



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

**MEDICALIZACIÓN Y EXCESOS DE VIDA:
Experiencias y significados sobre el uso de medicamentos en
personas mayores.**

Laura Milena Cifuentes Posada

**Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública
"Héctor Abad Gómez"
Medellín, Colombia
2019**



**MEDICALIZACIÓN Y EXCESOS DE VIDA:
Experiencias y significados sobre el uso de medicamentos en
personas mayores.**

Laura Milena Cifuentes Posada

**Trabajo de grado para optar al título de
Magister en Salud Pública**

**Asesor:
Román Orlando Restrepo Villa**

**Grupo de Investigación:
Gestión y Políticas de Salud**

**Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública
"Héctor Abad Gómez"
Medellín, Colombia
2019**

A mi mamá, mi papá, Juanca y Diego.

Gracias a las personas mayores que me contaron las historias que le dieron sentido a este trabajo. A mis profesores Román Restrepo y William Estrada. A mis amigos por la compañía y por tanta vida que me dan sus buenas ideas. A mis compañeros de la maestría de los que aprendí tanto en cada discusión. Y a la Universidad Pública, en la que siempre quiero estar.

CONTENIDO

1. RESUMEN	6
2. PRESENTACIÓN	8
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
4. OBJETIVOS	16
5. REFERENTES TEÓRICOS	17
6. METODOLOGÍA.....	24
6.1 DISEÑO METODOLÓGICO	24
6.1.1 Enfoque epistemológico.....	25
6.1.2 Tipo de estudio	26
6.1.3 Lugar del estudio	29
6.2 PROCESO METODOLÓGICO	29
6.2.1 Momento 1: La Exploración.....	30
6.2.2 Momento 2: Desarrollo del estudio.....	30
6.2.3 Momento 3: Plan de análisis y manejo de la información.	34
7. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	36
7.1 PLAN METODOLÓGICO PARA LA LECTURA DE LOS DATOS	36
7.1.1 Lectura repetida de los datos	36
7.1.2 Codificación.....	38
7.2 MEDICALIZACIÓN Y MEDICAMENTOS	42
7.3 EL PAPEL DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN EL GOBIERNO DE LA VIDA Y LO VIVO	54
7.4 VIVENCIAS Y SIGNIFICADOS ASOCIADOS CON EL PROCESO DEL ENVEJECIMIENTO EN PERSONAS MAYORES	59
8. CONCLUSIONES	66
9. LIMITACIONES	68
10. BIBLIOGRAFÍA.....	69
ANEXOS	73

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Participantes de la investigación, Página 31.

Tabla 2. Códigos primarios asignados en la primera de lectura de los datos, Página 36.

Tabla 3. Categorías explicativas emergentes en el proceso de codificación de los datos, Página 39.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Diseño metodológico, Página 25.

Figura 2. Proceso metodológico, Página 30.

Figura 3. Categorías analíticas resultantes en el proceso de codificación de los datos, Página 40.

Figura 4. Relación analítica entre los medicamentos y la medicalización del envejecimiento, Página 41.

LISTA DE ANEXOS

- Anexo 1.** Acta de aprobación del proyecto de investigación. Comité de ética de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia.
- Anexo 2.** Formato de consentimiento informado
- Anexo 3.** Propuesta de guía de entrevista
- Anexo 4.** Formato para la transcripción de las entrevistas.

1. RESUMEN

El objetivo de este trabajo de investigación es comprender las experiencias y significados relacionados con el uso de medicamentos como práctica medicalizadora del envejecimiento en personas mayores pertenecientes al programa de atención social a la vejez y envejecimiento de la ciudad de Medellín AMAUTTA. Para ello, fue necesario usar como estrategia metodológica dos métodos ya conocidos: el *estudio de caso* y la *teoría fundamentada*. El primero para indagar cómo se produce el fenómeno medicalizador del envejecimiento, y el segundo para analizar el porqué del mismo. Parte de los resultados reafirman que la medicalización es una herramienta médica y política inherente a las prácticas relacionadas con la conservación y potenciación de la vida, tanto de la vida biológica como de la vida política. Esto en el envejecimiento como caso analizador es muy evidente. Y es que, los significados y las experiencias narradas cuentan que envejecer ha sido un fenómeno ligado a la enfermedad y sujeto al uso de tecnologías, principalmente los medicamentos, por medio de diferentes estrategias discursivas propias de la medicina, del mercado y de las políticas públicas actuales. Sin embargo, la medicalización del envejecimiento también ha sido objeto de crítica desde la mirada de quien envejece, pues pone en cuestión las estrategias medicalizadoras tradicionales, reclamando la posibilidad de construir otras formas de envejecimiento contrarias a la idea de enfermedad para dignificar su existencia.

Palabras claves: Medicalización del envejecimiento; medicamentos; biopolítica, envejecimiento.

ABSTRACT

The goal of this research is to understand the experiences and meanings related to the use of medicines as a medicalizing-aging practice from those who belong to the social care program for the elderly and the aging called AMAUTTA, in Medellin, city. To achieve such goal, it was necessary to use two already well-known methods: the case study and the grounded theory. On one hand, the case study investigates how the medicalizing-aging phenomenon occurs, and, on the other hand, the grounded theory analyzes the reason it happens. A portion of the results reaffirms that medicalization is a medical and political tool inherent to practices related to the conservation and empowerment of life in both its biological and political aspects. However, this medicalization in aging as an analyzer case is very evident. And that is so because the meanings and experiences narrated show that aging has been a phenomenon linked to illness and subject to the use of technologies, mainly medical drugs, through different discursive strategies of medicine, marketing and of current public policies. However, the medicalization of aging has also been the subject of criticism from the eyes of the one who is aging because it questions the traditional medicalizing strategies, claiming the possibility of creating other forms of aging contrary to the idea of illness to dignify their existence.

Key words: Medicalization of aging; drugs; biopolitics; aging.

2. PRESENTACIÓN

Una de las formas más antiguas que conocemos hasta ahora de medicalización del envejecimiento se encuentra en un papiro egipcio titulado: "*Comienzo de un libro sobre la manera de transformar a un viejo en joven*", en el que se aconseja consumir glándulas frescas sacadas de animales jóvenes (1). Esto nos dice que medicalizar el envejecimiento no es un asunto nuevo ni exclusivo de nuestra sociedad.

No se busca aquí hacer un estudio del envejecimiento. El foco principal es el tema de la medicalización desde una herramienta en particular: los medicamentos. Se elige la vejez como caso analítico para comprender una teoría que se aplica en diversos escenarios de la vida y con diferentes herramientas. Esto implica que, desde la delimitación del problema hasta la interpretación final de los resultados, la discusión tenga que ir más allá del lugar común de los discursos de la farmacia y la salud para empezar a hacer preguntas de orden económico, político, histórico y cultural.

¿Por qué limitar la pregunta al uso de los medicamentos? primero, porque es mi formación. Segundo, porque el medicamento ha traspasado la barrera de la ciencia para adentrarse en el territorio en el que más disputas y fuerzas de poder se ejercen: EL CUERPO, para moldearlo, determinarlo, predecirlo y llevarlo a límites no contemplados por la naturaleza. De ahí la necesidad de pensar la complejidad del uso de los medicamentos más de allá de lo evidente, que es lo químico y lo biológico, para discutirlo desde otros lugares en personas que han usado por años sustancias que en muchos casos ni siquiera saben nombrar.

A lo largo del trabajo de campo, las personas mayores preguntaban constantemente si es adecuado o no tomar "tantos medicamentos". Este trabajo no encontró respuestas para una pregunta tan compleja como esa. Lo que aquí se pretende es –si se quiere– invitar a la discusión crítica en términos de justicia y ética sobre el uso de los medicamentos en tanto instrumentos de medicalización, no solo desde los poderes aquí mencionados (principalmente la medicina, la industria y el Estado), sino para nosotros mismos y para las formas en las que hemos asumido, construido y significado nuestro propio envejecimiento y nuestra permanencia en la vida colectiva.

En ese sentido, los hallazgos de este trabajo de investigación se dividen en tres partes. En la primera, se busca reconocer las formas en las que las personas mayores han construido unos hábitos, experiencias y significados sobre los medicamentos a lo largo de años y años de uso. La segunda parte se propone analizar en las políticas públicas de envejecimiento y vejez formas -y ofertas- medicalizadoras para quien envejece. Y finalmente, se intenta encontrar en los relatos de personas mayores una idea de envejecimiento con una estética que dignifica los cuerpos que se dan por envejecidos, esto como un acto de resistencia a los esfuerzos medicalizadores.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Mis enfermedades son asma, hidropesía y algo menos curable: setenta y cinco años"
-Samuel Johnson- (En: *La Vejez*. Simone de Beauvoir, 1970 -Pág. 37-)

¿Envejecer es un problema de salud?

Cada vez con mayor frecuencia -y a edades más tempranas- se considera que envejecer es un problema de salud (2). En esta y en otras sociedades, el agotamiento del cuerpo parece relacionarse irremediabilmente con la enfermedad, haciendo que "lo viejo", resultado del mismo ciclo biológico que da vida a lo humano, tenga una connotación intrínsecamente negativa, no solo desde los discursos médicos sino también en otros saberes como el arte, la cultura, la alquimia, la filosofía y hasta en la religión¹ (3).

Para Zetina (3), el envejecimiento, más que un hecho médico y biológico, es un asunto plural que resulta de la experiencia cotidiana; una experiencia que no se define necesariamente en el número de años, cuyo objeto es la vida humana en relación a las dinámicas del mundo colectivo. Esto quiere decir que el envejecimiento es una construcción social, ubicada en un momento histórico determinado y en constante cambio según el escenario de lo político.

Si bien con lo anterior se entiende que el envejecimiento es un asunto más complejo que el número de años de una persona, su estudio ha tenido un lugar muy importante -casi exclusivo- en los estudios médicos como objeto biológico (4). En este sentido, usar la medicina para el estudio, definición e intervención de asuntos cuyos orígenes se dan en escenarios sociales y simbólicos (como lo es el envejecimiento) es a lo que las ciencias sociales han llamado MEDICALIZACIÓN (5).

¹ Que el envejecimiento tenga un significado negativo no es un fenómeno exclusivo de las sociedades contemporáneas. Se sabe que durante los siglos XV y XVI, los hombres renacentistas, en su intento por prolongar la juventud desarrollaron habilidades en disciplinas como la medicina, la alquimia, la filosofía y la religión para ponerle fin a la vejez pues, consideraban que la belleza de lo humano estaba en la juventud y que, por el contrario, la vejez era símbolo de pecado y falta de virtud.

Medicalizar es pues un proceso por el que ciertos fenómenos que tienen mejor explicación desde otros campos, han sido redefinidos como fenómenos médicos plagados de discursos técnicos propios de esta ciencia (6). De este modo, hablar de la medicalización del envejecimiento es poner en discusión un asunto que es ante todo político, pues lo que está en juego no solo es el uso excesivo de tecnologías médicas, sino principalmente la resignificación de la vida y de lo vivo en función de lo "normal", lo "funcional" y especialmente lo "productivo"; convirtiendo a quien envejece en un objeto de intervención médica (7).

Ha sido bajo esta lógica, tal como se reafirma en los estudios de geriatría (4), que la comprensión del envejecimiento ha guardado una estrecha – y casi exclusiva- relación con la enfermedad, impulsando el surgimiento de medidas curativas. Más aún, se ha perpetuado su sentido negativo cuando, la mayor parte de los estudios gerontológicos se han enfocado en el análisis de la pobreza, la soledad, y el aislamiento(4).

Para poner en contexto lo anterior, se sabe que en Colombia se ha venido dando paulatinamente una transición demográfica que da cuenta del creciente envejecimiento de la población². Según proyecciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadística -DANE-, mientras que la población total en el país se duplica entre 1985 y 2050 (pasa de 31 millones y se estima que llegue a 61 millones de personas), el grupo poblacional entre 60 y 70 años se multiplica por 6.4 y el de 80 años o más se multiplica por 17 (8).

Según datos preliminares del censo realizado en el 2018 por el DANE(9), Colombia cuenta en la actualidad con aproximadamente 42,8 millones de

² Para la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la Organización Mundial de la Salud (OMS), y algunos instrumentos de política como la Ley 1251 del 2008, las personas mayores son aquellas que han llegado a la edad de 60 años. Sin embargo, algunos programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que se enmarcan bajo esta Ley también consideran como persona mayor a los adultos de 55 años con deterioro físico o mental (7).

personas³, cuyo índice de envejecimiento es de 60⁴. Al corte de este último censo, se estima que el 13,4% de la población supera los 60 años (6% hombres y 7,4% mujeres). Así, siguiendo la lógica del envejecimiento como riesgo de enfermedad, se estima que más de 5,7 millones de colombianos pueden ser diagnosticados con algún tipo de riesgo asociado al paso de los años y al desgaste natural del cuerpo, o bien, sumados a los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad vigentes en el país.

En la actualidad, la idea de la eterna juventud sigue vigente. Aunque son múltiples las formas y estrategias con las que se intenta conseguirlo, es importante notar que, son tal vez los medicamentos y productos cosméticos las formas más usadas, no solo por la credibilidad científica con la que se muestran, sino por la facilidad para acceder a ellos y la cantidad de estrategias publicitarias con las que se promocionan (10).

No es casualidad que sean las compañías farmacéuticas uno de los sectores económicos más importantes a nivel mundial. Laboratorios como Sanofi, Abbott y Pfizer ocupan los primeros lugares en materia de ventas y participación en el mercado nacional con la venta de productos dirigidos a la asociación entre cuidado de la salud y envejecimiento (11).

Según investigaciones, la polifarmacia a nivel mundial aumentó de 17.8% a 60.4% en personas mayores de 65 años entre 1997 y 2012. Lo preocupante es que la eficacia y seguridad de muchos de los fármacos de uso crónico, comúnmente prescritos en personas mayores, siguen siendo objeto de estudio; tal es el caso de algunos inhibidores de la bomba de protones, estatinas, benzodiazepinas y análogos, betabloqueadores como el atenolol y suplementos dietarios (12).

³ Los datos que arrojó este último censo han sido materia de crítica nacional, pues según estimaciones, en la actualidad Colombia contaría con cerca de 50 millones de habitantes. Según el DANE, esta diferencia puede deberse, por un lado, a sobreestimaciones, pues hace más de 10 años no se realizaba un censo de tales características, y por otro, a la dificultad logística y metodológica para llegar a regiones del país en las que hay presencia de conflicto armado. (Ver prensa: “El reloj del DANE superó los 50 millones de habitantes, ¿Y el censo?” El Espectador, octubre 21 del 2018)

⁴ El índice de envejecimiento expresa la relación entre la cantidad de personas adultas mayores y la cantidad de niños y jóvenes. Para este caso, se indica que por cada 100 personas menores de 15 años hay 60 personas mayores de 60 años.

Igualmente, el avance de la ciencia en la búsqueda de tratamientos contra el envejecimiento es vertiginoso. En los centros de investigación de las universidades más prestigiosas del mundo se invierten millones de dólares en estudios de fármacos, tratamientos e intervenciones que buscan retrasar el proceso del envejecimiento. Uno de los estudios más recientes en biogerontología es el que se lleva a cabo en la Universidad de Cambridge en conjunto con la *Methuselah Foundation*, donde un equipo de investigadores liderado por el gerontólogo Aubrey de Grey trabaja en ingeniería celular para la reparación de tejidos que permitirían, entre otras, el rejuvenecimiento corporal que elevarían la esperanza de vida a -según los autores- términos indefinidos, en un proceso conocido como "*negligible senescence*" (13).

De ser esto posible, en unas décadas se podría tener acceso a fármacos que permitirían modificar diferentes mecanismos celulares para que se auto-regeneren, sin embargo, se intuye que por su costo solo una parte reducida de la población podría acceder a ellos, generando así brechas de inequidad tal y como sucede con los medicamentos de alto costo en la actualidad.

En materia de uso de medicamentos, las estadísticas muestran que en Colombia esta tendencia va en aumento. El estudio Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento -SABE Colombia⁵- reveló que los medicamentos son una de las tecnologías en salud de mayor uso en la población adulta, en la cual, al menos el 84% fueron diagnosticados con más de una condición crónica de salud, siendo la hipertensión arterial y los síntomas depresivos los de mayor prevalencia (14).

