas. En contraste, los envejecidos situaron su presente como confuso, nostálgico por su pérdida



de autonomía, pérdida de funcionalidad y pérdida de ser un aporte económico para su hogar. Más aflictivo era el futuro para los envejecidos, ya que su interpretación era de resignación por un porvenir fatal, degenerativo y mortífero.

En ese sentido, estas personas describieron su pasado, presente, futuro, su adultez y su vejez a partir de los usos prescritos de tecnologías sanitarias. Una primera instancia que mostró lo anterior fue que estas personas experimentaron con las prescripciones probando sus consecuencias al no realizarlas y, también, al realizarlas. Dicha experimentación posibilitó en estas personas la conformación de una disciplina basada en dichas prescripciones, ya que, al experimentar con su realización y su no realización en lapsus distintos, pudieron darse cuenta de los beneficios que consiguieron al realizarlas con rigurosidad. Teniendo eso en consideración, los envejecidos utilizaron dichas prescripciones y constitución de disciplina para comparar sus estados de salud actuales con los estados de salud que tuvieron en sus adulteces, así como también comparar sus actuales condiciones de salud con sus futuros padecimientos, entre otros. Ello permitió que los envejecidos se entendieran como personas que sin las distinciones, indicaciones y disciplinas de los conceptos y tratamientos de la medicina no podrían constituir su identidad, en otras palabras, su identidad la compusieron gracias a las limitaciones, posibilidades y concretizaciones que les indicaron y ofrecieron los tratamientos y los conceptos de la medicina. Una segunda instancia que mostró las descripciones de los envejecidos sobre sus pasados, presentes, futuros, adulteces y vejeces a partir de los usos prescritos, fue la de sus acciones preventivas. Los envejecidos mencionaron realizar acciones preventivas en torno a su salud debido a diagnósticos degenerativos que predijeron sus futuras muertes. Bajo esas concepciones y acciones preventivas, los envejecidos compararon sus estados de salud presentes con los de su pasado y previeron un futuro fatal, con lo cual significaron su estado actual de salud a partir de la resignación por una verdadera muerte.

Estas personas mayores, además de describir su pasado, presente y futuro desde los conocimientos y prácticas de la medicina, también describieron lo sano y lo no sano desde estos mismos conocimientos y prácticas. Bajo los mismos esquemas y si entendemos lo sano como una construcción histórica regulada por valores de normalidad (Foucault, 2002) y personalización (Rose, 2007), los envejecidos situaron lo sano en la falta de dolores, en la capacidad de ser un aporte económico a la familia en base a la funcionalidad y la autonomía, mientras que lo no sano correspondió a los dolores insoportables, la pérdida de funcionalidad, la pérdida de autonomía y la sentencia de un diagnóstico degenerativo.

Los envejecidos, cuando hablaron sobre sí mismos, manifestaron hacerlo a partir de valorizaciones que hicieron de los usos prescritos de las tecnologías sanitarias. Los envejecidos constantemente valoraron y utilizaron conceptos de la medicina, tecnologías sanitarias más eficaces, tecnologías sanitarias más personalizadas, entre otros, para hablar sobre sí mismos y manifestar una individualidad o un 'yo' específico. Desde estas



valorizaciones y utilizaciones, los envejecidos configuraron una individualidad o un 'yo' que mostró características más complejas que las promocionadas por la biomedicina y el mercado. Los envejecidos no mostraron solamente características de un 'yo' activo, responsable, prudente, capacitado y que elige libremente, que fueron las promocionadas por la biomedicina, o de un 'yo' activo, narciso y trivial, que fueron las promocionadas por el mercado (Rose, 2007), sino que a diferencia de lo anterior, los envejecidos manifestaron un 'yo' con características de: pragmático y responsable, porque buscaron soluciones variadas para resolver sus problemas de salud con prioridad en la pérdida de funcionalidad; de resignado, porque perdieron funcionalidad en sus actividades diarias y creyeron en los diagnósticos de la medicina que les aventuraron un futuro fatal; de activo mentalmente porque diversificaron usos de tecnologías sanitarias y consideraron a su entorno más cercano como primordial en sus reflexiones; de sensible en su corporalidad porque decidieron sobre salud a partir de lo que sentían y les era más cómodo;

Los envejecidos, al configurar un 'yo', se transformaron en actores que posibilitaron la colectivización de conocimientos y prácticas de la medicina. Si fue posible entender que los envejecidos valorizaron y se apropiaron de palabras, conceptos, diagnósticos clínicos, diagnósticos degenerativos, acciones preventivas y de usos prescritos en general, entonces fue posible advertir que los envejecidos se transformaron en un canal de transmisión de prácticas y conocimientos de la medicina. Por ejemplo, cuando los envejecidos recibieron los cuidados de sus familiares o vecinos (cuidadores informales) fue donde más se pudo apreciar la transformación de éstos como un canal de transmisión, ya que, los envejecidos enunciaron y/o gesticularon directamente la necesidad de asistencia en las realizaciones de sus usos prescritos, lo que obligó a sus cuidadores a interiorizar dichos conceptos, diagnósticos y practicar prevenciones de manera rigurosa. Lo anterior fue muy bien descrito por Foucault (1977) cuando anunció que la medicina no fue un proyecto individualizador, sino que todo lo contrario, pues correspondió a un proyecto de colectivización que pretendió regular lo social y para ello debió colectivizar sus conocimientos y prácticas en la población.

Estas personas mayores criticaron constantemente a los medicamentos genéricos. Fue interesante observar que estas personas en sus prácticas de salud privilegiaron los medicamentos que trataron a la enfermedad con mayor especificidad en comparación al medicamento genérico. Además, fue relevante también considerar que cuando estas personas estuvieron usando un medicamento genérico, estuvieron usando un medicamento que presentó limitaciones para tratar enfermedades, ya que, mayoritariamente cuando se comercializaron este tipo de medicamentos, sólo fue comprobable su composición química activa para tratar la enfermedad, pero no su efecto terapéutico en el cuerpo a partir de investigaciones científicas<sup>18</sup> (Subsecretaría de Salud,

---

<sup>18</sup> Como lo expresa la misma Subsecretaría de Salud Pública y otros (2010).