Según datos disponibles en el aplicativo Medcol-STAT⁶, hasta el año 2016, medicamentos antihipertensivos como losartán potásico, atorvastatina y enalapril representaron más del 70% de dosis diarias dispensadas (DDD) en más de cuatro millones de personas mayores, y antidepresivos como sertralina y fluoxetina sumaron hasta el 75% de las DDD en este grupo

⁵ El estudio SABE Colombia hace parte del Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblacionales para la Salud, del Ministerio de Salud y Protección Social, cuyo objetivo es dar a conocer la situación económica, social y biológica de las personas mayores del país. Este documento es una línea de base para la construcción de políticas públicas sobre envejecimiento y vejez.

⁶Medcol-STAT es un módulo de información que permite conocer estadísticas sobre prescripción, consumo y gasto de los medicamentos del Plan de Beneficios en Salud en el país (45)

de medicamentos, de las cuales, más de siete mil prescripciones fueron realizadas en personas mayores.

Así, desde una lectura económica, estos tratamientos le costaron al sistema de salud ese año el 3,4% del total del gasto en medicamentos, una cifra que asciende a más de 63.900 millones de pesos (15); esto sin contar los gastos adicionales asociados a los problemas secundarios relacionados con el uso de estos tratamientos, una cifra nada despreciable para uno de los mayores gastos en salud en el país como lo es el costo de los medicamentos.

Sin duda, acceder a los medicamentos es uno de los beneficios que contempla el derecho a la salud; un derecho con el que, como es fácil suponer, millones de personas han salvado sus vidas. Sin embargo, no se puede desconocer, la visión crítica que desde los estudios sobre la medicalización se propone a la construcción social de asuntos que como el envejecimiento es asumido como un problema y consecuentemente como objeto de intervención, donde el crecimiento exponencial del comercio de medicamentos, cosméticos y procedimientos médicos y estéticos asistencialistas y cortoplacistas, se convierte en un problema de salud pública, y con ello en un problema político, en la medida en que genera necesidades económicas pagando por tratamientos interminables, dolorosos y potencialmente peligrosos por sus efectos adversos (16), y que adicionalmente, genera esferas de desigualdad para quienes no pueden acceder a ellos; haciendo de las personas mayores, cuerpos en constante riesgo y nichos para la venta de tecnologías en salud (7).

Ante esta problemática, a veces leída lejos de la cotidianidad de quienes envejecen, resultaría interesante ahondar en los modos como en las mismas personas mayores se sucede, experimenta y significa, la medicalización como fenómeno, en esta etapa de sus vidas y cómo contribuye a esta su relación con los medicamentos. Por ello, esta propuesta de trabajo toma solo una parte de todo lo que implica medicalizar el envejecimiento y se plantea la pregunta ¿Cómo se experimenta y se significa el uso de medicamentos como práctica medicalizadora en personas mayores pertenecientes al programa de atención social a la vejez y envejecimiento de la alcaldía de Medellín AMAUTTA?

Ante esta problemática, a veces leída lejos de la cotidianidad de quienes envejecen, resultaría interesante ahondar en los modos como en las

mismas personas mayores se sucede, experimenta y significa, la medicalización como fenómeno, en esta etapa de sus vidas y cómo contribuye a esta su relación con los medicamentos. Todo esto en medio no solo de su cotidianidad e individualidad como sujetos históricos, sino también en el marco de programas como los Centros Vida Gerontológicos que son producto de las apuestas políticas con las cuales la ciudad se ocupa de la vejez y el envejecimiento. Por ello, esta propuesta de trabajo toma solo una parte de todo lo que implica medicalizar el envejecimiento y se plantea la pregunta ¿Cómo se experimenta y se significa el uso de medicamentos como estrategia medicalizadora en personas mayores que asisten a los Centros Vida Gerontológicos pertenecientes al Programa de Atención Social a la Vejez y Envejecimiento de la Alcaldía de Medellín AMAUTTA?

4. OBJETIVOS

Objetivo General

Comprender las experiencias y significados relacionados con el uso de medicamentos como estrategia medicalizadora del proceso de envejecimiento en personas mayores que asisten a los Centros Vida Gerontológico pertenecientes al Programa de Atención Social a la Vejez y Envejecimiento AMAUTTA.

Objetivos Específicos

- Interpretar los hábitos, experiencias y significados otorgados al uso de los medicamentos por parte de las personas mayores.
- Reconocer la forma en la que se producen, reproducen y transmiten prácticas sociales vinculadas a la medicalización del envejecimiento a través del uso de medicamentos.
- Reconocer las experiencias y significados asociados con el proceso del envejecimiento en personas mayores.

5. REFERENTES TEÓRICOS

LA VIDA EN EXCESO: Producción subjetiva del envejecimiento como objeto de medicalización

"La medicalización de nuestra existencia tiene como consecuencia que las personas ya no estén contentas con su cuerpo, por lo que surge una medicina que no ayuda a los enfermos, sino que mejora a los sanos".

Jörg Blech

La gestión y protección de la vida se hace cada vez más presente en diversos aspectos de la experiencia humana: proyectarse para los próximos años, ahorrar, formar una familia, trabajar, prevenir posibles enfermedades, entre otras medidas que, para este momento de la historia, parece que vivir no es una acción que se conjuga en presente, sino principalmente en futuro. En este sentido, la medicina como ciencia y como discurso ha sido de suma importancia para conservar el cuerpo vivo para ese futuro planeado.

La cuestión sobre la gestión de la vida no es un tema nuevo. Michael Foucault, uno de sus principales exponentes, demostró cómo desde el siglo XVIII se hacía uso de la medicina para proteger la vida individual de manera que fuera, entre otras, más eficiente para dar respuesta a las necesidades emergentes de producción y así ser útil para el bienestar del cuerpo social. De ahí nace el concepto de medicalización, definido como la participación de la medicina en la gestión de la sociedad (17)

Para el filósofo Iván Illich, medicalizar significa usar la medicina y sus discursos para aliviar *malestares*, principalmente de origen social, que mejoren la *calidad de vida* de los individuos a través de estrategias preventivas que aumentan la oferta y demanda de productos, sin que ello implique cambios de fondo de las formas en las que se organiza la vida social. Para este autor, la medicalización inicia definiendo a los sujetos a partir de una patología (18).

La gestión de la vida y el control del cuerpo social ha hecho objeto de medicalización diferentes fenómenos, condiciones, conductas y experiencias (19), como la locura, la infancia, o la sexualidad. El punto en común en los casos históricamente medicalizados es la apropiación de los procesos de la vida biológica y social en apoyo de los discursos propios

de la medicina para inventar, construir y moldear la forma del sujeto; uno que se adapte mejor a una sociedad que busca constantemente, entre otras, ser más competente y eficiente.

A partir de las lecturas de Foucault, se muestra que la voluntad de medicalizar –y ser medicalizado- es una muestra de lo permeables que somos a los poderes que nos definen (17). Para el caso del envejecimiento, y desde la perspectiva de las sociedades modernas, al que envejece se le pone en un lugar de menor poder con relación a su capacidad de producir (4).

Como se decía, en Illich, el paso previo a la medicalización es la patologización. Esto significa construir alrededor del fenómeno la idea de enfermedad, apoyado en diagnósticos que permitirán explicar científicamente la condición “anómala” del sujeto (18). Siendo entonces el envejecimiento un hecho ampliamente estudiado por la ciencia, con métodos validados para diagnosticar los riesgos asociados a la edad avanzada; y siendo el viejo una figura de menor valor productivo en la sociedad contemporánea; se llega a la pregunta ¿Envejecer es un problema de salud? Ante este hecho, Talcott Parsons dice que, la enfermedad se define en parte biológicamente, y en parte socialmente, puesto que, quien no puede cumplir con su rol y contribuir a la estructura social a la que pertenece –una estructura fuertemente ligada al capitalismo-, será considerado y tratado como enfermo (20). Es por esta cuestión, que ha sido necesario comprender teóricamente la relación de la medicina y sus métodos con la construcción histórica y social de lo que significa el envejecimiento.

Entonces, ¿Dónde y desde cuándo empieza el envejecimiento a ser objeto de medicalización? Foucault nos dice que preguntarse por el momento actual, es tal vez el punto de partida más importante para aproximarnos a todo aquello que nos permita comprender nuestro entorno (21). Es cierto que somos historia, pero también es verdad que no somos los sujetos de otros siglos porque las relaciones, las necesidades y las búsquedas que tenemos en la actualidad tal vez no son las mismas de tiempos atrás. Es más, biológicamente no somos los mismos de antes, no porque hayamos experimentado cambios drásticos en términos evolutivos, sino porque a través de la ciencia y la tecnología se ha logrado tener mayor conocimiento del cuerpo biológico, como si con cada descubrimiento estrenáramos un nuevo órgano o una nueva función.

En este sentido, para Foucault, la definición del sujeto desde la medicina, toma fuerza cuando ésta empezó a conocer la forma del objeto, haciendo posible organizar alrededor de él un lenguaje racional. De este modo, para la ciencia moderna la forma del objeto y la funcionalidad han sido determinantes para configurar al sujeto concreto (22). Una idea que aún permanece a pesar de los avances que se han tenido tanto en las ciencias naturales como en las ciencias sociales, donde el individuo no solo se construye de materia y razón, sino también de intuición, conexión, sentimientos, deseos, entre otros; asuntos que le son extraños a la ciencia de los análisis factoriales.

Después de que la medicina empezara a conocer y definir la forma, el problema del sujeto (entre otros) ya no era cómo vivir, sino cómo no morir, no solo en términos de una muerte propiamente física, sino también una muerte funcional con relación al grupo social al cual pertenece. Para ello, la ciencia tiene diferentes estrategias discursivas (y entre ellas, herramientas tecnológicas) que mantienen, sostienen y alargan la vida biológica de quien está envejeciendo sin preguntarse por sus modos de vida.

En nuestro tiempo, envejecer comienza desde el momento en el que el sujeto, desde el enfoque del capitalismo, parece ser despojado de toda posibilidad de lucha (1), pues su cuerpo, que es el instrumento más inmediato para la producción, ya no se compara con la fuerza de un cuerpo joven. Es claro que la única forma de producción no es a través del cuerpo como "herramienta de trabajo", pues hay otras formas de producir capital, por ejemplo, el capital intelectual, sin embargo, es precisamente el desgaste del cuerpo una de las razones por las cuales la medicina de nuestro tiempo define al envejecimiento como enfermedad y lo hace objeto de medicalización. De ahí que una de las concepciones que se tienen de aquel que envejece, es el de un sujeto improductivo que se convierte en una carga para la sociedad:

El control de la sociedad sobre los individuos no se opera simplemente, por la conciencia o por la ideología, sino que comienza en el cuerpo, con el cuerpo. Fue en lo biológico, en lo somático, en lo corporal, en lo primero que invirtió la sociedad capitalista. El cuerpo es una realidad bio-política. La medicina es una estrategia bio-política (23).

Alrededor de la forma y la funcionalidad, ese sujeto definido por la ciencia se moldea según el contexto, se nombra y se construye a veces por estrategia. Tomando aquello que más posibilidades le permita ser y desenvolverse en la vida social, siendo ésta una manifestación de poder individual pero también colectivo que construye y forma a los sujetos(21).

Así, la medicalización trasciende de un acto con fines meramente médicos para convertirse en una estrategia biopolítica, es decir, una lucha ya no médica sino económica y política por lo vivo y lo viviente que se ejerce sobre lo único que se podría: sobre el cuerpo (24). Para la medicalización el cuerpo es un terreno donde constantemente hay disputa de tensiones de todo tipo: el cuerpo es productor, pero también es consumidor; y por ello es el primer lugar en el que pueden instalarse los discursos medicalizadores.

Formas de poderes en disputa en el envejecimiento: de la medicalización a la biomedicalización.

En Foucault, el poder se manifiesta no como una sola fuerza impositiva, sino como un juego de relaciones entre individuos, de los cuales hace parte el Estado, la industria, la familia, entre otros (21). Uno de los campos en los que el autor devela esta relación de fuerzas es precisamente en la medicalización (17), convirtiéndose entonces en una de las formas en las que la medicina, en conjunto con el Estado, pasaron de la individualización del sujeto a su colectivización, en la medida en que su preocupación ya no era solo el individuo sino el manejo del cuerpo social. De este modo, el Estado convierte la vida en política (17).

En ese proceso de definición de qué es y qué no es una enfermedad, en las sociedades contemporáneas, estructuradas desde el capitalismo, han sido principalmente el Estado, la medicina y la industria quienes han construido al sujeto que envejece (25). Y es que más allá de la observación del desgaste físico, el envejecimiento se ha convertido en *"el problema de las sociedades actuales, pues no solo las personas de edad son mucho más numerosas que antes, sino que ya no se integran espontáneamente en la sociedad; ésta se ve obligada a decidir sobre su condición y solo puede hacerlo en el plano gubernamental. Así, la vejez se ha convertido en objeto de una política"* (1).

Hasta ahora, se han expuesto diferentes formas de medicalizar una vez ha sido construida la idea de envejecimiento como enfermedad. Así, por un lado la medicina lo ha hecho, entre otras, con tecnologías como los medicamentos; y por su parte, el Estado lo hace a través de las políticas. Hasta ahora, esto hace de la medicalización una idea externa que se presenta como imposición al sujeto medicalizado. Sin embargo, hay otros puntos de partida para la medicalización, y es desde el mismo sujeto, es decir, desde adentro. En esta línea, algunos analistas más recientes de los fenómenos medicalizadores (26), hablan de la *biomedicalización*. Un concepto que no encontramos en Foucault, pero que sigue la misma línea crítica respecto a la producción de la enfermedad en la medicina.

Para Foucault, en la medicalización, el individuo está siendo constantemente vigilado por parte del Estado y de la sociedad, pues el solo hecho de vivir lo hace susceptible al "riesgo" de enfermar; un riesgo que afecta no solo al individuo, sino que también se traslada al colectivo en general, por ejemplo, riesgo al contagio de enfermedades (23). Sin embargo, en la biomedicalización esa vigilancia que antes era externa al sujeto, ahora se interioriza, y es el mismo sujeto el que tiene herramientas discursivas, dadas por la medicina, el Estado y la industria, para vigilarse a sí mismo (26).

Así, la biomedicalización (paralelo a la medicalización), no es un discurso que vive en un sistema fuera del sujeto, todo lo contrario, está cada vez más presente en conceptos que han sido ampliamente difundidos como el de riesgo, el de prevención, el de autocuidado, y otros, divulgados no desde el sentido reflexivo de lo que significa la vida y el cuerpo, sino desde el miedo y desde el consumo de medidas protectoras, donde ya no se habla de personas sanas, sino de personas potencialmente enfermas. Es decir, la biomedicalización, ha reconfigurado el significado de salud y de enfermedad. Sin duda, un hecho clave para la expansión de la medicina fuera de los consultorios médicos, trasladándose a cualquier lugar de la vida cotidiana.

En este escenario ¿Cuáles son los poderes que definen y construyen la medicalización del envejecimiento? Además del Estado y la medicina, la industria es uno de los poderes más visibles en ello (25). El sujeto tiene la "libertad" de adquirir todas las herramientas dadas para oponer resistencia al exilio al cual se ve enfrentado por su edad, eso sí, siempre

y cuando tenga el saber y la capacidad económica para acceder a ello, siendo ésta una forma en la cual el sujeto también lucha por el poder.

Por ejemplo, si para una mujer su cabello cano representa un problema para acceder al trabajo, ella misma puede pintarlo de los colores que quiera, pues tecnológicamente existe esa posibilidad, aun cuando este acto vaya en contravía de sus deseos. De este modo, la definición del envejecimiento como algo que se debe evitar, toma al sujeto como una potencia para que consuma y reproduzca todo aquello que le permita resistir:

Hemos considerado al hombre de edad en la medida en que es objeto de la ciencia, de la historia, de la sociedad; hemos descrito su exterioridad. Pero también es un sujeto que interioriza su situación y reacciona a ella (1).

Así, la medicina y sus tecnologías se convierten en herramientas para la modulación de la vida y lo viviente.

La biomedicalización del envejecimiento representa, por su complejidad, un campo de disputa de poderes y, con ello, una lucha en las relaciones colectivas. La modulación del significado que el capitalismo hace sobre "el viejo" en el imaginario colectivo, siempre pondrá al sujeto que envejece en un plano de menos posibilidades con relación a su círculo social, haciendo de él una parte muy importante del mercado: es un sujeto cuya única posibilidad de agencia parece estar en la compra de tecnologías, entre ellas, los medicamentos.