Existe una importante controversia al respecto, ya que, los medicamentos genéricos son comercializados sin pruebas científicas que avalen su efectividad y, si bien, existen variadas



2010). Estas personas criticaron y rechazaron medicamentos genéricos que, en gran parte de los casos, correspondieron al paracetamol que es sólo un analgésico, o sea que sólo calma el dolor (considerando además que recibieron paracetamoles genéricos) y que, además, les fueron prescritos por el equipo de salud del Programa de manera ejecutiva y no explicativa. Estas personas, entonces, recibieron la prescripción de un medicamento paliativo al dolor, pero que muchas veces no enunció soluciones específicas a enfermedades o padecimientos que tuvieron como sí lo hicieron otros, tales como la dexclorfeniramina maleato (Para las alergias) o el nositrol (Para la insuficiencia suprarrenal), los cuales adquirieron en el mercado. A partir de lo anterior, estas personas mayores creyeron más en los medicamentos de características biomédicas (especificación) que en los de características modernas (genérico).

Una cuestión que dialogó con lo anterior, fueron los envejecidos rechazando usos prescritos que tuvieran características genéricas o estandarizadas. Como fue posible apreciar en los Resultados, los envejecidos, frente a tecnologías sanitarias genéricas o estandarizadas, prefirieron conseguir otras tecnologías sanitarias personalizadas y que trataran con mayor especificidad el problema en salud lo que, bajo su juicio, les permitió realizar un uso prescrito a cabalidad.

Fue posible afirmar, entonces, que los envejecidos privilegiaron tecnologías sanitarias personalizadas y/o que propusieran tratar los padecimientos o las enfermedades de manera más específica, en comparación a tecnologías sanitarias estandarizadas o genéricas. Los envejecidos, como se pudo ver en los Resultados y teniendo en cuenta lo anterior, manifestaron mayor credibilidad a las tecnologías sanitarias personalizadas y el saber biomédico que las sustentaron en comparación a las tecnologías sanitarias estandarizadas y el saber poblacional moderno en salud.

En síntesis, estas personas mayores presentaron valoraciones sobre los usos prescritos, sobre el Programa, sobre la muerte, sobre el pasado, el presente y el futuro, sobre la construcción de un 'yo', sobre la legitimación de conocimientos médicos, entre otros. Todas las anteriores valoraciones que hicieron estas personas dieron cuenta de la aprehensión e interiorización que realizaron éstas a los conocimientos y prácticas de la medicina, en otras palabras, dieron cuenta de la interiorización que hicieron estas personas mayores a los valores que la medicina promocionó como normales para la construcción de los individuos.

---

investigaciones que indican que los medicamentos genéricos son igual de efectivos que los bio-equivalentes, estas investigaciones se hacen con medicamentos genéricos que ya fueron comercializados, o sea, ya fueron probados por las mismas compras y ventas que los mantuvieron en el mercado. Además, existen investigaciones que prueban que hay ciertos medicamentos genéricos en el mercado que no son efectivos, como lo demuestra la investigación de Castanedo-Cázares y otros (2001).



Fue posible sostener, a partir de los anteriores párrafos, que los envejecidos de la cuarta edad se hicieron parte de un proceso de medicalización y se encontraron medicalizados. La medicalización, como lo expresó el marco conceptual de la presente investigación, correspondió al proceso por el cual los problemas del comportamiento humano, el cuerpo, entre otras entidades no médicas, comenzaron a ser entendidos médicamente (Foucault, 1977). Los envejecidos fueron medicalizados porque ya no sólo interactuaron con el pensamiento médico, sino que porque interiorizaron conocimientos y realizaron usos de la medicina que consideraron prácticas de su salud.

Estos envejecidos, sin embargo, manifestaron una práctica en salud que se distinguió del proceso de medicalización mencionado, cuestión que refirió al uso de medicina no sanitaria de los *'monjes brasileños'*. Los envejecidos usaron esta medicina no sanitaria en momentos de urgencia, demostrando mayor efectividad para resolver problemas que no habían sido resueltos por el Programa y sus paradigmas médicos. Por ejemplo, los envejecidos ocuparon dicha medicina para resolver dolores que las tecnologías sanitarias no eran capaces de calmar o padecimientos que la medicina no había sido capaz de detectar o para revertir estados de salud que habían sido dictaminados por el equipo de salud, entre otros.

A pesar de ello y considerando que los envejecidos usaron esta medicina practicando lógicas distintas a las propuestas por la medicina del Programa, tales como la *'sanación a distancia'*, la creencia en *'espíritus'* y *'objetos poderosos'*, entre otras, fue imposible sostener la idea que esta medicina no sanitaria haya reemplazado la predominancia de los usos promocionados por los paradigmas médicos del Programa en sus prácticas. De hecho, los envejecidos usaron esta medicina no sanitaria para resolver problemas que el Programa había enunciado y que más tarde este mismo continuó tratando, lo cual demostró que éstos le dieron un sitial predominante a los paradigmas médicos de dicho Programa en sus prácticas de salud.

Estas personas mayores expresaron cambiar las prescripciones de diagnósticos del Programa, usar de forma distinta los medicamentos prescritos para tratarse con *'los monjes brasileños'*, entre otros, que fueron muestra de las modificaciones que realizaron éstas a los usos prescritos. Estas personas, al modificar usos prescritos con medicina no sanitaria de *'los monjes brasileños'*, manifestaron constituir sus propias selecciones y decisiones sobre su salud que afectaron su identidad y entorno, conformando acciones que se mantuvieron en el tiempo. Dichas selecciones y decisiones fueron influenciadas por los conocimientos y prácticas de la medicina alopática, así como también por los conocimientos y prácticas de la medicina de *'los monjes brasileños'*.