Para Arrubla (27), medicalizar el envejecimiento es un proceso que tiene dos elementos muy importantes desde una mirada política: por un lado, es necesario que exista una interpretación social, científica y Estatal que relacione "lo viejo" como un riesgo; y por el otro, crear las prácticas, herramientas y políticas que le ayuden a la población a solucionar dicho problema que, para el caso del actual modelo biomédico, se da a través de procedimientos y productos que restablezcan los procesos biológicos que ya no funcionan bajo los criterios de "normalidad".

En síntesis, la medicalización es un fenómeno global construido históricamente que trasciende la gestión del cuerpo individual a esferas políticas, económicas y sociales que dictaminan medidas para la

organización del cuerpo social. Como parte de este concepto medicalizador aparece la biomedicalización para explicar cómo se naturaliza ese control social desde el discurso médico hasta llegar al punto de ser el mismo sujeto quien demanda la necesidad de control y protección, apropiándose de discursos médicos que son producidos y reproducidos en la cotidianidad.

6. METODOLOGÍA

6.1 DISEÑO METODOLÓGICO

Diseñar una metodología implica ante todo elegir la manera en la que se decide conocer y pensar el mundo (28). De este modo, con los objetivos de este trabajo de investigación, se busca acercarse a una forma de conocer y pensar en la que tenga lugar la narración de la cotidianidad: relatos de rutinas, experiencias, relaciones y puntos de vista alrededor del uso de medicamentos. Para ello, se diseñó una metodología de corte cualitativo que combina dos métodos: estudio de caso y teoría fundamentada. El primero, para conocer el cómo del fenómeno, y el segundo para interpretarlo y comprenderlo desde la teoría.

Que la pregunta que guía esta investigación gire en torno a la cotidianidad en el uso de los medicamentos se debe a dos razones. La primera, como un compromiso por problematizar los principios epistemológicos del método científico clásico en materia de tratamientos farmacológicos y, en segundo lugar, porque desde sus inicios, la atención farmacéutica, como estrategia encargada de analizar y evaluar el uso de medicamentos, lo ha hecho casi exclusivamente usando términos abiertamente medicalizadores como paciente, seguridad, efectividad, entre otros; y se ha ocupado en menor medida de estudios cualitativos que permitan comprender los aspectos simbólicos que giran alrededor del uso de los medicamentos como la experiencia y los significados que guarda su uso (29).

Según Giddens (30), la experiencia se entiende como algo más que una vivencia. Es un proceso de contenido histórico ligado al saber cultural, en cuya narración está contenida la vida individual y colectiva de quien la cuenta, que es, el sujeto en el que tiene lugar la experiencia. De este modo, la elaboración de la experiencia está plagada de emociones, aprendizajes, representaciones y contradicciones. Por ello, comprender el mundo y sus fenómenos a través del estudio de los significados ha sido un esfuerzo teórico y práctico que en sus inicios se desarrolló en mayor medida desde la psicología, con el propósito de comprender las acciones humanas más allá de los modelos positivistas que proponen que nuestro comportamiento está trazado principalmente por impulsos biológicos y por conexiones de estímulo respuesta (31).

Lo anterior, parte de reconocer que uno de los desafíos metodológicos y epistemológicos en cualquier investigación es admitir la imposibilidad de abarcar la totalidad de los fenómenos que se quieren conocer. En esa medida, se acepta que el camino elegido para dar respuesta a la pregunta de esta investigación no busca descubrir una verdad sobre el uso de los medicamentos en el envejecimiento, ni para comprobar su efectividad y seguridad; sino para comprender a través de historias, textos y teorías el entramado de algunos de los tantos mecanismos posibles para medicalizar la vida. En la figura 1, se muestra en detalle la versión final de la estructura metodológica construida para dicho propósito.



Figura 1: Diseño metodológico

6.1.1 Enfoque epistemológico

Identificar un enfoque epistemológico es preguntarse por el estilo investigativo, los objetivos analíticos y las líneas de pensamiento plurales y diversas que definen al investigador (32). Es por ello que, siendo la medicalización una categoría cuyos análisis surgen a partir de una pregunta por lo social, lo político y lo simbólico del fenómeno, el enfoque epistemológico adoptado en esta investigación es la teoría *crítico-social*,

definida como aquella postura asociada a la reflexión y al debate de la acción social, valiéndose de herramientas que ahondan en lo histórico y contextual, para reconocer no solo los momentos por los que ha transitado el sujeto sino también analizando todo aquello que lo lleva a significar e interpretar la realidad de la forma en que lo hace(33).

Así, para la interpretación del mundo empírico en el cual se desarrolla esta investigación, fue necesario abordar textos que, desde la filosofía y la política han estudiado el fenómeno de la medicalización de la vida. Así mismo, el interés interpretativo que tiene este enfoque para la comprensión de las experiencias narradas supone un camino de doble interpretación: la versión del narrador y la interpretación de quien escucha. Un proceso al que Gibbs llama "narrar de nuevo" (34).

6.1.2 Tipo de estudio

Como estrategia metodológica para responder la pregunta de esta investigación se utilizarán dos métodos ya conocidos: el *estudio de caso* y la *teoría fundamentada*.

- Estudio de caso

Es la representación detallada de un sistema integrado que se estudia en sí mismo dentro de su marco sociocultural particular, permitiendo comprender la realidad social como el resultado de un proceso histórico y político. Una de sus principales características es que, al centrarse en una situación, evento o fenómeno particular, pueden inducir a descubrir nuevos significados y le permiten al investigador generalizar conceptos o hipótesis que surgen del análisis de casos concretos (35).

El caso que fue objeto de estudio en esta investigación se definió a partir del tema principal, que es la medicalización. De este modo, fueron los relatos alrededor de los hábitos, las experiencias y los significados sobre el uso de medicamentos, los que guiaron la lectura y la interpretación de los datos hacia la comprensión teórica del fenómeno de la medicalización. La unidad de análisis fueron personas mayores, en casi todos los casos personas polimedica⁷ que asisten a los Centros Vida Gerontológicos

⁷ Se considera polifarmacia cuando una persona toma diariamente entre 5 y 10 medicamentos diferentes o dosis de la misma molécula (46). Sin ser la polimedicación

de la Secretaría de Inclusión Social y Familia de la Alcaldía de Medellín AMAUTTA. A pesar de describir la unidad de análisis del caso con estas características, metodológicamente este trabajo no negaba la posibilidad de escuchar a otras personas que no cumplieran con dichos criterios, pues se parte de la idea de que la noción de envejecimiento y de medicamentos y la forma en la que se significan y se experimentan sus usos no solo sucede a partir de los 65 años (edad en la que una persona es considerada como mayor).

Siguiendo a Stake (35), este caso tiene un interés instrumental en la medida en que su estudio no solo permite reconocer las experiencias asociadas al uso de los medicamentos por sí mismas, sino también como una herramienta para comprender el sentido con el que se expresa en la vida cotidiana la teoría de la medicalización. Por otra parte, el caso tiene un alcance interpretativo donde la observación y comprensión atenta de las historias narradas por las personas se convierten en una de las herramientas de análisis más importantes para ahondar en un tema que ha sido de gran interés sociológico, aunque en menor medida ha sido de interés para las áreas de la salud.

Este caso cobra relevancia, primero porque es una cuestión sobre el derecho a una vida digna, pero también porque es una pregunta que cuestiona la forma de organización política del cuerpo, la forma en la que la medicina modifica (positiva y negativamente) la experiencia de vida de las personas, por el manejo de la enfermedad, por las implicaciones económicas, por la modificación cultural y social de la población, entre otras. De este modo, se trata de un caso que se preocupará por lo simbólico, y en el que sus resultados sirven para problematizar cuestiones más profundas que van más allá de la salud desde su sentido biomédico.

necesariamente un criterio de inclusión en este estudio, fue frecuente encontrar a través de las entrevistas que las personas mayores que hicieron parte de esta investigación toman diariamente dicha cantidad de medicamentos y en algunos casos se alcanza a llegar a la polimedicación excesiva (más de 10 medicamentos), incluso varios de ellos llevaron a las sesiones la fórmula médica para preguntarme sobre cómo tomar sus medicamentos.

- Teoría Fundamentada

La decisión de incluir la teoría fundamentada en esta investigación se dio a lo largo del proceso de recolección y análisis de los datos. Esto es porque, si bien los estudios cualitativos buscan darle prioridad a la voz de los participantes, se requería metodológica y críticamente de una estrategia de análisis que permitiera dar un acento concluyente desde la teoría a la hora de acercarnos a la raíz del problema de investigación aquí expuesto. De este modo, se utilizaron elementos de la teoría fundamentada a medida que se iba desarrollando el caso.

Este método fue desarrollado originalmente por Barney Glaser y Anselm Strauss. Se define como *"una estrategia metodológica que busca desarrollar, teorías, conceptos, hipótesis y proposiciones con base en datos que son recogidos y analizados en forma sistemática"* (28), lo que da lugar a explicar y predecir situaciones y acontecimientos de la vida social en movimiento.

Lo interesante de tomar elementos de la teoría fundamentada para responder a la pregunta que dirige esta investigación, es porque en sus herramientas ofrece métodos interpretativos de la realidad social. De este modo, permite analizar los significados simbólicos de los individuos, no en un escenario aislado, sino en relación a su tiempo y a su historia personal (36).

El marco de referencia de la teoría fundamentada es el interaccionismo simbólico, desde esta perspectiva, es un método que hace énfasis en los procesos de interacción de las personas frente a los acontecimientos; de ahí que esta se entienda como una teoría abstracta que intenta explicar la acción social (28).

En ese sentido, con elementos de este método, se busca fundamentar la teoría en datos y acercarnos al por qué sucede la medicalización como un primer paso para generar estrategias que conlleven a la acción social en relación a este fenómeno.

6.1.3 Lugar del estudio

Centros Vida Gerontológicos de la Unidad de Personas Mayores de Medellín, del programa de atención social a la vejez y el envejecimiento AMAUTTA.

Amautta es una sala temática que pertenece a la Unidad de Personas Mayores, adscrita a la Subsecretaría de Grupos Poblacionales de la Secretaría de Inclusión Social y Familia. Dicha unidad de Personas Mayores fue creada en el año 2008 con el propósito de direccionar, formular, coordinar y gestionar las políticas, planes, programas y proyectos estratégicos de prevención, promoción, intervención y asistencia de las personas mayores, contribuyendo con el mejoramiento de las condiciones de vida de esta población (37).

Los Centros Vida Gerontológicos es un modelo semi - institucional que hacen parte de las unidades de atención contempladas en el Plan Gerontológico de Medellín 2017-2027. Su objetivo es ofrecer atención integral especializada a las personas mayores con actividades y espacios de participación que, de acuerdo a sus capacidades, les permitan estar activas y saludables.

Si bien el objeto de estudio no son los programas ejecutores de políticas públicas, la elección de los Centros Vida Gerontológicos se dio porque resulta interesante analizar la medicalización desde las personas que asisten a programas que ofrecen distintos servicios, acordes al Plan Gerontológico de Medellín; programas que a su vez pueden convertirse en objeto para la creación de herramientas que direccionan las políticas públicas sobre vejez y envejecimiento en la ciudad, no solo en temas de salud y atención biomédica, sino desde sentidos sociales, culturales y políticos.

6.2 PROCESO METODOLÓGICO

Siguiendo a Galeano (32), el proceso metodológico en esta investigación estuvo dividido en tres momentos que, si bien se describen como etapas consecutivas, en su ejecución se permitió ir y venir entre un momento y otro según era necesario para retomar la pregunta, volver a los participantes, considerar otros conceptos, ente otros. La figura 2 describe

brevemente la definición de cada momento de esta investigación:

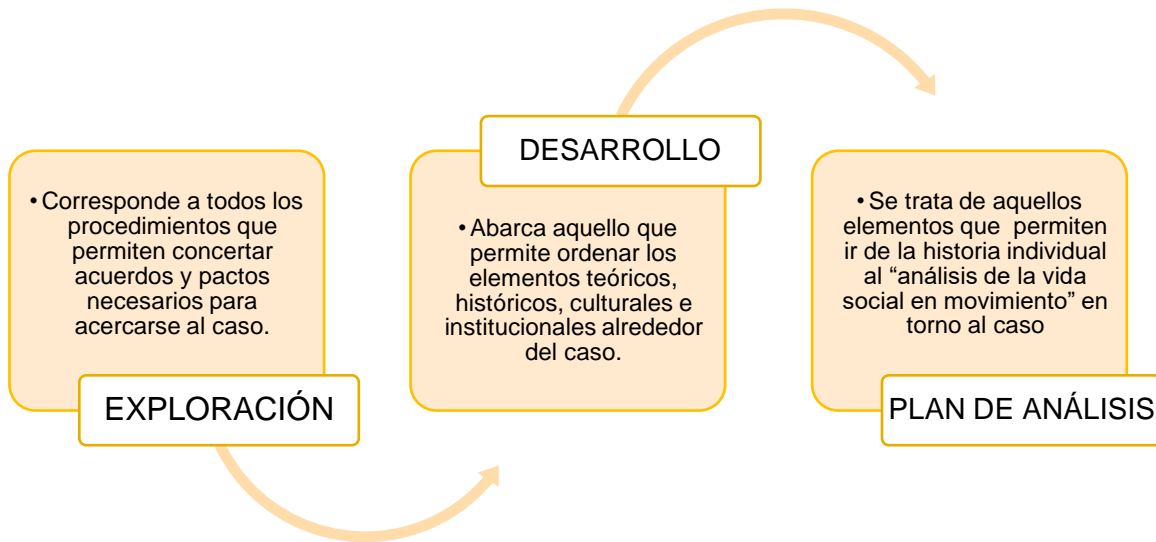


Figura 2: Proceso metodológico (32).

6.2.1 Momento 1: La Exploración

Como parte de los acuerdos necesarios para definir y acercarme al caso, fue necesario iniciar con una primera selección y delimitación del caso según la búsqueda bibliográfica realizada; la conceptualización del objeto de estudio; reuniones con las personas encargadas de la sala temática Amautta perteneciente a la Unidad de Personas Mayores, de la Subsecretaría de Grupos Poblacionales de la Secretaría de Inclusión Social y Familia para la presentación de la propuesta; y finalmente, aprobación por parte de Amautta y del Comité de Ética de la Investigación de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia.

6.2.2 Momento 2: Desarrollo del estudio

Este momento está compuesto por la definición de la población participante y de las técnicas de recolección de la información.

- Definición de la población participante:

Buscando casos singulares, se seleccionaron tres Centros Vida característicos no solo por su ubicación sino por las diferentes realidades de las personas que allí asisten. Estos fueron: El corregimiento de San Sebastián de Palmitas, que es un entorno rural, y los Barrios El Poblado y Guayabal que son entornos urbanos con profundas diferencias socioeconómicas.

La selección de los casos se hizo a través de “grupos informantes o “porteros” (32). Estos fueron los profesionales que acompañan las actividades y conocen a profundidad la dinámica de los programas que allí se manejan y las personas que asisten. Con estos profesionales, que pertenecen en su mayoría a áreas de la salud como nutrición, enfermería, deporte, gerontología y de las artes, se socializó el sentido de esta propuesta de investigación, y fueron ellos quienes, al inicio, recomendaron algunos casos críticos cuyo estudio podría dar respuesta a la pregunta de investigación. A medida que avanzó el estudio, los participantes también recomendaron a otras personas que fueron de gran interés y ayuda para el estudio del caso, en lo que se denomina “bola de nieve”, con entrevistas que se realizaron hasta alcanzar la saturación teórica (32).

Se recolectaron en total 4 registros de actividades grupales y 11 registros individuales, descartando dos de ellos porque en su contenido no proporcionaban elementos para responder a la pregunta de investigación.

Finalmente, y como estrategia para el desarrollo de la teoría fundamentada, en cada encuentro se buscaba refinar o expandir elementos conceptuales que surgían bien sea de las entrevistas anteriores o de los documentos bibliográficos consultados, un muestreo teórico que permitió ampliar conceptualmente el caso (38). La tabla 1 describe brevemente a cada participante de este estudio:

La tabla 1: Participantes de la investigación.

¿QUIENES SON?	
1	Mujer de 74 años. Viene de Dabeiba–Antioquia y toda su vida ha vivido y trabajado en el campo. Es madre de 3 hijos y viuda hace 27 años. El mayor apoyo son sus hijos y sus nietos que no la dejan sola.
2	Hombre de 79 años y padre de 5 hijos. Es un campesino que todavía trabaja la tierra. Dice que, aunque en su juventud “hizo cosas mal hechas” ahora tiene una vejez feliz con su compañera y sus hijos.
3	Mujer campesina. Asumió sola la responsabilidad de 4 hijos después de que el padre los dejó desde que estaban

	"escueleros". Muy trabajadora en la casa y en la huerta que le dio para vivir y "levantar la familia".
4	Mujer de 82 años y madre de 3 hijos. Toda su vida ha transcurrido en la ciudad. Su mayor orgullo fue haber conseguido un trabajo cuando tenía 48 años para " <i>salir adelante por su propio esfuerzo y no depender de los hijos</i> " luego del divorcio de un matrimonio de 22 años.
5 y 6	Hombre de <i>setenta y pico</i> de años, y padre de una sola hija. Nació y creció en el campo, en el municipio de Abejorral-Antioquia, pero en su juventud llegó a la ciudad para trabajar. Fue albañil, jardinero, ordeñador, amansador de bestias y negociante.
7	Mujer de 65 años que creció en el barrio Villatina. Tuvo una infancia difícil, con 10 hermanos con los que tuvo muchas diferencias. Desde niña quiso tener libertad y el derecho a un lugar para sí misma. Siempre ha sido una mujer muy trabajadora que ha salido adelante por sí misma.
8	Mujer campesina de 67 años y madre de 5 hijos. Trabajó toda su vida recogiendo caña y café. Hace de todo porque " <i>no le gusta quedarse quieta</i> ": dibuja, pinta, hace manualidades, crochet y bordados. Dedicó casi todo su tiempo a cuidar el jardín que tiene en el corredor de su casa, en el que tiene sembradas conservadoras, clavelinas, lirios, dalias, rosas y novios de todos los colores que florecen todo el año.
9	Mujer de 88 años. Madre de " <i>5 hijos maravillosos</i> " y esposa de " <i>un hombre maravilloso</i> ". Llegó a la ciudad en su juventud para trabajar junto con sus hermanas. Después de la muerte de su esposo se sintió muy sola, y por eso llegó al Centro Vida. Desde entonces aprendió a pintar, bailar, hacer manualidades y otras actividades que la hacen " <i>sentir más tranquila</i> "

10	Mujer de 68 años. De origen campesino. Viene de una vereda del municipio del Peñol-Antioquia, pero desde que se casó vive en la ciudad. Una de sus mayores alegrías es participar en actividades comunitarias que, entre otras, le ayudaron a salir adelante luego de la muerte violenta de su hijo. Le gusta cantar, dar catequesis, y estar en capacitaciones que le permitan aprender cosas que en su juventud no tuvo oportunidad de conocer.
11	Mujer Bogotana de 68 años y madre de 2 hijos. Trabajó en el sector judicial hasta su jubilación. Dedicó su tiempo a participar de espacios que le permitan estar activa como la gimnasia, huertas comunitarias, grupos de estudio, artesanías, entre otros.

- Técnicas de recolección de la información:

- *Análisis documental:* Si bien es importante tener presente que, en la teoría fundamentada la construcción teórica parte de los datos, fue importante para la delimitación del caso, realizar un registro bibliográfico para conocer otros estudios que permitan problematizar los hallazgos. En ese sentido se recogieron artículos que exponían casos, así como textos que profundizan teóricamente en el estudio de la medicalización.
- *Entrevistas en profundidad:* Los datos más importantes para responder a la pregunta de esta investigación fueron los relatos en los que las personas mayores narraron su experiencia en el uso de medicamentos. Para obtenerlos, se realizaron entrevistas en profundidad que permitieron ahondar en sus historias de vida; definidas por Eumelia Galeano como aquellas que "se ocupan de la reconstrucción de vivencias personales, en las cuales se entrelazan el tiempo de vida del sujeto, pero también el tiempo social [...] Permitiendo comprender fenómenos donde los sujetos son los actores protagónicos [...] acudiendo a la memoria, al relato, a la entrevista a profundidad y a los documentos para asignarle sentido social y cultural a las vivencias individuales" (32). Estas entrevistas se realizaron de manera individual en cada Centro Vida. La conversación iniciaba con preguntas que permitían dar inicio al encuentro, pero que en el transcurso del relato podían variar según la narración. Para su registro, se utilizó una grabadora de voz con previa autorización del participante, lo cual permitió conservar el relato fielmente para el momento de la transcripción.

- *Notas de campo:* a lo largo del desarrollo de esta investigación se registraron en notas personales reflexiones, ideas, detalles de los encuentros, observaciones y demás elementos que permitieron ganar reflexividad y hacer un ejercicio autocrítico frente al tema en cada momento de la investigación para superar los preconcepciones, juicios e interpretaciones propias (39).

Cabe resaltar que las notas de campo por sí solas no permiten superar dichos temores, sin embargo, adoptar una estrategia de reflexión personal, escritura y seguimiento permitió, entre otras, ver lo aprendido y lo que falta por aprender. Así mismo, permitió tener una visión secuencial de cómo se va materializando lo teórico en las experiencias narradas según las historias de vida.

6.2.3 Momento 3: Plan de análisis y manejo de la información.

Para este estudio, se construyó un plan de análisis que permitió ir de la reflexión concreta sobre las experiencias en el uso de medicamentos a la reflexión teórica sobre la medicalización. En ese sentido, el manejo de la información y las estrategias de retroalimentación fueron fundamentales para contrastar las versiones emergentes en cada participante sobre el uso de los medicamentos como estrategia medicalizadora del envejecimiento.

- Manejo de los datos:

Como se mencionaba en párrafos anteriores, con consentimiento de los participantes, las entrevistas fueron registradas en un grabador de voz digital y posteriormente transcritas. Como parte del compromiso ético para el manejo de datos, estas copias solo las conservan la investigadora principal y el director de investigación. Una vez transcritas, las entrevistas se procesaron en el programa de análisis de datos cualitativos Atlas. TI en su versión 7. Por otro lado, para el manejo de documentos y notas de campo, se realizaron fichas bibliográficas que facilitaron el proceso de asociación de datos y triangulación de la información.

- Puesta en común, validación y actividades de retroalimentación:

En cada entrevista se buscó, con preguntas orientadoras, validar la información dada por parte de los participantes, contrastando constantemente las diferentes visiones, lógicas, versiones y significados

de la experiencia del uso de medicamentos a la luz de la teoría de la medicalización.

Así mismo, la realización de actividades grupales permitió poner en común ideas y conceptos que surgían en las entrevistas individuales. Para el caso del Centro Vida de San Sebastián de Palmitas se realizó un taller de tejido en el que el tema principal fue todo aquello que hacemos para el cuidado de sí. En los Centros Vida del Poblado y Guayabal se hicieron, a petición de los participantes, un taller de plantas medicinales en el que se puso en cuestión el uso de plantas como otra forma de medicalización.

Otra estrategia de validación externa, fue compartir con otras personas medicadas o no que estuvieran fuera de estos programas las mismas preguntas y cuestiones sobre el uso de medicamentos, entre ellos no solo personas mayores sino también jóvenes.

En esa misma línea, este trabajo fue parte de una ponencia internacional en la VIII Conferencia Latinoamericana de Ciencias Sociales –CLACSO- que tuvo lugar en noviembre del 2018, en la línea de trabajo de políticas públicas con enfoque en inequidades sociales en salud. Allí, se tuvo la oportunidad de discutir con los asistentes sobre cómo la política pública también puede contener entre sus programas, estrategias medicalizadoras.

Finalmente, es importante resaltar que a lo largo del desarrollo metodológico, se tuvo presente que los compromisos éticos eran los que determinaban el camino a seguir en este trabajo de investigación. De este modo, asuntos como la confidencialidad de los datos, los consentimientos para realizar las entrevistas, los momentos de socialización, las respectivas solicitudes y permisos, fueron respetados según el aval dado por parte del comité de ética de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, en su sesión 183 del 3 de mayo del 2018 (Anexo 1).

7. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

7.1 PLAN METODOLÓGICO PARA LA LECTURA DE LOS DATOS

Estrategia basada en elementos de la teoría fundamentada para la organización de la información:

Parte del sentido de incorporar a la metodología elementos de la teoría fundamentada, es para tomar de ella estrategias que permitan relacionar de manera lógica y sistemática la información, de modo que se pueda hacer una relación entre los datos empíricos y la teoría mediante la codificación y clasificación de categorías en conjunto con su análisis y reflexión. A continuación, se describe el proceso de lectura de los datos y presentación de los resultados de este trabajo de investigación.

7.1.1 Lectura repetida de los datos

A lo largo del trabajo de campo fue necesario leer y revisar constantemente los datos a medida que se recolectaban en audios tomados en cada una de las entrevistas individuales que se realizaron. Estos audios fueron transcritos, y los textos resultantes se clasificaron según temas de conversación. Lo siguiente fue realizar una primera agrupación en etiquetas simples para identificar cada nota y así ir construyendo una suerte de estructura primaria sobre la cual ir relacionando ideas abstractas, interpretaciones primarias e intuitivas que permitieron ir reconociendo qué información faltaba para dar respuesta a la pregunta de investigación. De esta manera, se evaluaban y re-estructuraban sobre la marcha las preguntas que se hacían en cada encuentro con las personas mayores. Las primeras etiquetas orientadoras que emergieron de las conversaciones fueron:

Tabla 2: códigos primarios asignados en la primera de lectura de los datos.

ETIQUETA	SIGNIFICADO
1. De lo que los hace felices	Para reconocerlos desde su subjetividad: los deseos, los anhelos y los sueños a lo largo de su vida.
2. De cómo viven	De su entorno familiar, social y económico: de historias personales, de con quien vive, de

	qué viven, en dónde viven, cómo ha cambiado su entorno con los años, entre otros.
3. De lo que han aprendido	De los aprendizajes que traen los años
4. De lo que sienten	De cómo se nombran y se perciben en la vejez
5. De los rechazos a la medicina	Para encontrar las resistencias que tienen frente al uso de la medicina convencional, opiniones, posiciones y experiencias personales.
6. De lo que hacen en un día normal	Descripción de un día de su cotidianidad.
7. De las cosas que dan miedo en la vejez	Sobre los temores de envejecer, de lo que viven, de la soledad, de la economía, de los arrepentimientos, de las enfermedades, la exclusión, entre otras.
8. De lo que los motiva	Sobre los deseos y gustos personales: qué disfrutan hacer, qué saben hacer, cómo usan su tiempo, y sobre todo aquello que les gustaría aprender.
9. De lo que hacen en la clase/capacitación	Sobre las actividades que realizan en el centro vida y de cómo las asimilan: opiniones, desacuerdos, posiciones frente a lo que les enseñan, lo que aprenden, de la dinámica de las clases, de los profesores, de las relaciones con los compañeros, entre otras.
10. De las razones para asistir al centro vida	De lo que les gusta del programa y lo que los motiva a volver
11. Del autocuidado	De aquellas acciones y cuidados que se realizan para preservar la salud
12. De las fórmulas médicas	Para conocer los medicamentos que usan, la frecuencias con la que los toman y la dinámica con la que se prescriben los medicamentos
13. Opiniones sobre los medicamentos	De lo que se retoma de la experiencia: qué han sentido, efectos, de lo que dicen sobre tomar medicamentos durante muchos años, entre otros.
14. De las críticas a los medicamentos	De las críticas frente al uso de los medicamentos.

15. De cómo se toman los medicamentos	De los hábitos y acciones cotidianas relacionadas con el uso de los medicamentos: hora en la que toman los medicamentos, formas de hacerlo, dónde los guardan, lo que han aprendido sobre ello, dónde lo han aprendido, entre otras.
16. De tomar los medicamentos sin falta	Sobre los discursos de adherencia a los tratamientos que han aprendido
17. De la automedicación	Para descubrir hábitos, costumbres y saberes adicionales a los medicamentos prescritos por los médicos. De lo que "se sabe que es bueno para la salud"
18. Del uso de plantas medicinales	Opiniones, posiciones críticas, recomendaciones y saberes sobre el uso de las plantas.
19. De las citas médicas	Para conocer no solo la frecuencia de las consultas médicas y el proceso para conseguirla, sino también la dinámica con la que se da el encuentro con el médico: la relación que con ellos establecen, lo que dicen, el trato, entre otras.
20. De las enfermedades	Para conocer la razón de los medicamentos que toman y para descubrir si en el envejecimiento hay un patrón de enfermedades comunes
21. De lo que sienten en el cuerpo	De cómo perciben su cuerpo envejecido: dolores, percepciones, opiniones, capacidades, limitaciones, entre otros.
22. De la salud y la fe	De cómo se conjuga el deseo de sanar con la religión en un grupo de personas que reconocen la figura de dios como fundamental en sus vidas.

7.1.2 Codificación

Esta primera lectura de los datos fue seguida por una estrategia de clasificación más minuciosa según temas abordados, descartándose datos que no se consideraron útiles para responder a la pregunta de investigación. Dicha clasificación parte de la identificación de categorías descriptivas, que son más amplias conceptualmente, seguido de la identificación de categorías analíticas en las que predomina la deducción, para terminar en categorías interpretativas que dan lugar a la verificación

y formulación teórica. Un proceso que Galeano denomina densificación creciente (28).

- Codificación abierta o identificación de categorías descriptivas:

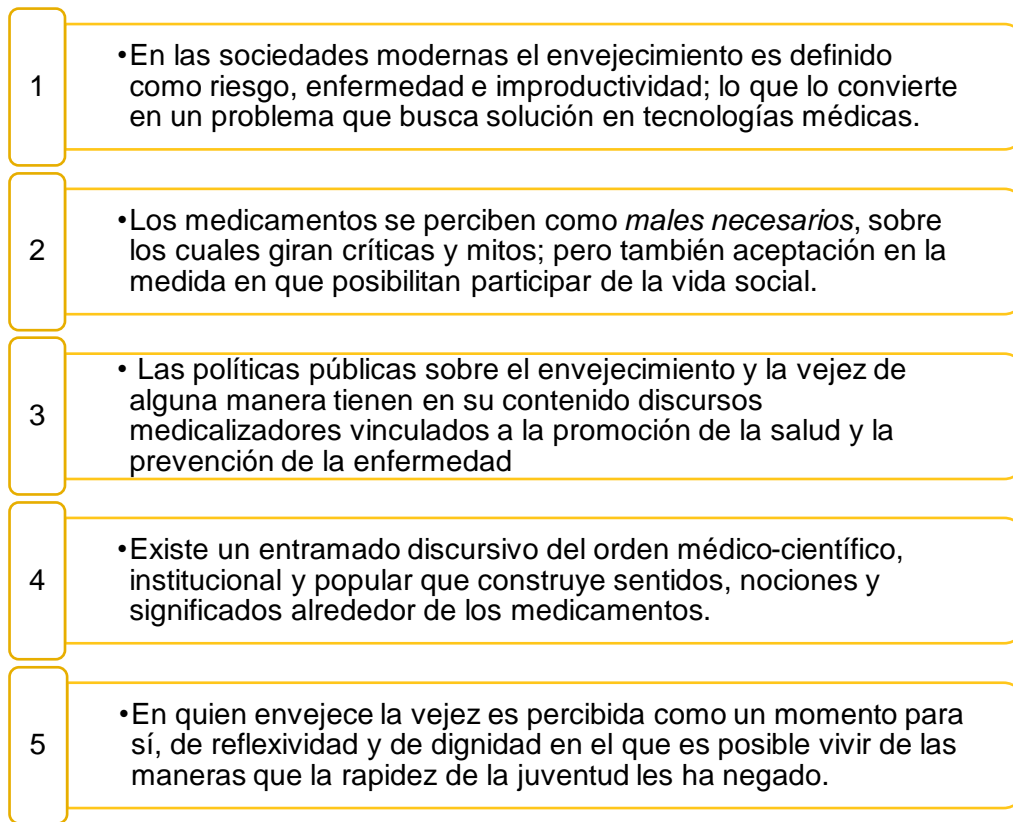
En el ejercicio de la codificación abierta se descubren los conceptos presentes en los relatos. Aquí los datos se examinan uno por uno, se comparan y se asocian entre sí para agruparlos en ideas explicativas o categorías, que son las representaciones del fenómeno que se quiere estudiar (36). Para este caso, las categorías descriptivas resultantes fueron las siguientes:

Tabla 3: Categorías explicativas emergentes en el proceso de codificación de los datos.