De lo anterior fue posible asumir que estas personas conformaron prácticas de salud al concretizar los usos prescritos y las indicaciones de la *'sanación a distancia'*. Estas prácticas de salud las conformaron los envejecidos al recomponer y adaptar, en sus contextos particulares, las prescripciones e indicaciones de estas medicinas. Los



envejecidos, al hacer lo anterior, le dieron un valor agregado a los conocimientos de estas medicinas, ya que, enunciaron cómo palear efectos adversos de medicamentos, cómo resolver problemas con tecnologías que no funcionaron bien o cómo resolver problemas de desahucio, produciendo así nuevos conocimientos y prácticas al respecto.

Esta conformación de prácticas de salud por parte de los envejecidos permitió la visualización de éstos como actores que produjeron vínculos entre sus relaciones sociales y las tecnologías. Los envejecidos expresaron que las tecnologías sanitarias fueron componentes fundamentales de sus terapias, desde las cuales no solamente se trataron terapéuticamente, sino que se entendieron a sí mismos y entendieron su entorno. Las tecnologías, en ese sentido, al ser usadas por estas personas se convirtieron en mediadores de sus relaciones sociales, ya que posibilitaron la comprensión de la identidad de éstas y posibilitaron los vínculos entre éstas, sus familiares y su entorno. Ejemplos de lo anterior fueron las descripciones de los envejecidos sobre la asistencia que les brindaron los medicamentos y las sillas de ruedas para poder volver a realizar quehaceres diarios, así como las acciones preventivas que pudieron realizar éstos en respuesta a los diagnósticos degenerativos, entre otros.

A partir de ello, estas personas mayores expresaron modificar sus relaciones sociales desde la comprensión que habían hecho de los conocimientos y prácticas de las medicinas. Dichas modificaciones las realizaron interiorizando y adaptando los conocimientos y prácticas de las medicinas en sus contextos particulares. Por ejemplo, modificaron sus dinámicas sociales con sus vecinos al auto presentarse como 'dependientes' y, por ende, recibir un trato especial de ellos o cuando cambiaron sus dinámicas sociales con sus familiares al creer que por tener alguna enfermedad degenerativa y mortífera debían resolver problemas familiares antes de su muerte.

Como se pudo ver en los anteriores párrafos, los envejecidos manifestaron modificaciones a los usos prescritos, a las tecnologías sanitarias, a sus prácticas de salud y a sus relaciones sociales, lo que propició la visualización del envejecido como un agente. Considerando las palabras de Navarro (1995), Sewell (1992), Marshall y Clarke (2010) y Grenier y Phillipson (2013), los envejecidos fueron, desde las modificaciones señaladas, agentes de sus prácticas y relaciones sociales en salud. Lo anterior fue posible de clarificar considerando lo expresado por los autores:

Para poder aseverar que estos envejecidos fueron agentes de sus prácticas y relaciones sociales en salud, fue preciso considerar las manifestaciones de agencia que éstos tuvieron. Los autores citados a continuación vinieron a indicar cómo fue posible considerar a los envejecidos como manifestadores de agencia.

Para Navarro (1995) fue fundamental el concepto de recomposición, ya que de éste fue posible observar como las normas y los constreñimientos estuvieron constantemente atados a los sujetos, lo cual permitió que éstos pudieran rehacer y reorganizar situaciones



contingentes, transformando su entorno con ello. Por su lado, Sewell (1998) describió que la transportabilidad de esquemas, normas e indicaciones permitieron observar manifestaciones de agencia en sujetos, ya que, al poder trasportar, multiplicar los significados y densificar dichos esquemas, normas e indicaciones, los sujetos pudieron manejar e intervenir en el área regulada por éstos.

Estas personas mayores, como mostraron los anteriores párrafos, manifestaron interiorizar palabras, conceptos y tipos de pensamientos influenciados por la medicina, vale decir, estas personas transportaron esquemas, normas e indicaciones de los usos prescritos de las tecnologías sanitarias. Desde esas interiorizaciones, estas personas multiplicaron sus significados, interpretando su cuerpo, su salud, sus terapias, su pasado, su presente y su futuro. Lo anterior permitió mostrar que estas personas complejizaron dichas interiorizaciones desde sus prácticas personales de salud. Esto permitió exponer que éstas manejaron e intervinieron sus contextos de salud, recomponiendo usos prescritos, adaptando tecnologías sanitarias, produciendo éticas sobre su cuerpo y su vida, entre otros.

Continuado con los aportes de autores, Marshall y Clarke (2010) sostuvieron que las manifestaciones de una agencia correspondieron a las capacidades de las personas de: demostrar intencionalidad en sus elecciones, de dirigir recursos internos y externos, de socialización de comportamientos que reflejaron sus intenciones y de propuestas de estructuraciones sociales a su entorno. Dialogando con lo anterior, Grenier y Phillipson (2013) consideraron que las manifestaciones de agencia eran producidas por las interpretaciones y recomposiciones sociales que las personas habían realizado en su entorno. Para los autores fue necesario la existencia de un contexto con sus correspondientes ordenamientos o normas que estructuraran a estas personas, pues éstos posibilitarían estrategias reflexivas de las personas para responder a esos ordenamientos o normas y concretizar sus intereses.

Si consideramos a los autores pasados, fue posible observar que los envejecidos se presentaron como actores que mostraron las intencionalidades de sus decisiones cuando recompusieron usos prescritos o adaptaron tecnologías sanitarias. En esas expresiones, los envejecidos manifestaron, en el caso de la recomposición, querer realizar el uso prescrito a cabalidad y, en el caso de la adaptación, querer usar tecnologías sanitarias más personalizadas en sus terapias.

Estas personas mayores dieron cuenta, considerando a los autores, que manejaron esquemas, normas e indicaciones del uso prescrito cuando lo combinaron con medicina no sanitaria. Lo anterior se pudo observar con mayor claridad cuando estas personas combinaron indicaciones de los diagnósticos de la medicina sanitaria (Por ejemplo, derrame cerebral) con la terapia del '*tratamiento a distancia*' de los '*monjes*', consiguiendo mejorar su salud.



Por último, los envejecidos propusieron estructuraciones de sus ideas sobre la salud que socializaron o colectivizaron. Cuando los envejecidos expresaron sus deseos o necesidades de tener tecnologías sanitarias más personalizadas, los cuidadores o redes solidarias proveyeron de ello y dieron cuenta de la estructuración que lograron en ellos las ideas sobre la salud de los envejecidos. sus ideas de salud con las de los envejecidos.

Considerando los últimos párrafos, fue posible afirmar que estas personas mayores manifestaron agencias y fueron agentes de sus prácticas y relaciones sociales en salud.

Sintetizando ya todo lo expuesto, los envejecidos estuvieron inmersos en un proceso de medicalización que incluyó las intervenciones de otras medicinas no alopáticas. Fue posible afirmar esta medicalización porque los envejecidos entendieron sus problemas médicos y no médicos desde los conocimientos y prácticas de la medicina alopática. Además, estos mismos envejecidos mostraron la convivencia de la medicina alopática con otras medicinas no sanitarias como la popular y la de '*los monjes brasileños*' al recomponer los usos prescritos con infusiones herbales o '*sanación a distancia*'. Sin desmedro de lo anterior, no fue posible afirmar que estas personas usaran con igual predominancia y legitimación todas las medicinas mencionadas, de hecho, fue posible afirmar que la medicina alopática del Programa Nacional de Salud del Adulto Mayor tuvo mayor predominancia y legitimidad en sus terapias, subordinando en el transcurso de éstas a las prácticas de las otras medicinas.

Sumado a lo anterior, los envejecidos demostraron volverse productores de sus propias prácticas que se basaron en conocimientos de los paradigmas médicos del Programa Nacional de Salud, con las cuales intervinieron en sus entornos y produjeron cambios en ellos, lo que les otorgó el carácter de agentes de salud.

Finalmente, estas personas mayores manifestaron prácticas de su salud que fueron posibles de caracterizar desde sus usos de tecnologías sanitarias. Los envejecidos, entonces, manifestaron criticar y rechazar tecnologías sanitarias de mal funcionamiento (del Estado), utilizar usos prescritos bajos sus propios intereses terapéuticos, legitimar terapias personalizadas y que indicaron el problema específico en salud a resolver, usar los cuidados que recibieron para lograr una terapia más satisfactoria y combinar tecnologías sanitarias con medicina no sanitaria para resolver desahucios de la medicina alopática.

## **VIII. Conclusiones.**

Estos envejecidos criticaron y rechazaron tecnologías sanitarias del Programa por su mal funcionamiento o por no lograr las expectativas de terapia que ellos esperaron. En respuesta a ello, éstos consiguieron tecnologías sanitarias con las que reemplazaron a las tecnologías rechazadas. Estas personas describieron a las tecnologías que consiguieron como de buen funcionamiento y expresaron obtenerlas comprándolas por su cuenta,



recibiéndolas de familiares y redes solidarias y/o adaptando las que ya tenían según sus pretensiones.

Considerando estas necesidades de tecnologías de buen funcionamiento, los envejecidos manifestaron que su principal interés terapéutico al usar estas tecnologías fue rehabilitarse, volver a ser autónomos y laboralmente funcionales a sus familias.

Estas personas de la cuarta edad indicaron distinguir entre uso prescrito y Programa Nacional de Salud del Adulto Mayor. El primero fue entendido por éstas como el procedimiento para hacer una terapia satisfactoria, mientras que el segundo fue entendido como un actor que les proveyó tecnologías sanitarias con malos funcionamientos e inclusive buscó controlarlas.

En ese sentido, estas personas se guiaron de las indicaciones de los usos prescritos para conseguir tecnologías sanitarias de buen funcionamiento. Lo anterior se debió a que estas personas entendieron al uso prescrito como un procedimiento para realizar una terapia satisfactoria. El uso prescrito, para ellas, se transformó en un conjunto de conocimientos e indicaciones que guiaron sus prácticas de salud, transformándose no solamente en una guía para realizar una terapia satisfactoria, sino que también en un límite entre el correcto uso terapéutico de la tecnología y el insano uso de ésta.

Estas personas de la cuarta edad, asimismo, situaron lo sano en la ausencia de dolores, en la capacidad de ser un aporte económico a la familia en base a la funcionalidad y la autonomía, mientras que lo no sano lo situaron en los dolores insoportables, la pérdida de funcionalidad, la pérdida de autonomía y la sentencia de degeneración en su salud proveída por diagnósticos. Todo lo anterior fue motivado no meramente por los diagnósticos o las explicaciones de los equipos de salud, sino que fue motivado por los usos prescritos que día a día configuraron sus terapias, forjando prácticas de salud basadas en dichos usos. Entonces, fue posible concluir que estas personas describieron lo sano y no sano a partir de la práctica cotidiana de las prescripciones de uso entregadas por el equipo de salud, prescripciones que evocaron diagnósticos y explicaciones médicas en sus cotidianidades.

Además, los envejecidos significaron distintas dimensiones de sus vidas a partir de las palabras y conceptos de los diagnósticos clínicos y diagnósticos degenerativos, que les señalaron como nombrar y significar sus tratamientos, sus estados de salud, sus identidades, sus cotidianidades, sus adúlces, sus vejezes, sus pasados, sus presentes y sus futuros. Pero, tal como en el párrafo pasado, esto no lo hicieron sólo con la entrega del diagnóstico por parte del equipo de salud, sino que lo hicieron por la prescripción de uso que les entregó dicho equipo médico y que cotidianamente configuró sus terapias, forjando prácticas de su salud basadas en dichos usos prescritos.



Los envejecidos también consideraron a la muerte como un elemento fundamental de sus experiencias de salud. La muerte se convirtió en el límite final inexorable de sus reflexiones y terapias de salud, ya que, por un lado, realizaron acciones preventivas y tratamientos de la medicina para eludir dicha inexorabilidad de la muerte y, por otro, configuraron su vida para un futuro fatal y mortífero, altamente influenciado por los diagnósticos degenerativos del Programa.