1.	Medicinas para "aliviar"
2.	Sistema de salud: de las ofertas de salud y de cómo se accede a los servicios
3.	El programa Centro Vida como parte de la política pública sobre envejecimiento y vejez
4.	El envejecimiento y su significado
5.	La cotidianidad de las personas mayores

- Codificación axial o identificación de categorías analíticas:

La codificación axial es principalmente un ejercicio de deducción (28), en el que se busca dar sentido a las categorías descriptivas vinculándolas entre sí según el acontecimiento que definen. La figura 3 resume las 5 categorías analíticas resultantes de dicha deducción:



La figura 3: categorías analíticas resultantes en el proceso de codificación de los datos.

- *Codificación selectiva o identificación de categorías interpretativas:*

La asociación de las categorías analíticas permiten integrar y refinar la teoría, organizando cada categoría alrededor de un concepto explicativo central para descubrir teorías, conceptos o verificar hipótesis (36).

La figura 4 es el esquema final que recoge de manera analítica los resultados encontrados en esta investigación, en el cual se relaciona el uso de medicamentos, la construcción conceptual, política y social del envejecimiento y, con ello, su medicalización. Será este esquema la ruta analítica a través de la cual serán discutidos los resultados.

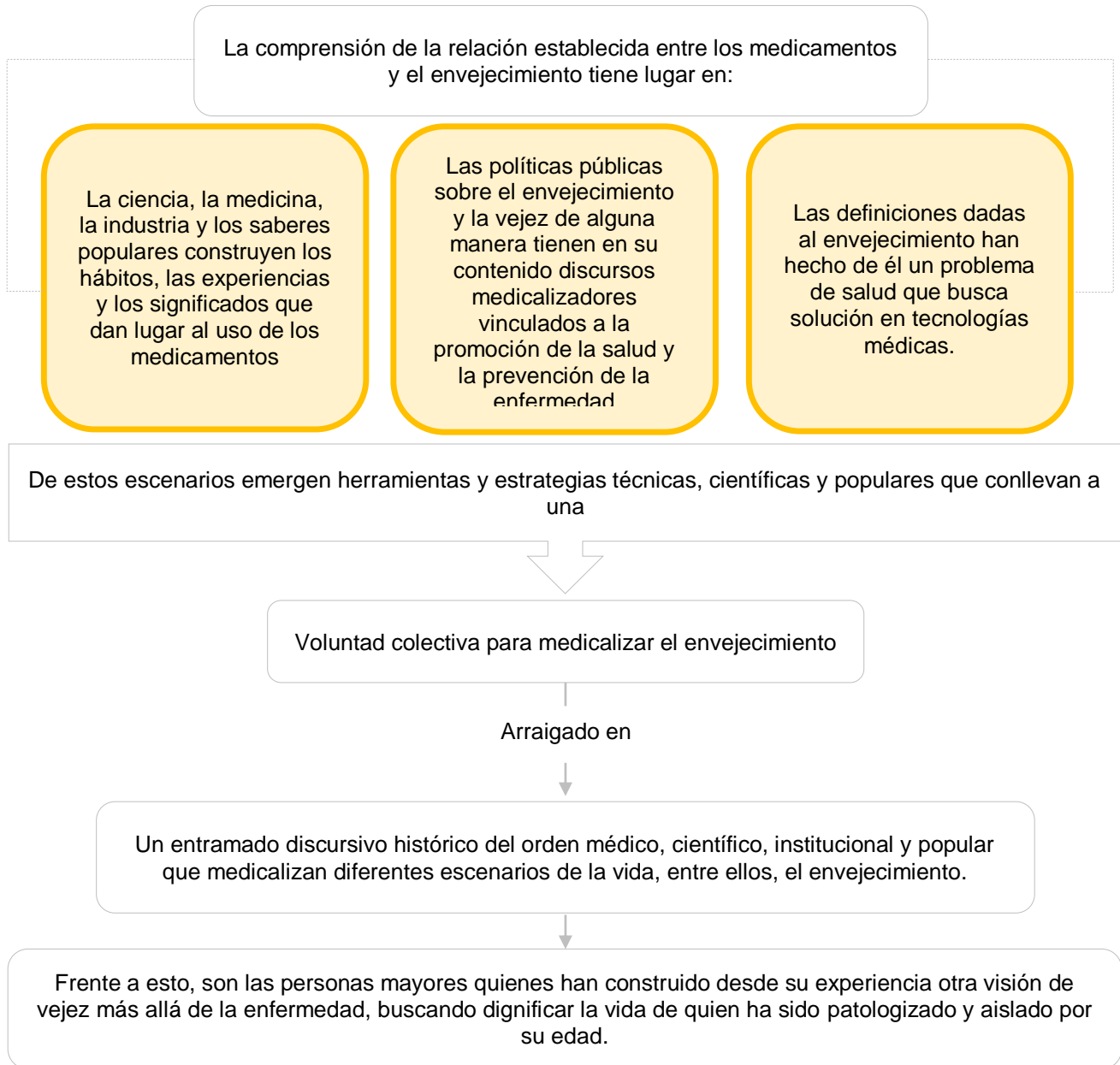


Figura 4: Relación analítica entre los medicamentos y la medicalización del envejecimiento.

7.2 MEDICALIZACIÓN Y MEDICAMENTOS

“De todo lo que se sufre en la vejez”

Por alguna razón parece ser que a las personas mayores les interesa, entre otras cosas, hablar de los medicamentos que se toman. Sin ser un asunto intencionado, las entrevistas que dieron forma y contenido a este trabajo de investigación empezaban con el recuento de la lista de los medicamentos que las personas tomaban para ciertas enfermedades. Lo interesante de esto no es solo lo que se pueda decir del medicamento en sí mismo, como los usos y los efectos; lo valioso son las formas y los giros que toma el relato, pues entre pregunta y pregunta se va abriendo paso a escenarios de la vida real, la de todos los días, que cuentan con mucha gracia, pero a la vez con asombro, las formas en las que las reglas de la ciencia moderna logran adentrarse y modificar el comportamiento de las personas, lo que resulta de mucho interés cuando se busca comprender formas medicalizadoras.

Por ello, se decide en esta primera parte de los hallazgos describir hábitos, aprendizajes, experiencias y reflexiones asociadas al uso de los medicamentos; y con esto, tratar de comprender, por un lado, las formas en las que desde la experiencia se ha patologizado el envejecimiento como primer paso a la medicalización, y por el otro, las estrategias científicas, institucionales y populares que han logrado producir y reproducir la medicalización del envejecimiento.

Esta lista de medicamentos y enfermedades que las personas mencionan, empieza demostrando que la intervención biomédica del envejecimiento, solo de entrada, traza profundas diferencias entre los cuerpos jóvenes y los cuerpos envejecidos, haciendo de estos últimos cuerpos de los que, con naturalidad, se espera que estén enfermos y que tomen medicamentos bien sea como tratamiento o como medida de prevención, haciendo parte del protocolo de atención preguntarle a una persona mayor los medicamentos que toma:

(P5-Ca): Aquí ya me han atendido en el Hospital San Vicente de Paúl. También lo ven a uno chicas estudiantes, entonces ellas me decían que iba a cumplir 70 años y que no tomo medicamentos para casi nada.

Esta naturalidad con la que la medicina asocia el envejecimiento con la enfermedad, es clave para comprender, como se menciona en apartados anteriores, que es la patologización el principio por el cual se ordena el cuerpo alrededor de una anomalía patológica, siendo este el primer paso de los procesos medicalizadores, aun cuando quien es objeto de dicho proceso no se reconoce como enfermo:

(P8-Se): Tengo setenta y punta de años, y yo en el cuerpo mío no he sentido un dolor de cabeza, o un dolor... en este momento me estoy recordando... Un médico me dijo: "El corazón le está funcionando mal" -Yo le dije-: "¿Y entonces qué hacemos doctor?"-Y me dijo-: "Vea, lo voy a mandar para que vaya a la clínica El Rosario y pida una cita con el cardiólogo". Fui, pedí la cita. Le dije a la hija: - ¿Sabe qué mi amor? vámonos para allá para arriba, para la clínica El Rosario que tengo una cita con el cardiólogo" Y bueno... todo planeado. Nos fuimos así pa' arriba, yo conversando con ella... Llegamos allá, entonces el médico [hace los gestos de exámenes y revisiones típicas del médico]... "¿Usted cómo vino? - [Pregunta el médico]-. "Caminando doctor". "Pero es que usted está muy mal" "¿Cómo así que mal?... me vine caminado, vea aquí a la hija..." "Inmediatamente usted va para cirugía" - [Dice el médico]- Yo no sé si era que tenía ese marcapasos por ahí desde cuándo y estaban buscando a quien ponérselo [risas]...

Ante experiencias como esta, Illich afirma que en la medicina moderna, la auscultación reemplazó la escucha, en parte por los fenómenos de tecnologización y protocolización que ha sufrido en los últimos años. Entonces el *paciente* se ve obligado a mirarse a sí mismo a través de la red médica, para someterse a una autopsia en el sentido literal de la palabra (41). En adelante, todo lo que esté relacionado con la atención médica, el cuerpo de esa persona solo podrá ser explicado, definido e intervenido a partir de exámenes y diagnósticos que hablarán por él.

Esto hace de la medicina un escenario en el cual sus desarrollos y lugares de acción no ponen un límite claro entre intervenir la salud como tal, y la intervención de la vida en su generalidad. Esto ha llevado a que, entre otras cosas, la efectividad y seguridad médica y científica de sus mismas tecnologías pueda cuestionarse, así como sus técnicas de patologización:

(P8-Se): Ellos están buscando enfermedades, ile están buscando enfermedades a uno!... Bueno, le mandan a uno una cantidad de pastillas, usted se las tomó... esa pastilla no le cayó bien, hay veces que le da mareo, otras lo llenan de granos, otra le sube la presión, la rabia... Porque si usted no se toma esas pastillas no siente nada, se mantiene contento, duerme bien. Porque no hay cosa más horrible que usted tomarse una pastilla que le dé desespero en el cuerpo, eso es muy horrible, uno estando aliviado y buscando enfermedades.

De este modo, bajo la lógica de la patologización, se fueron redefiniendo las formas de vida alrededor de la enfermedad, lo cual convierte, en este caso, a las personas mayores en un proyecto biomédico que los invita a "cambiar y mejorar" sus prácticas, y ser reconocidos y nombrados en su entorno como personas en constante riesgo y como consumidores crónicos de tecnologías médicas como los medicamentos para terapias interminables, un hecho que es asumido con naturalidad:

(P5-Ca): Muchos... más de 30 años [tomando medicamentos]. Uno se acostumbra pienso yo a ese medicamento.

En este sentido, los medicamentos cobran gran importancia para la supervivencia, tanto que son un objeto de derecho. Y es que si el envejecimiento se nos presenta como un problema, pues será estratégico hacer uso de la tecnología como una herramienta de gestión y aparente resistencia en la medida en que dichas tecnologías prometen alargar la vida, minimizar el sufrimiento, la exclusión y dar tranquilidad:

(P5-Am): [Cuando toma los medicamentos] Yo si estoy más tranquila.

De este modo, el uso de medicamentos también guarda en su lógica un símbolo de salud; y es esperanzador, porque tomarlo permite tener la capacidad (aparentemente física) para gozar de otras experiencias, haciendo de éste una suerte de *mal necesario*:

(P8-Se): ¿Qué se gana uno con plata y un dolor bien horrible por no gastarse la plata? ¡Sería muy horrible! Por ejemplo, tengo el dolor en un brazo y por no gastar con qué una inyección, una pastilla, y con ese dolor... iteniendo! porque uno desde que esté aliviado, aunque no tenga nada, está feliz.

Cuando se escucha a alguien que durante años ha tomado una sustancia que en ocasiones no alcanza ni siquiera a pronunciar, nos damos cuenta de lo complejo que resulta comprender el sentido y el lugar de los medicamentos desde el análisis de la medicalización. Y es que, durante las últimas décadas, el cuidado farmacológico se ha especializado en el desarrollo de terapias seguras, necesarias y efectivas (40), con avances tan importantes que han permitido, entre otras, alargar la esperanza de vida. Sin embargo, más allá del escenario de objetividad y seguridad que procura la ciencia, hay lugares en los que la verdad científica no dialoga con una cotidianidad en la que los medicamentos pasan de ser solo objetos para convertirse en herramientas dotadas de sentidos, significados, esperanzas, rechazos, entre otros.

Hasta este punto, es claro que la patologización del envejecimiento ha hecho de este un objeto de medicalización, y que para este trabajo, la herramienta de medicalización de interés son los medicamentos. Sin embargo, quedaba la pregunta de cuáles son esas estrategias médicas, políticas y culturales por las cuales la medicalización logra mantener y reproducir la enfermedad y con ello el uso de los medicamentos. Ante esto, como se ha mencionado en los referentes teóricos, Foucault (22) propone que hay diversas estrategias de disciplinamiento. En estos relatos, dichas estrategias eran reveladas repetidamente en los momentos en los que las personas contaban cómo era un día normal de su vida y los hábitos que han creado con respecto al uso de sus medicamentos desde que fueron “diagnosticados” como personas mayores:

Dicen que la de la tiroides es la primera y tiene que ser al menos una hora antes del desayuno. Dicen que la de la presión es una por la mañana y otra por la noche con las comidas. La de eliminar también es por la mañana, porque si se toma en la noche no se duerme. También dicen que la del azúcar va después del desayuno, y que por ser tan grande lo mejor es tomarla poniéndola de frente y no de lado. Al final del día, antes de acostarse, va la del colesterol. Dicen que todo esto es más fácil

cuando las pastillas vienen por colores y tamaños distintos. También dicen que, para guardarlas, se debe buscar un lugar seco, a temperatura ambiente y alejado de la luz directa, que es, por lo general, un cajón de la cocina.

Aunque esta información ya está aprendida de tanto repetirla, en cada cita de revisión el médico la entrega en la fórmula con dos copias: una para guardar y otra que debe ser debidamente firmada para entregarla en la farmacia cuando se reclama la droga. Se advierte que es muy importante seguir estas instrucciones con mucho cuidado una vez se es diagnosticado, porque la enfermedad es silenciosa y nunca se sabe cuándo puede llegar.

En la fórmula también hay otros medicamentos que se toman a necesidad: está la que sirve para poner la sangre más líquida para que así pueda pasar más fácil por el corazón y no se vuelva en troncos; está el calcio que va después del almuerzo; la de la gastritis, que es necesaria, entre otras, para aliviar el ardor que queda después de tomar los medicamentos diarios; y finalmente varios blíster de acetaminofén; un medicamento que se reparte en abundancia.

Dicen que a veces puede tratarse de algo que no sea silencioso, para esto hay otros tratamientos que también vienen en la fórmula: está la del dolor, generalmente dolor en la cintura, en las piernas y en los dedos (lo que da por mojarse acalorada); la de dormir, sobre todo para las personas que están estresadas, con depresión o con "la carajada"; y finalmente, si se quiere y si hay con qué, ayuda mucho tomar vitaminas y suplementos de los caros para los huesos y la memoria, pero eso ya va de cuenta propia.

-Nota del Diario de Campo-

Pensar en el hábito que hay en el uso de los medicamentos parece ser, en primera instancia, pensar en un repertorio de rutinas que se hacen a diario, bien sea consciente o inconscientemente: la hora en la que se debe tomar el medicamento, la forma de hacerlo, los cuidados que se deben tener, entre otros. Sin embargo, el hábito, más que un comportamiento

es la configuración de tendencias que se materializan en la acción (41). Es decir, el hábito no es solo la acción sino todo aquello que lleva a ella. De este modo, los hábitos pueden ser moldeables, provocados y aprendidos:

(P7-Be): Yo las pastillas las mantengo en el bolso que siempre cargo, y si yo cambio de bolso lo primero que siempre hago es cambiar el agua y las pastillas.