Desde el sitio importante que ocupó la muerte en sus relatos, estas personas de la cuarta edad también manifestaron un tipo de pensamiento que estructuró sus reflexiones sobre su salud. Este tipo de pensamiento fue expresado por éstas como la existencia de un origen y un final para sus padecimientos, sus tratamientos y sus distintas experiencias de vida, en otras palabras, estas personas ordenaron su salud y vida a partir de esquemas que les permitieron enunciar orígenes y finales en sus procesos de salud. Por ejemplo, los envejecidos enunciaron que sus futuras muertes partieron con la aparición de sintomatologías padecidas en alguna parte de sus cuerpos, que más tarde se afianzaron con los diagnósticos de enfermedades degenerativas y que futuramente se cumplirían por padecer dichas enfermedades degenerativas. Los envejecidos expresaron que los hitos más importantes que les permitieron indicar orígenes y finales en sus procesos salud fueron las enfermedades, los tratamientos y la muerte.

Como ya ha sido posible ver en los anteriores párrafos, estas personas de la cuarta edad manifestaron interiorizar conocimientos de la medicina en las significaciones que le dieron a su salud y vida. Dichas interiorizaciones de estas personas se mostraron en las significaciones que realizaron sobre su pasado, presente, futuro, sobre su adultez, su vejez, así como el sitio de inexorabilidad que dieron a la muerte.

Los envejecidos, a partir de esta interiorización de conocimientos de la medicina, configuraron un proceso identitario característico. Dicha configuración identitaria o de un 'yo' de los envejecidos fue propiciada por los conocimientos y prácticas que señalaron los usos prescritos. Esta configuración identitaria o de un 'yo' de estas personas se manifestó en la practicidad y responsabilidad sobre su salud, en la resignación que tuvieron frente a los diagnósticos degenerativos que recibieron, en la actividad mental que mostraron en la resolución de problemas de sus terapias y en la importancia que le dieron a sus sensaciones y comodidades en dichas terapias. Estas personas, entonces, manifestaron un 'yo' pragmático, responsable, activo mentalmente, corporalmente sensible y que buscó la comodidad.

Al interiorizar conocimientos y prácticas de la medicina, configurar un 'yo', significar distintas dimensiones de sus vidas, formular estrategias para conseguir tecnologías sanitarias específicas, estas personas de la cuarta edad dieron cuenta de ser actores reflexivos sobre su salud. Los envejecidos mostraron comparar distintos estados de salud, aprehender conceptos y palabras de la medicina con sus respectivos significados, adaptar



tecnologías sanitarias a sus entornos, en otras palabras, reflexionar en torno a su salud, dando cuenta de su capacidad reflexiva.

Los envejecidos pidieron directa o indirectamente tecnologías sanitarias a sus cuidadores, significaron su salud desde conceptos y palabras de la medicina que comunicaron a sus cuidadores y más cercanos, obligaron indirectamente a sus cuidadores a saber sobre los usos prescritos que les eran entregados, entre otros, lo que dio cuenta de su colectivización de conocimientos y prácticas de la medicina a otros. Estas personas se transformaron en canales de transmisión de los conocimientos y prácticas de la medicina que aprehendieron en sus terapias prescritas.

En los párrafos iniciales de estas conclusiones, se describió que los envejecidos formularon estrategias para adquirir o adaptar tecnologías sanitarias que fueran más acordes a sus intereses terapéuticos. Los envejecidos se interesaron por tecnologías sanitarias que fueran más cómodas al usarse, así como por tecnologías sanitarias que intervinieran las enfermedades de manera más minuciosa.

Las tecnologías con características de comodidad, minuciosidad y que buscaran la prevención en el tratamiento fueron descritas por estas personas como tecnologías en las que creyeron más, en comparación a las genéricas o estandarizadas. Estas personas de la cuarta edad expresaron que creyeron más en la eficacia terapéutica de tecnologías sanitarias que propusieran un tratamiento delimitado y explicado detalladamente de las enfermedades, así como que les fueran cómodas en el uso y preventivas de futuras enfermedades, en comparación a tecnologías sanitarias que trataron de manera genérica o paliativa las enfermedades.

Asimismo, estas personas de la cuarta edad modificaron usos prescritos de las tecnologías sanitarias con medicina no sanitaria e insumos de cuidados. Los envejecidos modificaron estos usos complementando la toma de medicamentos con infusiones herbales, el uso de instrumentos de asistencia con insumos de cuidados y erradicando los síntomas (malestares, dolores, etc.) de sus enfermedades con medicina de '*los monjes brasileños*'.

Particularmente, las modificaciones que hicieron estas personas practicando la medicina de '*los monjes brasileños*' fue importante de destacar porque fue una medicina que, según ellas, permitió revertir estados de salud que había dictaminado y sentenciado la medicina alopática. Estas personas de la cuarta edad mostraron practicar una medicina de tradición distinta a la alopática, que se expresó en terapias '*a distancia*' realizada por '*espíritus*' de '*monjes brasileños*' y creencias religiosas.

Esta práctica de medicina impartida por '*los monjes brasileños*' dio cuenta que los envejecidos modificaron los usos prescritos mezclando conocimientos y prácticas de esta medicina espiritual brasileña con conocimientos y prácticas de la medicina alopática,



recomponiendo sus usos de tecnologías y produciendo prácticas de salud propias. Estas personas recompusieron sus usos de tecnologías porque tomaron conocimientos y tratamientos de dos medicinas distintas y compusieron prácticas de salud propias porque concretizaron y adaptaron los conocimientos y prácticas de estas medicinas a sus contextos particulares.

A pesar de usar medicina no sanitaria como la de *'los monjes brasileños'*, estas personas indicaron que su mayor confianza de eficacia terapéutica estuvo en la medicina alopática del Programa, a la cual éstas le otorgaron un sitio de predominancia en sus prácticas de salud.

Recordando que los envejecidos fueron canales de transmisión de las prácticas de la medicina alopática, y en consonancia con lo expresado sobre la medicina de *'los monjes brasileños'*, fue posible concluir que estas personas impulsaron modificaciones en sus dinámicas sociales con cuidadores, familiares, vecinos, amigos, entre otros a partir de los conocimientos y prácticas aprehendidos de las medicinas mencionadas. Lo anterior se pudo observar en como estas personas de la cuarta edad usando los conocimientos, significados, prácticas de la medicina alopática y de la medicina de *'los monjes brasileños'* cambiaron, por ejemplo, sus dinámicas sociales con sus vecinos al auto presentarse como *'dependientes'* y, por ende, recibir un trato especial de ellos o cuando cambiaron sus dinámicas sociales con sus familiares al creer que por tener alguna enfermedad degenerativa y mortífera debían resolver problemas familiares antes de su muerte.

Estas personas de la cuarta edad realizaron modificaciones a sus terapias a partir de conocimientos, prácticas y normas provenientes de la medicina alopática y de otras medicinas como la de *'los monjes brasileños'*. Lo anterior permitió observar que estas personas se mostraron como agentes de su salud, ya que recompusieron tecnologías y prescripciones de la medicina en sus terapias; colectivizaron conocimientos y prácticas de la medicina alopática y la medicina de *'los monjes brasileños'* y modificaron sus vínculos sociales a partir de conocimientos y prácticas de la medicina alopática y la medicina de *'los monjes brasileños'*.

Los anteriores párrafos dieron cuenta que los envejecidos requirieron, demandaron, interiorizaron, valoraron, se apropiaron y modificaron conocimientos y prácticas de los paradigmas médicos del Programa, así como de otros paradigmas médicos, posibilitando la configuración de sus propias prácticas en salud.

Todo lo descrito permitió observar el proceso de medicalización en el cual estuvieron imbricados los envejecidos y, asimismo, fue posible observar las constantes modificaciones que realizaron éstos a dicho proceso. Fue necesario mencionar que los envejecidos, dado este contexto, estuvieron medicalizados y se apropiaron de los conocimientos de los paradigmas de la medicina alopática y, en conjunción con su actitud



de recomponer, pudieron configurarse como agentes de sus prácticas y sus vínculos sociales de salud.



## IX. Bibliografía

- Abarzúa, F.; Jara, K.; López, E. y Pardo, D. (2011). *Relación entre la adherencia a la terapia farmacológica y factores del usuario, su enfermedad y tratamiento en adultos mayores autovalentes polimedicados del Cesfam Federico Puga, Chillán viejo, 2011* (Tesis de pregrado). Universidad del Bío Bío, Chillán, Chile.
- Andréu, J. (2000). Las técnicas de Análisis de Contenido: Una revisión actualizada. *Fundación Centro Estudios Andaluces*, 10(2). 1-34
- Arango, C. (2003). Los vínculos afectivos y la estructura social. Una reflexión sobre la convivencia desde la red de promoción del buen trato. *Investigación & Desarrollo*, 11(1). 70-103.
- Balandier, G. (1988). *Modernidad y poder. El desvío antropológico*. Madrid: Júcar Universidad.
- Barros, C. (1996). Las políticas sociales para los adultos mayores en Chile. *Revista de Trabajo Social*, (68). 71-76
- Bass, C. (2012). Modelo de salud familiar en Chile y mayor resolutivez en la atención primaria de salud: ¿contradictorios o complementarios? *Medwave*, 12(11). 1-11. doi: 10.5867/medwave.2012.11.5571
- Bianchi, E. (2016). Comentario a Nikolas Rose: Políticas de la vida: biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI. *Delito y Sociedad*, 1(35), 155-158.
- Blasco, T. y Otero, L. (2008). Técnicas conversacionales para la recogida de datos en investigación cualitativa: La entrevista (I). *Nure Investigación*, 33.
- Castro, E. (2004) *Diccionario Foucault. Temas, Conceptos y Autores*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Carrasco, J. y Yuing, T. (2014). Lo biomédico, lo clínico y lo comunitario: Interfaces en las producciones de subjetividad. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 13(2). 98-108.
- Castagno, M. y Páez, J. (2014). Acceso a derechos y producción de subjetividad en cárceles de Córdoba. *Ponencia en el XV Congreso Nacional y V Latinoamericano de Sociología Jurídica*. Rosario, Argentina.
- Castanedo-Cázares, J; Quistián-Hernández, J.; Torres-Alvarez, B; Torres-Ruvalcaba, A y Moncada, B. (2001) Estudio del efecto antiinflamatorio de un corticosteroide tópico: marca reconocida versus genéricos. *Gaceta Médica de México*, 137(4). 311-314.
- Comelin, A. (2014). ¿Quién cuida a los familiares que cuidan adultos mayores dependientes? *Íconos. Revista de Ciencias Sociales*, 18/3(50). 111-127.
- Córdoba, M. (2012). Políticas de la vida, retrato de una forma de vida emergente. *Astrolabio-Nueva Época*, (8). 209-219.
- del Popolo, F. (2001). Características sociodemográficas y socioeconómicas de las personas de edad en América Latina. Santiago, Chile: Proyecto Regional de Población CELADE-FNUAP (Fondo de población de las Naciones Unidas). Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE).
- Da Matta, R. (1999). El oficio del etnólogo o como tener 'Anthropological Blues'. En M. Boivin, A. Rosato y Arribas, V., *Constructores de Otredad, una introducción a la Antropología social y cultural* (pp. 172-178). Buenos Aires: Editorial Antropofagia.
- Delgado, M. (2003). Naturalismo y realismo en etnografía urbana. Cuestiones metodológicas para una antropología de las calles. *Revista colombiana de Antropología*, 39. 7-39.