Según lo encontrado, los hábitos que ordenan la vida inician con una fórmula médica avalada por la ciencia que funciona de manera regulada y permanente. Será la fórmula la que determinará en adelante la hora y la forma en la que será seguro y correcto despertar, comer o dormir, lo que significa organizar la cotidianidad para responder a las necesidades de la enfermedad. Una suerte de manual para vivir:

(P4-Am): Vea, al día me tomo la de la tiroides, es la primera, después me tomo para esto [Muestra las manos]... no me acuerdo, que es amarillita y se parte en dos, porque me están tratando... ¿Cómo es que se llama eso de la tembladera?... bueno, también de esas. Esa es la segunda que me tomo, que es a la hora; después me tomo la de la presión... ¿que cómo es que se llama? Aguarde a ver... amlodipino de 5 mg; pero fui donde el internista y me encontró la presión como muy alta, entonces me mandó otra pastilla por la noche, una de 50... No fue la que prohibieron sino otra que salió que no prohíben... yo no me acuerdo es de 50... ¡Es que hay tantas! Entonces yo siempre que salgo o voy donde el médico me llevo la fórmula o lo que sea porque mire... porque se me olvidan muchas.

Una fórmula que por instrucción no puede ser suspendida:

(P3-Lu): El médico es lo primero que me pone en la fórmula. Él me pone: ¡no suspender tratamiento! [...] Este doctor G. me tiene mucha lástima, él dice: "P3-Lu, es que lo que no te mandé fue plata porque no tenía, pero en esta fórmula te mandé todo" [risas].

En este sentido, ¿Qué es lo que se cuenta cuando se habla de medicamentos? Como vemos, se cuenta de una prescripción y de unas enfermedades; pero más allá de eso, se cuentan experiencias en las que el medicamento, como un algo externo, llega a instalarse en una parte de la población cuyos días empezarán y terminarán en adelante según el medicamento que esté en la lista, como parte de la rutina que se sigue por años; un asunto no menor que en palabras de Paul Beatriz Preciado es “tomarse el poder en pastillitas”(42).

Aquí es importante advertir que no se discute la importancia de los medicamentos en el desarrollo de la medicina del último siglo. El asunto a discutir en la teoría de la medicalización es el uso de la medicina y sus discursos como herramienta política y de gestión de la vida social, un discurso que no se da solo vía médico-paciente. De hecho, en la cotidianidad, la divulgación de recetas, remedios y otros preparados a partir de plantas también se convierten en una forma medicalizadora construida desde la experiencia y aprendida y aceptada socialmente que se ubica como contrapropuesta a la medicina hegemónica:

(P4-Am): Las plantas... yo a las plantas les tengo fe. ¡Ay! esta para la gastritis... que es bendita... la amarillita... [¿Y qué le dice el médico?] Yo no le pregunto nada porque yo sé que eso es bueno, eso es bueno. Las cosas naturales son buenas.

Otros relatos en los que está muy presente la construcción de hábitos en el uso de los medicamentos es cuando se habla de enfermedades silenciosas, hereditarias y crónicas. Sin que las personas tengan del todo claro su funcionamiento, la idea de tener instalado en el cuerpo una enfermedad que no se sabe cuándo se manifestará, refuerza el uso de los medicamentos:

(P6-FI): Lo que me dice el médico es que no la deje de tomar que porque eso es una enfermedad silenciosa... gente a la que se le han dañado los riñones... y pues, puede dar un infarto, entonces yo sí voy al control de la presión y es mejor tomárselas porque yo siento que si no fuera por eso pues me darían como muchos calores... claro que yo creo que eso no le da a uno todavía, pero sí, las pastillas son importantes y le doy gracias a dios y que me proteja.

(P7-Be): Yo si tomo medicamentos porque yo vengo de doble presión hereditaria de mi papá y mi mamá, entonces en mi casa casi todas las mujeres somos hipertensas. Entonces yo hace mucho tiempo vengo tomando medicamentos para la presión. [...] lo tomé como algo normal porque a mí el médico me preguntó: "¿en su casa qué enfermedades tienen en la familia?", y le dije yo: "la hipertensión, mi mamá murió de un cáncer en un riñón, y ya solamente la hipertensión de papá y mamá". Entonces yo... como que ya... ya yo estaba prevenida con eso, o sea, posiblemente por herencia.

Así mismo, se encuentra que la forma en la que se organiza el sistema de salud también produce hábitos medicalizadores entre sus usuarios. Por un lado, cuando la salud es un derecho que se transa con dinero, pagar por un seguro médico guarda en su lógica la libertad de reclamar atención y tratamiento para las enfermedades; y por otro, la protocolización de la atención hace mecánico el proceso de prescripción de medicamentos:

(P4-Am): No, yo me siento feliz y lo tomo, yo no siento tristeza ni nada. Por una parte, me lo está dando la EPS, la mayoría de los medicamentos me los da la EPS, si los tuviera que comprar, primero mi salud. ¿Qué me gano yo guardando un poquito de plata que me sobre y estar bien enferma? yo lo primero son los medicamentos. Es que mi hijo me decía: "Mamá, ¿vos porque vas tanto donde el médico?". Porque aquí se está pagando el seguro muy caro, entonces yo voy.

(P8-Se): Yo reclamo eso porque si no la reclamo pierdo el derecho al SISBEN.

Ante esto, Teresa Forcades (19) apunta que la medicalización desde el sistema de salud es una consecuencia de otros dos procesos muy presentes en los modelos actuales: el primero es la privatización de los servicios de salud, haciendo de ella un beneficio al que puede acceder todo aquel que tenga la posibilidad de pago; y el segundo es la protocolización de la atención médica, que nace por la necesidad de homogeneizar procedimientos a través de guías clínicas de tratamiento, una herramienta que ayuda a identificar la carga de la enfermedad. Es

en la privatización y en la protocolización donde se validan los procesos medicalizadores dentro del sistema de salud, ya que se fundamentan en evidencias clínicas y en procesos administrativos que se creen necesarios para el buen funcionamiento de la práctica clínica.

Esta lógica medicalizadora ha impactado no solo en la libertad en la toma de decisiones de los profesionales de la salud (que se ven sujetos a seguir guías clínicas), sino también en los cambios en las subjetividades individuales y colectivas sobre lo que significa la salud, la enfermedad y la atención médica.

Y a todas estas medidas, se le suma el cuidado familiar y los controles médicos:

(P6-FI): Mis hijos si están muy pendientes de mí. Hay uno que vive en Medellín y me llama y todo, el que vive conmigo si está más pendiente, me lleva al médico... Mejor dicho no me dejan sola.

Pero, en definitiva, parece ser que la mayor responsabilidad del enfermo es consigo mismo. En este sentido, aparece el *autocuidado*, cuya definición apunta a ser una estrategia educativa para el desarrollo de hábitos, consumo de tecnologías y técnicas de cuidados basadas en las mismas lógicas que constituye la institucionalidad médica. La OMS lo define como:

La capacidad de las personas, las familias y las comunidades para promover y mantener la salud y prevenir enfermedades con o sin el apoyo de un proveedor de atención médica. Entre sus acciones comprende la higiene, la nutrición, los estilos de vida saludables, los factores ambientales y socioeconómicos. La promoción del autocuidado está dirigida a individuos, familias y comunidades para que tomen decisiones informadas sobre la salud. Es un recurso que tiene el potencial de mejorar la eficiencia de los sistemas de salud y contribuir a la equidad en salud (43).

Dicho "recurso sanitario" se enmarca en los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que enseñan, entre otras, que los principales enemigos de la salud son las grasas, la sal, la leche y el azúcar:

(P5-Ca): Ellos [los médicos] me dicen que estoy bien, entonces pues uno se alegra. Bueno, la doctora de hoy estaba como... me dijo hoy cosas muy raras. Aquí ya me han atendido en el Hospital San Vicente de Paúl. También lo ven a uno chicas estudiantes, entonces ellas me decían que iba a cumplir 70 años y que no tomo medicamentos para casi nada. Es que yo me cuido. Una profesora nos dijo: "los enemigos de la salud son: el azúcar, la sal y la leche". Mire, nos decía, y nunca lo había pensado, la leche es... la leche de vaca es para un becerro, ¿ese becerro cuánto pesa? Él se alimenta de esa leche que tiene muchas propiedades, pero a la vez son propiedades que nos afectan a nosotros, no en bien si no en mal, porque recibimos demasiado.

Hasta ahora, la discusión se ha centrado en algunas de las formas de disciplinamiento que han hecho de las personas mayores, unas personas cuyas vidas son medicalizadas. Sin embargo, siguiendo la teoría que dice que ante todo poder siempre habrá resistencia (21), aparecen en el escenario quienes tienen otras preguntas y otras nociones que, desde sus capacidades, problematizan los discursos médicos:

(P8-Se): En la fórmula hay una cantidad de pastillas y yo no me las tomo, yo no me tomo eso para nada. ¿Por qué no me las tomo? porque a mí no me duele nada, yo salgo a caminar y camino, estoy como más o menos controladito, a mí no me duele nada, y si a usted no le duele nada, ¿qué me puede decir a ir a mí? ¡Que está aliviado!... ¿cierto que sí? Usted va donde un médico y no le duele nada, ¿qué le dice al médico?, ¿el médico qué le puede decir a usted?

Y continúa:

*(P9-Se): Cada que voy donde el médico me encuentra bien. Y entonces el médico me dice: "¿usted **me** está tomando la droga bien?, ¿Está bien?" y yo sí, a mí me toca decirle sí, y yo esa droga no la tomo.*

Las resistencias al uso de los medicamentos que aparecen en los relatos no solo son una muestra de la autonomía que cada sujeto tiene a pesar de ser reconocido, señalado e intervenido como enfermo, sino que también es producto de una desconfianza ampliamente difundida hacia la efectividad de los medicamentos, principalmente los genéricos, y de la conciencia del daño que pueden producir estas sustancias:

(P3-Lu): *Es que ese calcio que mandan en los centros de salud...unas pepas grandotas, y ideo no sirve para nada! ... [¿Y por qué?] ... No sirven, es que eso es ahí... se le ve que es como una especie de harinas... ¡una cosa ahí! [Risas].*

(P7-Be): *Eso son químicos! está uno como sostenido a la brava. Y ayudan sí, pero se está afectando muchas veces otras cosas.*

(P6-FI): *Yo he tomado mucha cosa, pero a la final nada sirve. Yo me lucho mucho, yo trato de no quedarme quieta. Me han puesto inyecciones porque estaba en terapia y me sirven un poquito, pero después vuelve y me duele. Yo he tomado de todo, unas cosas carísimas que para desinflamarme que valen como 150.000 pesos y nada*

(P6-FI): *Y de tanta droga también se enferma uno, porque esas drogas me sirven para unas cosas, pero acaban también con otras.*

(P9-Se): *Es que si yo me pongo a tomarme esa cantidad de pastillas yo voy a perder alguna cosa del cuerpo, la voy a perder.*

Hasta aquí, los hallazgos de este trabajo permiten pensar que las prácticas que ordenan la vida según criterios científicos, populares o institucionales producen subjetividades alrededor del consumo de los medicamentos, es decir, preméditan, moldean y encaminan los actos, las creencias, las nociones y los significados que se tengan sobre éstos. Una vez se descubren las estrategias que exitosamente lograron calar en el imaginario colectivo, son usadas sistemáticamente para enraizar prácticas medicalizadoras. Dichas estrategias son, por un lado, asimiladas y aceptadas por los beneficios mismos que traen: evitar sufrimientos,

rechazos, dolores; pero por otro, también son un lugar a la resistencia de vivir como cuerpos medicalizados.

¿Por qué es importante para la salud pública comprender cómo se ha construido la medicalización? Porque ese discurso es la vía principal por la cual se vende salud, medicamentos, cuidados, servicios, seguridad y, en el caso del envejecimiento, se vende tiempo. Esto recrudece las inequidades en salud en la medida en que quien no pueda pagar por ello no tiene tales beneficios, un hecho muy común en nuestro actual sistema de salud.

Lo que sigue en las próximas páginas, es exponer, también desde los relatos de las personas, cuál es el papel de las políticas públicas como herramienta medicalizadora. Y al final, recogiendo las experiencias que solo dan los años, proponer otras formas de envejecimiento –a pesar de la medicalización- como manifestación de resistencia.

7.3 EL PAPEL DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN EL GOBIERNO DE LA VIDA Y LO VIVO

“Lo que podríamos llamar el 'umbral de modernidad biológica' de una sociedad ocurre cuando la especie se vuelve un desafío de sus propias estrategias políticas”.
Foucault. La voluntad de saber (1976: 177-191)

Cuando llegaba a los Centros Vida para encontrarme con las personas mayores que iba a entrevistar, era imposible no fijarme en lo que estaba sucediendo en el salón: personas sentadas a veces en fila, a veces en mesa redonda, escuchando la capacitación de un profesional de un área específica hablando de asuntos que se suponen son de salud: cómo manejar una crisis de hipertensión arterial, qué hacer cuando se baja el azúcar, síntomas de un infarto, cómo usar correctamente los medicamentos... temas en realidad de mucha importancia sobre todo en la edad en la que cualquiera de estas enfermedades puede llegar sin aviso. Un día le pregunté a mi papá que por qué no se inscribía en uno de estos programas para que al menos saliera un rato de la casa, y su respuesta fue lo que le dio sentido a este apartado: “Qué gracia ir a que me digan de qué me voy a morir”.

-Notas del Diario de Campo-

El propósito de este apartado es reconocer que las políticas públicas también son un puente a la medicalización del envejecimiento bajo una de las estrategias más comunes encontradas en esta investigación: el fomento de programas educativos con enfoque en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad con discursos que se apoyan en el saber médico y científico.

Es importante reconocer los avances que han tenido los acuerdos locales y nacionales cuyo enfoque de acción se orientan hacia asuntos de interés en la salud pública, sin embargo, experiencias como ésta dan lugar para pensar que aún no se ha superado la visión utilitarista de la salud, y siempre que nos referimos a ella se hace desde su contrario, la enfermedad, y desde el temor a “sufrir” el cuerpo mismo. De ahí la urgencia de tomar medidas protectoras que finalmente terminan enriqueciendo a quien las vende, y generando necesidades a quien por derecho o por decisión las demanda.

Si algo nos ha traído la modernidad es la pregunta por la vida; ya no tanto por una vida plagada de sentidos y significados trascendentales, sino por la vida como existencia política. Significar, definir, ordenar y darle sentido político a la vida y lo vivo⁸ es lo que resulta de la unión entre el Estado, la ciencia y la industria, una triada que se articula en cada intento medicalizador. Y es que, por un lado, el Estado produce, reproduce y gestiona la vida social con cada ley que promueve, y por el otro, la ciencia y la industria la perfeccionan, la mantienen y le evitan contingencias (44). Resulta difícil hacer una lectura de lo que hoy se hace en el escenario social y científico sin terminar en esta discusión, no como un asunto agotado sino como un tema que merece ser leído en muchos escenarios y en diferentes momentos de la historia. Para este caso, el Estado moderno que, apoyado en la magia de la ciencia, le apuesta con mayor rigor a una sociedad medicalizada bajo estrategias apoyadas en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, con esfuerzos que se materializan desde políticas públicas (44).

Como ya se ha mencionado en apartados anteriores, las políticas públicas tienen en potencia el manejo de la vida y de lo vivo. En el marco del envejecimiento, en Colombia se tiene un plan gerontológico que busca abordar el envejecimiento desde un “plano positivo”, es decir, se habla de la dignidad y la potencia del adulto mayor. Sin embargo, cuando se analiza la forma en la que se ejecuta y opera dicho programa, se encuentra que está fuertemente cruzado por estrategias medicalizadoras descritas desde siglos atrás como la higiene, el control de la alimentación y el manejo del cuerpo:

(P10-Te): En un principio yo escuchaba hablar de centro vida y no quedaba entendiendo nada, ahora que nos han estado hablando del plan gerontológico ya entiendo de qué es que se trata. Es evaluación que nos hace cada profesional del área que corresponde. Me gusta mucho y me gusta poner en práctica el tema de atención, escucha y concentración ya que es la manera adecuada para uno entender y aprender lo que le enseñan.

⁸ Para el desarrollo de este trabajo, la vida, según Deleuze (47), se entiende como algo más que una sensación física y se presenta como un flujo de conciencia, es decir, como una construcción subjetiva en un plano material y temporal; mientras que, según Monod (48), lo vivo, partiendo del escenario de la ciencia, es un producto de transformaciones e interacciones biológicas. Es decir, lo vivo es más un producto del azar, pero la vida la inventamos, la reflexionamos, la transformamos y la gestionamos a través de la política.