- Desviat, M., & Moreno, A. (2012). *Acciones de Salud Mental en Comunidad*. Madrid, España: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Escobar, J. (2015). El cuerpo como artefacto: tecnologías médicas, anatomopolítica y resistencia. *Ciencias Sociales y Educación*, 4(7). 145-157.
- Espinoza, A. (2015). La sede vecinal: Políticas Públicas y movimientos sociales. De la Beneficencia Pública a la Salud Pública. *Estudios Cotidianos*, 3(1). 207-256.
- Farji, A. (2014). Las tecnologías del cuerpo en el debate público. Análisis del debate parlamentario de la Ley de Identidad de Género argentina. *Sexualidad, Salud y Sociedad-Revistas Latinoamericana*. 16. 50-72.
- Foucault, M. (1976). La crisis de la medicina o crisis de la anti medicina. *Educación Médica y Salud*, 2. 152-170.
- Foucault, M. (1977). Historia de la medicalización. *Educación médica y salud*, 11(1). 152-169.
- Foucault, M. (2001). *El Nacimiento de la Clínica. Una arqueología de la mirada médica*. México D.F.: Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (2002). Vigilar y Castigar. Nacimiento de la prisión. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Fondo Nacional de Salud. (17 de abril del 2018). *Beneficiarios-Fonasa/Información General del Seguro*. Santiago, Chile. Recuperado de <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/beneficiarios/informacion-general/red-preferente#atencion-de-nivel-primario>
- Fuster, N; Moscoso-Flores, P. (2012). La Hoja Sanitaria de la IWW y la medicalización de la organización obrera en Chile (1924-1927). *La Cañada*, 3. 181-200.
- Ledo, J.; Rigat, L.; Bosch, M.; Canals, R. (2010). La medicalización de la vejez. *Enfermería Comunitaria*, 6(2). Recuperado de <http://www.index-f.com/comunitaria/v6n2/ec7270.php>
- García, B. (s/f). *Productos Naturales y Medicamentos vs Patentes y Mercados: Productos Naturales, Biodiversidad y Conocimientos Tradicionales* [Artículo].
- Guillou, M.; Carabantes, J; Bustos, V. (2011). Disponibilidad de médicos y especialistas en Chile. *Revista médica de Chile*, 139. 559-570.
- Gerontología UChile. (14 de diciembre de 2016). *El Cambio demográfico en Chile*. Santiago, Chile: Universidad de Chile. Recuperado de <http://www.gerontologia.uchile.cl/docs/chien3.htm>
- Gilleard, P y Higgs, C. (2010). Aging without agency: Theorizing the fourth age. *Journal Aging and Mental Health*, 14(2). 121-128.
- Grenier, A., y Phillipson, C. (2013). Rethinking agency in late life: structural and interpretive approaches. En J. Baars, J. Dohmen, A. Grenier, y C. Phillipson, *Ageing, meaning and social structure. Connecting critical and humanistic gerontology* (pp. 55-79). Bristol, Gran Bretaña: Policy Press.
- González, C. y Ham-Chande, R. (2007). Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México. *Salud pública de México*, 49(supl. 4).
- Güitron, M. y Carillo, M. Reacciones adversas a medicamentos en la boca del adulto mayor. *Revista de la Asociación Dental Mexicana*, LXVII(4). 163-170.
- Hammersley, M. y Atkinson, P. (1994) *Etnografía. Métodos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Hidalgo, R. y Cáceres, G. (2003). Beneficiencia Católica y Barrios Obreros en Santiago de Chile en la transición del siglo XIX y XX. Conjuntos habitacionales y actores involucrados. *Revista electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, 7(146). Recuperado de [http://www.ub.edu/geocrit/sn/sn-146\(100\).htm](http://www.ub.edu/geocrit/sn/sn-146(100).htm)



- Kayser-Jones, J. (2002). The Experience of Dying: An Ethnographic Nursing Home Study. *The Gerontologist*, 42(3). 11-19.
- Knorr, K. (2005). *La fabricación del conocimiento. Un ensayo sobre el carácter constructivista y contextual de la ciencia*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes Editorial.
- Jordana, E. (2017). Crítica de la economía biopolítica: dimensiones políticas del pensamiento médico. *Kamchatka*, 10. 13-38.
- Labarca, M. (2008). Alcoholismo y cambio social: un Programa de Salud Mental Comunitaria en el área sur de Santiago (1968-1973). En M. Zárate (Comp.), *Por la Salud del Cuerpo: Historia y Políticas sanitarias en Chile*. Santiago, Chile: Ediciones Universidad Alberto Hurtado.
- Latour, B. (2007). Nunca fuimos modernos. Ensayo de antropología simétrica. Buenos Aires: Silgo XXI Editores.
- Latour, B. (2009). *La esperanza de Pandora. Ensayos sobre la realidad de los estudios de la ciencia*. Barcelona: Gedisa Editorial.
- Louro, I.; Bayarre, H. y Alvarez, M. (2015). Familial and health implications of the population aging for the universal health coverage. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41(Supl. 1).
- Marín, P. (2006). Lineamientos para la reformulación de la Política Pública de Salud para personas mayores. *Temas de la Agenda Pública*, 1(5). 1-13.
- Marshall, V., & Clarke, P. (2010). Agency and Social Structure in Aging and Life-course Research. En D. Dannefer y C. Phillipson (Eds.), *The SAGE Handbook of Social Gerontology* (pp. 294-306). Londres: SAGE Publications Ltd.
- Márquez, J. (2014). Normalización y biopolítica en la psiquiatría y la salud mental. *Cadernos de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências Humanas*, 15(107). 29-48.
- Martínez, J.; Jiménez-Beatty, J.; Graupera, J. y Rodríguez, M. (2006). Condiciones de vida, socialización y actividad física en la vejez. *Revista Internacional de Sociología*, LXIV(44). 39-62.
- Mejía, J. (2000). El muestreo en la investigación cualitativa. *Investigaciones Sociales*, 4(5). 165-180.
- Memoria Chilena. (25 de diciembre de 2016). *El Estado de Bienestar Social (1924-1973)*. Santiago, Chile: Biblioteca Nacional. Recuperado de: <http://www.memoriachilena.cl/602/w3-article-93766.html>
- Mendoza, M. (1994). Técnicas de observación directa para estudiar interacciones sociales infantiles entre los Toba. *Runa*, 21(1). 241-262.
- Ministerio de Salud y Servicio Nacional del Adulto Mayor. (2009). *Manual del cuidado de personas mayores dependientes y con pérdida de autonomía*. Santiago, Chile.
- Ministerio de Desarrollo Social. (2011). *Observatorio Social. Encuesta CASEN Interactiva*. Recuperado de <https://www.redatam.org/redchl/mds/casen/>
- Ministerio de Salud. (2012). *Proceso de Atención del Adulto Mayor en Atención Primaria*. Chile. Santiago Chile.
- Ministerio de Salud. (4 de Abril de 2016). *Salud del Adulto Mayor*. Santiago, Chile. Recuperado de <http://www.minsal.cl/salud-del-adulto-mayor/>
- Ministerio de Salud. (6 de diciembre del 2016). *Estrategia Nacional de Salud*. Santiago, Chile. Recuperado de <http://estrategianacionaldesalud.blogspot.cl/p/documentos.html>
- Ministerio de Salud. (7 de diciembre de 2016). *Historia del Ministerio de Salud*. Santiago, Chile. Recuperado de <http://web.minsal.cl/historia-del-minsal-1a-parte/> & <http://web.minsal.cl/historia-del-minsal-2a-parte/>



- Ministerio de Desarrollo Social. (2017). *Adultos Mayores. Síntesis de Resultados*. Santiago, Chile: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional. Recuperado de [http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/CASEN\\_2015\\_Resultados\\_adultos\\_mayores.pdf](http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/CASEN_2015_Resultados_adultos_mayores.pdf)
- Monistrol, O. (2007). El trabajo de campo en investigación cualitativa (II). *Nure Investigación*, 29.
- Navarro, P. (1996). Hacia una teoría de la Morfogénesis social. En A. Pérez-Agote Poveda, y I. Sánchez de la Yncera (Eds.), *Complejidad y Teoría Social* (pp. 436-465). Madrid, España: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Ociel, M. (2013). Genealogía de una vejez no anunciada: biopolítica de los cuerpos envejecidos o del advenimiento de la gerontogubernamentalidad. *Polis*, 12(36). 431-451.
- Olivares-Tirado, P. (2008). Dependencia de los adultos mayores en Chile. *Departamento de Economía de la Salud, Ministerio de Salud*. Sanitago, Chile.
- Osorio, P. (2006). Longevidad: más allá de la biología. Aspectos Socioculturales. *Papeles del CEIC*, 22. 1-28.
- Osorio-Parraguez, P. y Seguel, A. (2014). Social Construction of Dependence in Elderly Men in Chile. *Health*, 6. 998-1003.
- Ortúzar, D. (2009). Políticas del cuerpo en la discapacidad: retóricas de la rehabilitación en Chile. *Intersticios*, 3(1). 67-77.
- Reihling, H. (2007). La biopolítica del SIDA en Uruguay: Madres desgraciadas, niños afortunados y adolescentes invisibles. S. Romero (ed.), *Anuario Antropología Social y Cultural en Uruguay*, (pp. 241-254). Uruguay: Editorial Nordan-Comunidad.
- Rose, N. (1998). *Inventing our Selves. Psychology, Power and Personhood*. Cambridge, Reino Unido: Cambridge University Press.
- Rose, N. (2007). *The Politics of Life Itself. Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*. Princeton y Oxford, Reino Unido: Princeton University Press.
- Sánchez, T. (2012). *Las lógicas del telecuidado. La fabricación de la 'autonomía conectada' en la teleasistencia para personas mayores* (Tesis Doctoral). Facultad de Filosofía y Letras. Universidad Autónoma de París, Madrid, España.
- Sánchez, L.; González, U.; Alerm, A. y Bacallao, J. (2014). Calidad de vida psíquica y estado de salud física en el adulto mayor. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 13(2). 337-349
- Servicio Nacional del Adulto Mayor, González, F., Massad, C., & Lavanderos, F. (2010). Estudio Nacional de dependencia en el Adulto Mayor. Santiago de Chile, Región Metropolitana: Gobierno de Chile.
- Sewell, W. (1992). A theory of Structure: Duality, Agency, and Transformation. *American Journal of Sociology*, 98(1). 1-29.
- Simondon, G. (2007). *El modo de existencia de los objetos técnicos*. Buenos Aires: Prometeo Libros.
- Subsecretaría de Salud Pública, Ramos, G., & Olivares, G. (2010). *Uso Racional de Medicamentos: Una tarea de todos. Contenidos e información del Uso Racional de Medicamentos para el personal técnico de salud*. Ministerio de Salud. Santiago de Chile.
- Subsecretaría de Salud Pública. (2014). *Programa Nacional de Salud de las Personas Adultas Mayores*. Santiago, Chile.



- Tamayo, M y Aleitte, F. (2011). Cumplimiento de garantía de oportunidad GES en ayudas técnicas en una comuna urbana de la Región Metropolitana. *Revista Chilena de Salud Pública*, 15(3). 146-154.
- Thumala, D.; Arnold, M. y Urquiza, A. (2010). Opiniones, expectativas y evaluaciones sobre diferentes modalidades de inclusión/exclusión social de los adultos mayores en Chile. *Argos*, 27(53), 91-122.
- Trejo, C. (2001). El viejo en la Historia. *Acta Bioethica*, 7(1). 107-119. Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-569X2001000100008](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2001000100008)
- Troncoso, D. (2015). Cuidado Informal a mayores dependientes en Chile: Quiénes cuidan y con qué políticas sociales cuentan. *América Latina Hoy*, 71. 83-101.
- Zárate, M., y González, M. (2015). Planificación familiar en la Guerra Fría chilena: política sanitaria y cooperación internacional, 1960-1973. *Historia Crítica*. 55. Recuperado de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-16172015000100010](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-16172015000100010)