También he aprendido a entender mucho sobre la salud. He adquirido muchos conocimientos de cómo es que debemos manejar nuestra alimentación y también cómo es que debemos manejar el control de la higiene, tanto personal como con todo lo que nos rodea. También he entendido que artes no es solamente los trabajos manuales, sino que es todo aquello que nos proponemos a hacer. También he entendido la gran ventaja que tiene practicar el ejercicio físico.

Ante la política de envejecimiento y vejez, Santos-Pérez menciona que, en Colombia, la referencia a las personas mayores es, más bien estrecha y fatalista, pues se centra sobre todo en las condiciones de pobreza e indigencia y, desde ahí, en la articulación de medidas asistencialistas y cortoplacistas (7). En esta línea, la mayoría de estudios nacionales sobre envejecimiento hablan de datos técnicos como la afiliación al sistema de salud, acceso a los medicamentos, ingresos económicos, estadísticas sociodemográficas, entre otros, pero en menor medida se hace referencia a la población como objeto medicalizador.

De lo anterior se debe aclarar que es importante reconocer que las luchas dadas en los últimos años para acceder a los servicios de salud, y para nuestro caso, acceder a los medicamentos, han sido fundamentales para la defensa de la vida y la dignidad, sin embargo, resulta interesante preguntarnos a qué medicamentos estamos accediendo, cuál modelo de salud podemos reclamar y si en realidad las políticas públicas vigentes nos reconocen no solo en nuestra diversidad sino como sujetos que no nos definimos por las enfermedades que padecemos. Es el modelo occidental medicalizador de la salud el que es producido y reproducido en la política pública de envejecimiento y vejez.

De este modo, la medicina y sus lenguajes a veces incomprensibles se encargan de orientar las acciones cotidianas hacia hábitos que alarguen la vida y eviten el sufrimiento; no como una suerte de conspiración, sino como una realidad aparentemente trivial que se manifiesta en cada tratamiento por el que pagamos y a través del cual se le da forma, como se decía en anteriores apartados, no solo al cuerpo individual sino especialmente al cuerpo social. Así, no es casualidad que, en el caso colombiano, las políticas de envejecimiento y vejez refuercen en sus programas recomendaciones de autocuidado por medio de clases orientadas por profesionales especializados en gerontología, deporte, enfermería, nutrición, entre otros.

(P5-Ca): Aprendí lo de diabetes, lo del daño que hace el azúcar y de los alimentos que se convierten en azúcar y las harinas y no sé qué. Aunque yo si debo hacer un repaso porque eso ayuda a alimentar la mente porque uno lo va olvidando. Sobre la tensión, algunos primeros auxilios, también un repacito sobre algunas cosas porque es que a esta edad...

(P11-Me): Sobre la salud... muchas cosas. Aquí nos han enseñado muchas cosas de las cuales he aprendido mucho. Hemos aprendido sobre los ejercicios. [...] La alimentación aquí es una cosa que es muy saludable para nosotros, pues... es muy simple, sin mucha grasa, que eso es lo que nosotros necesitamos ya. Claro que al principio a uno le da muy... pues, muy maluco, porque digamos la verdad que sí... "esto no me sabe como a nada" pero bueno, hay que comerla porque sí.

Con relación a los contenidos de estos programas, se encuentra que son contruidos desde la institucionalidad. Las personas mayores son los "usuarios" que, en medio de todo, perciben poca posibilidad de participación en la planeación y desarrollo de las actividades y quedan reducidos a una charla o a una capacitación. De esta manera, el conocimiento se impone verticalmente, en un escenario que recuerda a un salón de clases:

(P5-Ca): Yo me doy cuenta que usan mucho la clase.

(P7-Be): pero... o sea, uno como usuario simplemente viene aquí a escuchar... pues, sólo venimos a escuchar [...] Todas son planeadas [Las actividades]. O sea, todo todo... ellos ya traen la actividad de cada día. Eso ya es mandado como por la alcaldía de Medellín, y todo lo que ellos ya tienen ahí y es como la programación que ellos tienen. [...] Lo que pasa es que aquí... usted sabe que como dicen que en política y religión las personas [hace gestos de hacer silencio]... entonces yo estoy por ahí callada, yo soy una usuaria más.

Por otro lado, si bien este trabajo parte del hecho de que la medicalización se produce principalmente desde lugares de macropolítica como el Estado, y que es allí en donde se gestan dichos discursos, es cierto que

la cultura y la cotidianidad también es productora y reproductora de este discurso. No se intenta hacer análisis de este fenómeno a nivel micropolítico, pero se reconocen que ciertas prácticas indican que –y esto podría ser objeto interesante de investigación– quien hace parte de programas de enseñanza en temas de salud se convierte también en un agente reproductor en su comunidad de los saberes aprendidos:

(P5-Ca): *Cuando allá [En Bogotá] la alcaldía llevaba estudiantes para hacer las prácticas, como le digo era bastante grande y se sembraba, entonces ellos nos enseñaron, y a los visitantes que llegaban a comprar una hierba y preguntaban "¿usted qué me aconseja?"... entonces ahí llegaban personas de la comunidad y nos decían: vea, tengo el niño con fiebre, o que le duele la barriguita que no sé qué, entonces pues yo me atrevía y le decía que para el dolor de estómago le diera una agüita de hierbabuena... y así.*

(P7-Be): *Si... Entonces hay personas que dicen: "No sabíamos eso" y yo les digo "Sí"... [Y le dicen]: "pero mire pues qué descaro! están tirando unos zancudos! eso es descaro pues también!" ... y los matan! entonces les digo yo: "No, no los maten, antes al contrario, ellos están como poniéndoles a ellos... liberándolos!, liberándolos de la bacteria que puedan tener por haber picado algunas personas con esas enfermedades... entonces ya muchas personas han entendido. [Se refiere al proyecto piloto de liberación en algunos barrios de Medellín de mosquitos con Wolbachia, una bacteria que impide la transmisión de virus del dengue, chikunguña y zika].*

Es por ello que, reflexionando sobre el papel de las políticas públicas en el gobierno de la vida y lo vivo a través de la salud pública, es claro que se ha expresado un interés por la defensa de la vida y su mejoramiento como estrategia biopolítica en la medida en que ésta –la salud pública– termina siendo instrumentalizada, lo que ha hecho confundir su propósito inicial con un fin medicalizador, sometiendo las formas de vida a un plan que es político y civilizatorio para dar respuesta a un proyecto occidental moderno de base capitalista. Así, la salud pública pasa de ser un campo disciplinario para convertirse una herramienta medicalizadora.

7.4 VIVENCIAS Y SIGNIFICADOS ASOCIADOS CON EL PROCESO DEL ENVEJECIMIENTO EN PERSONAS MAYORES

*-Pero ¿qué le pasa? –Susurró Lenina, en sus ojos se leía el horror y el asombro.
-Nada, sencillamente, es viejo –contestó Bernard aparentando indiferencia, aunque en realidad no la sentía.
-¿Viejo? –Repitió Lenina-. Pero... también el director es viejo; muchas personas son viejas, pero no son así.
- Porque no les permitimos ser así. Las preservamos de las enfermedades. Mantenemos el equilibrio artificial de sus secreciones internas de modo que conserven la juventud. No permitimos que sus niveles de magnesio y calcio descendan por debajo de lo que es pertinente a los treinta años. Les ponemos transfusiones de sangre joven, estimulamos de manera permanente su metabolismo, éste es el motivo de que no tengan ese aspecto. En parte –agregó- porque la mayoría muere antes de alcanzar la edad de este viejo. Juventud casi perfecta hasta lo setenta años, y después, ¡plas!, el final.*

En: Un mundo feliz, Aldous Huxley

En el mundo feliz de Huxley un medicamento llamado *Soma* le permite a la humanidad por fin liberarse de la vejez. Aunque en 1932 (año en que se publicó la novela) esto era apenas una historia de ficción, ahora en el siglo XXI parece más probable que la ciencia pueda construirnos un mundo sin sufrimientos físicos a partir de sus desarrollos tecnológicos, un mundo en el que apenas sentiríamos nuestro propio cuerpo. Por suerte, hay quienes se sueñan otra cosa: una vejez para la trascendencia.

El objetivo de este apartado, será encontrar en los relatos de personas mayores una idea de envejecimiento que, contrario a la visión biomédica, busque en las vivencias de quien envejece un momento para la trascendencia, para la reconstrucción de un otro que, siendo viejo en años, también es parte de la dialéctica de la existencia. Esto en términos de una propuesta para la acción resulta interesante y necesario en la medida en que le arrebató a la medicalización un cuerpo que en sus lógicas se entiende como viejo, enfermo y en constante riesgo, para permitirle una vida estética, una vida para la acción y la creación.

Y es que a diferencia de lo que dicen las guías de tratamiento médico, envejecer parece que es, según la visión de las personas mayores, una cosa muy distinta a tener artritis o hipertensión arterial. Quien ya llegó a ese momento que la sociedad define como la tercera edad, en algunos casos, su búsqueda y su reivindicación no es necesariamente por ser más joven, sino por hacer de ese momento, un momento para sí, de

reflexividad y de dignidad. Y esta reivindicación empieza por no nombrarse como viejo; y en cambio, se buscan experiencias que permitan vivir en dimensiones diferentes a la enfermedad:

(P7-Be): Hay personas que se llenan ya de angustia, se encierran, no quieren salir, no quieren ni una caminata, "que yo ya para qué hago gimnasia, ya mi vida terminó, mi vida acabó". Pero yo creo que con el envejecimiento la vida apenas empieza. Empieza como digo yo, como el ave Fénix a surgir... uno es tan joven como se siente.

Y es a partir de estas reivindicaciones cuando el envejecimiento empieza a convertirse en otra cosa muy lejana a la enfermedad y al abandono:

(P11-Me): Yo lloraba mucho. Yo no volví a llorar ya. Yo nunca sabía qué era bailar y yo bailo, gozo y jodo con estas viejas. Conocí gente, charlamos con la una, charlamos con la otra. En mi casa todos me preguntan: "¿Mamá cómo le fue?" Me llevan el borrador, me llevan el sacapuntas, me llevan la cosa para apuntar. Aprendí a pintar, no sabía hacer la o, aprendí a hacer dibujos que se los tengo que mostrar... le tengo que mostrar todo lo que he hecho. Ojalá fuera para mostrarle todo lo que he pintado yo solita por la noche. Por la noche me encierro en mi cuarto y... "vea lo que hice anoche... vea lo que hice..." y "¡Ay mamá! ¿Y usted cómo hizo?"... y yo les digo "¡Ah para que vean!".

Es decir, entender el envejecimiento más allá del asistencialismo médico, de la infantilización y de la disminución de las capacidades del otro, para convertirlo en un momento de reflexión y creación; y es esta afirmación de dignidad lo que permite resistir a la anulación del viejo que la sociedad moderna ha naturalizado:

(P9-Se): Yo te digo la verdad, yo no me siento viejo, yo me siento fuerte en hacer lo que yo quiera, yo me siento bien. Yo salgo para donde sea solo, sin ayuda de nadie hago lo que tengo que hacer.

Pero esto no puede ser solo un esfuerzo desde el plano de la individualidad y la privacidad. Adicional a las capacidades con las que cuenta cada

persona, es el Estado el que tiene las herramientas para actuar desde las esferas de lo público para que la vejez no quede en el plano de la exclusión. En contraposición, Simone de Beauvoir concluye su libro "La vejez" con una reflexión tal vez desesperanzadora para una idea como estas:

La vejez denuncia el fracaso de toda nuestra civilización. Lo que hay que rehacer es el hombre entero, hay que recrear todas las relaciones entre los hombres si se quiere que la condición del anciano sea aceptable. [...] Cuando se ha comprendido lo que es la condición de los viejos no es posible conformarse con reclamar una "política de la vejez" más generosa, un aumento de las pensiones, alojamientos sanos, ocios organizados. Todo el sistema es lo que está en juego y la reivindicación no puede sino ser radical: cambiar la vida (1).

Es cierto que los relatos recogidos en este trabajo de investigación no tienen en su contenido una propuesta para solucionar un problema de tal magnitud, sin embargo, si pueden darnos algunas ideas para inventarnos maneras de envejecer más plurales y con lugar a la participación, pues resulta interesante descubrir que el envejecimiento no es ese cúmulo de enfermedades de las que debemos liberarnos, por el contrario, es un espacio para encontrarse y para trascender:

(P7-Be): Hay mucha gente que dice que todo tiempo pasado fue mejor, pero para mí el tiempo futuro es el mejor, porque... o sea, porque yo lo puedo... tengo más experiencia de vida y tengo más conciencia, ya tengo un despertar de conciencia. Ya no tengo como esa conciencia dormida, sino un despertar de conciencia... Tengo como esa... como esa... esos años vividos en que yo he afrontado el sufrimiento, la pobreza, los duelos [...] [El envejecimiento es] un montón de cosas y ya mi vida es lo que yo pueda hacer, lo que yo pueda asimilar para mí, la creatividad que pueda desde mi surgir.

Una vejez en la que algunas veces el mayor temor no es renunciar a esa vida biológica que la ciencia se esfuerza tanto en mantener a través de sus tecnologías, sino el temor a perder la independencia:

(P11-Me): *De 20 años usted piensa cosas muy distintas a la situación de ahora, porque con 20 años usted no tenía hijos, no tenía dificultades, no tenía enfermedades, se montaba en el palo, en toda parte... en cambio ahora tiene que pedir ayuda para levantarse, para acostarse [risas]... ¡Todo de verdad! De manera pues que son muy diferentes las cosas. Yo digo que eso es muy normal, pues, para mí eso es muy normal. Porque es que todo llega, empieza y se va acabando... ¡todo todo todo! entonces uno dice "ay! es que esta vejez" yo nunca digo de mi vejez, todos los días digo: "gracias señor que me puedo bañar solita; gracias a dios que puedo hacer lo que yo quiera para comer, gracias a dios que puedo hacer mis cosas y manejar mi salud todavía solita*

(P3-Lu): *Para mí envejecer es que el Señor no me deje ser capaz de hacer mis cosas, eso es envejecer. [...] Si hoy o mañana el Señor me va a tirar a una cama que nos lleve mejor; eso sí le pido, que el Señor me ponga a que tengan que bregarlo a uno... no no no... ¡muy horrible! Eso me asusta... dios no lo deje llegar a uno allá.*

Y se acepta el derecho a irse, el derecho a morir, no desde la moral, sino desde la finitud con la que la naturaleza nos define:

(P11-Me): *Y qué cosa tan hermosa. Yo me pongo a pensar y la vida se le devuelve a uno, ¡se le devuelve! Uno nace chirringuitico, la mamá sufre con uno, lo cambia, lo baña, le da la comida, el tetero, lo arrastra, lo jode por toda parte... sufre la mamá con uno y voltee. Y uno va creciendo y va dando esa misma vuelta, hasta que uno vuelve a lo mismo que hizo el papá y la mamá con uno. [...] ¿No le parece? hasta los mismos hijos... a los hijos les toca lidiarlo a uno. Entonces le digo que la vida es muy linda. La vuelta que le da la vida a uno es muy hermosa. Porque es que uno se pone a pensar, tantas etapas que tiene la vida y uno se pone a explorar a ver cuál de todas es mejor... no se sabe si es la primera, la última, la penúltima o no se sabe qué... y ya... ¿ya qué más me espera?... ¡el cajón! [Risas].*

Y continúa:

(P11-Me): *Yo creo que el envejecimiento tiene que llegar de alguna manera. De alguna manera... pues, tenemos que recibirlo porque toda la vida no nos vamos a quedar ni niños ni jóvenes ni nada... pues, pienso yo. Y así es la vida, es un proceso de cada uno de nosotros, es como nacer y morir y ya.*

Un envejecimiento que da lugar a los límites del cuerpo, y ser reconocido en ello también es una manifestación de dignidad:

(P4-Am) *¿Lo malo de envejecer? Que pierde uno un poquito la memoria, eso tal vez, pero yo todavía puedo caminar, puedo salir, todavía sé vestirme, no muy elegante pero sí más o menos combinar los colores, todavía me amarro los cordones... ¡Y eso es mucho decir! [Risas]...*

(P5-Ca): *Si me entristece, no mucho, pero si me entristece cuando salgo a caminar y ya mi cuerpo no responde como era... si? Pero aquí está la juventud [señala su cabeza] en la mente.*

Con tantas capacidades, vitalidad y experiencia, ¿dónde queda entonces ese envejecimiento incapacitante del que debemos liberarnos? Parece que en quien envejece todo debe estar autorizado y controlado: los actos, los consumos, los hábitos, los deseos. Obligar al cuerpo a que se olvide de sí mismo y a que se convierta en un otro más sano, joven y con menos riesgos es una intromisión violenta a la subjetividad, a esa que se ha construido durante años y que cuesta tanto abandonar.

Por esto, es una suerte encontrar en esta investigación relatos que hablan de resistencias y de dignidades manifestadas en acciones que dotan a cada vejez de una estética diferente:

(P3-Lu): *Si estoy aburrida o tengo un pensamiento me voy de una a acariciar mis matas y a conversarles y a arrancarles hierbita, a echarles tierrita del suelo [...] Yo me lucho mucho, trato de no quedarme quieta [...] Yo invento trabajo, y si no es así usted se enferma.*

Por lo anterior, cuando aquí se habla de trascendencia se hace referencia a aquello que le permite a unos cuerpos envejecidos y patologizados llevar a cabo acciones que, realizadas desde el deseo, son la expresión de la dignidad; es lo que fue negado y ahora, entendiendo los límites, se hace posible como declaración de resistencia, no por un fin particular, sino como un fin para sí mismo. Ante esto, Simone de Beauvoir afirma que hay que haber vivido mucho tiempo para hacerse una idea justa de lo que es la condición humana, para ser capaces de prever y vivir el presente desde la dignidad (1). Puede ser por esta razón que el viejo, una vez liberado del futuro, reclama su condición como sujeto político y busca hacer de sí una existencia estética:

(P8-Se): Imagínese que me fui esta semana para donde el cardiólogo y me dijo: "usted no puede caminar"... Y entonces yo le dije: "si yo estuviera mocho de los pies no podría caminar, ipero es que míreme que yo puedo caminar!". Y me dice: "Es que no le estoy diciendo que no puede caminar, sino que le estoy diciendo que hasta que no traiga los exámenes no puede caminar"... Y yo le dije: "doctora, yo me levanto por la mañana y yo tengo que cepillarme, organizarme y echarme mi desodorante, mi loción, y me voy a caminar"... y que todo el mundo diga: "como huele de bueno ese viejo". ¡Eso me da ánimos! [Risas].

(P7-Be): Pues... sinceramente no tuve como la oportunidad de estudiar, solamente llegué hasta segundo bachillerato, y ahí no más. [...] Entonces... o sea, no aspire pues como a más estudio, pero he estado en varios... me ha gustado mucho estar en capacitaciones: estoy en la mesa derechos humanos; en un colectivo de mujeres; estoy en dos tunas; en dos coros, uno a nivel de música religiosa y otro a nivel de música así colombiana que me encanta [...] siempre me ha gustado... es como tratando de llenar lo que no tuve en estudio, de llenarlo en mi vida, o sea, como de mirar ahora que puedo... qué puedo hacer por mí, para mí y para los demás.

¿Cómo no pensar entonces en políticas para la vida? Porque a pesar de que la medicina se empeñe en reconocer a quien envejece solo desde los riesgos ligados a su biología, lo que emerge en estos relatos es vitalidad

y el reclamo no por una vida desprovista de sufrimientos, sino por una existencia digna.

Si bien, en apartados anteriores se reconoce que el Estado es un mediador en los procesos de medicalización, debe ser con –y a pesar de– el Estado que se deben mediar políticas que trasciendan los intereses económicos presentes en una sociedad de consumo, pues se reconoce el poder transformador de una política pública pensada para la vida que, en su contenido ético y epistemológico supere la visión actual del envejecimiento como riesgo de enfermedad y como improductividad. Este tal vez sea un supuesto utópico para nuestro momento histórico, pero necesario.

Y es que es cierto que la única oferta posible no puede seguir siendo ir a gimnasia, hacer manualidades y hablar de los hábitos de vida saludable que recomiendan las políticas, cuando en lo privado se sigue luchando en soledad porque a veces no hay para comer las frutas y verduras que sugieren los nutricionistas, para comprar los medicamentos prescritos por los médicos o para irse a las vacaciones de descanso recomendadas por los psicólogos. De ahí que el reto esté en que los alcances de un Estado no sigan limitándose a las acciones asistencialistas y cortoplacistas que denuncia De Beauvoir.

"Se domina la naturaleza obedeciéndola"
Francis Bacon.

8. CONCLUSIONES

Parte de los hallazgos muestran que los medicamentos son, en el envejecimiento, una de las principales estrategias de medicalización, no porque, evidentemente, sean un elemento importante para la atención médica, lo que científicamente los posiciona como una de las principales tecnologías en salud, sino porque es a través de dicha credibilidad que se han convertido en un elemento ordenador de la cotidianidad y de la vida de las personas que lo usan bajo prescripción crónica. Una credibilidad que pasa por la orden de un médico para instalarse en las maneras en las que se experimenta y se significa la salud de las personas. Esto no es otra cosa que el manejo político de la vida. Aquí la medicalización se nos muestra como inherente a las prácticas relacionadas con la conservación y potenciación de la vida; haciendo de ella –de la medicalización– una parte constitutiva de algunas formas estructurantes de la sociedad

En ese sentido, según los relatos que dieron forma a este trabajo, usar los medicamentos, puede leerse en dos sentidos: por un lado, se percibe como un mecanismo de sometimiento en la medida que es la materialización de la patologización sistemática de su condición social de viejos; pero por el otro, usarlos también puede convertirse en un mecanismo de “aparente resistencia” a la enfermedad, el abandono y la exclusión, pues les permite disfrutar de todo aquello que da sentido a su vida. Y digo “aparente resistencia” porque finalmente, terminan consumiendo lo mismo que el mercado ofrece, incluso cuando se trata de medicinas alternativas.

De este modo, la medicalización se convierte en un proyecto civilizatorio que, saliendo del plano del ordenamiento de la individualidad –como puede verse en las historias aquí expuestas–, busca un ordenamiento colectivo de la sociedad para los fines que traza el desarrollo de base capitalista. Así, la complejidad que da lugar a la medicalización sale del plano de la individualidad para convertirse en una discusión de interés global.

Para el caso de este estudio, ese ordenamiento giró alrededor del envejecimiento, una categoría en la que, para nuestra sociedad, es dominante la idea de incapacidad, improductividad, dependencia y enfermedad; una construcción conceptual que justifica su medicalización al ser reducida al plano de lo patológico. Esto es muy evidente no solo en

las guías de tratamiento clínico que determinan científicamente el grado de enfermedad del viejo, sino en las definiciones de envejecimiento que circulan en el imaginario colectivo.

A esta idea se le suman las políticas públicas y los enfoques que desde su accionar se han sumado a la patologización de los viejos a través de estrategias como el autocuidado, la cual recrudece el abandono estatal que individualiza un asunto cuya construcción es colectiva. Dicha estrategia parte de promocionar la salud desde un enfoque de riesgos: riesgo en el cuerpo, riesgo en la alimentación, riesgo en las relaciones sociales... es decir, una promoción de salud cuya búsqueda no es tanto potenciar la vida –incluso con enfermedades– sino la búsqueda de potenciales peligros para su tratamiento e intervención.

En esta medida, y analizando lo aprendido en este trabajo, se podría decir que las actuales políticas públicas de envejecimiento y vejez buscan, por un lado, que se actúe biotecnológicamente sobre lo viviente, que es el cuerpo fisiológico: prevenir la enfermedad, promover la salud, extender la vida biológica, disminuir el sufrimiento causado por la enfermedad, promover hábitos de higiene, es decir, aplicar todo el arsenal de la ciencia sobre los individuos; y por el otro, actuar biopolíticamente sobre la vida, que es el individuo en relación con los otros: gestionar la exclusión social a la que se ven enfrentadas las personas mayores, apoyar su economía por medio de subsidios, integrarlos entre su mismo grupo etario, entre otras. Es decir, ordenar políticamente a esta población para que corresponda a la actual dinámica social y económica. De ahí que el envejecimiento no sea tanto un problema de salud como un problema estructural que nace en la forma en la que nos hemos organizado y nombrado políticamente.

Sin embargo, en medio de este escenario, fue clave encontrar que, quien ya ha sido patologizado por su edad, el envejecimiento es un proceso que da lugar al desarrollo de la vida. Y es que la vejez es un espacio para la trascendencia, para el desarrollo de todo aquello que la rapidez de la juventud no permitió explorar. La estética de la vejez radica en la resistencia. Un asunto de gran potencia como contrapropuesta al concepto oficial de envejecimiento, lo que permite esperar que, a pesar de los esfuerzos medicalizadores, siempre existirá la posibilidad de inventarnos otras formas de envejecer.

9. LIMITACIONES

Durante el desarrollo de la investigación, tanto en su construcción conceptual como en el trabajo de campo, emergieron preguntas y limitantes que no sugirieron cambios de fondo en la estructura del mismo, pues podían ser superados en el camino, más aún, porque metodológicamente se dio lugar desde el inicio a los cambios que fueran necesarios para responder a la pregunta de investigación.

Sin embargo, uno de los acontecimientos que más marcó el desarrollo del trabajo de campo fue el hecho de que los profesionales que trabajan en los Centros Vida -que para este estudio tomaron en lugar de lo que metodológicamente se denominó "porteros"-, me presentaban ante las personas mayores como alguien que iba a "hablar de medicamentos". Esto pudo deberse, en parte, a la forma en la que comprendieron el objetivo de la investigación cuando fue socializado con cada uno de ellos.

De esta forma de presentación resultaron dos cosas. La primera, es que la presencia de alguien especializado en medicamentos hizo que muchas personas buscaran voluntariamente hacer parte del trabajo. Pero por otro lado, las preguntas que daban inicio a las conversaciones se limitaron principalmente a los asuntos técnicos de los medicamentos como posología, efectos adversos, revisión de fórmulas, entre otros, y menos a los relatos que daban lugar al aspecto simbólico que aquí se buscaba.

Sin embargo, esto fue superado a medida que avanzaba la conversación y, una vez resueltas las preguntas de orden técnico, se daba lugar al relato de las historias que contenían los asuntos que resultaron ser más interesantes para el desarrollo del trabajo.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. De Beauvoir S. La vejez (1970). Bogotá: Penguin Random House Grupo Editorial S.A.S; 2013. 707 p.
2. Ministerio de Salud y Protección Social. Envejecimiento demográfico. Colombia 1951-2020 Dinámica demográfica y estructuras poblacionales. Bogotá; 2013.
3. Martínez Ortega MP, Polo Luque ML, Carrasco Fernández B. Visión histórica del concepto de vejez desde la Edad Media. *Cult los Cuid*. 2002;(11):40-6.
4. Curcio-Borrero C. Investigación y envejecimiento: Del dato a la teoría. *Hacia la Promoción la Salud*. 2010;15(1):144-66.
5. Murguía A, Ordorika T, Lendo LF. El estudio de los procesos de medicalización en América Latina. *História, Ciências, Saúde*. 2016;23(3):635-51.
6. Márquez S, Meneu R. La medicalización de la vida y sus protagonistas. *Eikasia Rev Filos*. 2007;2(8):65-86.
7. Santos Pérez ML, Valencia Olivero NY. Envejecer en Colombia. *América Lat Hoy*. 2015;(71):61-81.
8. Fundación Saldarriaga Concha y Fedesarrollo. Misión Colombia Envejece: Resumen ejecutivo. Bogotá, D.C: Editorial Fundación Saldarriaga Concha; 2015. 147 p.
9. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Resultados preliminares 2018: Censo Nacional de Población y Vivienda [Internet]. Bogotá; 2018 [cited 2019 Jun 7]. Available from: <https://sitios.dane.gov.co/cnpv-presentacion/src/#cuantos00>
10. Williams SJ, Martin P, Gabe J. The pharmaceuticalisation of society? A framework for analysis. *Sociol Heal Illn*. 2011;
11. Las 20 empresas farmacéuticas más destacadas del mercado colombiano [Internet]. *Dinero*. 2017 [cited 2019 Jun 7]. Available from: <https://www.dinero.com/empresas/articulo/las-mayores-empresas-farmacenticas-de-colombia/245518>
12. Paauw D. 11 Drugs You Should Seriously Consider Deprescribing: 2018 Update [Internet]. *Medscape*. 2018 [cited 2019 Jun 7]. Available from: <https://www.medscape.com/slideshow/deprescribing-6009041?fbclid=IwAR29jb3rKSN9Mj-7KbC-3yMOCn0az4PTE1R06K8zcvjx9fFLkN7dJt96QMk>
13. Talks at Google. Aubrey de Grey, PhD: "The Science of Curing Aging". [Video File] [Internet]. [1:17:08]: YouTube; 2018 [cited 2019 Jun 7]. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=S6ARUQ5LoUo>
14. Ministerio de Salud y Protección Social. SABE COLOMBIA. Estudio Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento: Resumen Ejecutivo.

- Bogotá; 2015.
15. Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. POS PÓPULI. Módulo MEDCOL-STAT [Internet]. Bogotá; 2017 [cited 2018 Jan 2]. Available from: <https://pospopuli.minsalud.gov.co/MEDCOL-STAT/POSEstadisticasMedicamentos.aspx#form1>
 16. D'Andrea L, Benitez R, Franzo A. Envejecimiento y Medicalización. In: VIII Jornadas de Sociología de la UNLP, 3 al 5 de diciembre de 2014 [Internet]. Ensenada; 2014. p. 9. Available from: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.4489/ev.4489.pdf
 17. Foucault M. La política de la salud en el siglo XVIII. In: Saber y Verdad. Madrid: La Piqueta; 1976. p. 89–106.
 18. Illich I. Némesis médica. La expropiación de la salud. México: Barral editores; 1975. 218 p.
 19. Forcades i Vila T. La medicalización de los problemas sociales. Rev Cuba Salud Publica. 2012;38(5):803–9.
 20. Parsons T. Estructura social y proceso dinámico: el caso de la práctica médica moderna. In: La estructura de la acción social. 1937. p. 275–306.
 21. Foucault M. Sujeto y poder (post-scriptum). In: Dreyfuss, Rabinow, editors. Michel Foucault Más allá del estructuralismo y la hermenéutica. Buenos Aires: Ediciones nueva visión; 1982. p. 241–61.
 22. Foucault M. El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica. Mexico: Siglo XXI editores; 1963. 272 p.
 23. Foucault M. Historia de la medicalización. Educ Med Salud. 1977;11(1):3–25.
 24. Lazzarato M. Del biopoder a la biopolítica. Nova et Vetera (Bogotá). 2002;(48):53–63.
 25. Iriart C. Medicalización, biomedicalización y proceso salud-enfermedad-atención. 2016. p. 15.
 26. Clarke A, Shim J, Mamo L, Fosket J, Fishman J. Biomedicalization: technoscientific transformations of health, illness, and U.S. biomedicine. Am Sociol Rev. 2003;68:161–94.
 27. Arrubla-Sánchez D. Política social para el envejecimiento: el (sin) sentido de los argumentos. Rev Gerenc Polit Salud. 2010;9(19):229–42.
 28. Galeano Marín E. Estrategias de investigación social cualitativa: el giro en la mirada. Medellín: La carreta editores EU; 2004.
 29. Ramalho de Oliveira D, Dupotey N. La investigación cualitativa en Farmacia. Aplicación en la Atención Farmacéutica. Brazilian J Pharm Sci. 2008;44(4):763–72.
 30. Cruz Santana JJ. El concepto de experiencia en Victor W. Turner, E.

- P. Thompson y Anthony Giddens: Un diálogo entre antropología social, historia y sociología. *Sociol Histórica*. 2017;7:345–75.
31. Bruner J. Actos de significado. Más allá de la revolución cognitiva. Madrid: Alianza Editorial; 2002. 168 p.
 32. Galeano Marín E. Diseño de proyectos en la investigación cualitativa. Medellín: Fondo Editorial Universidad EAFIT; 2004. 94 p.
 33. Bonilla Castro E, Rodríguez Sehk P. Más allá del dilema de los métodos. Bogotá: Grupo Editorial Norma; 1997. 220 p.
 34. Gibbs G. La naturaleza del análisis cualitativo. In: El análisis de los datos cualitativos en investigación cualitativa. Madrid: Ediciones Morata S.L; 2012. p. 199.
 35. Stake R. Investigación con estudio de casos. Madrid: Ediciones Morata; 1998. 156 p.
 36. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2002. 341 p.
 37. Subsecretaría de Grupos Poblacionales de la Secretaría de Inclusión Social y Familia de Medellín. Observatorio de Envejecimiento y Vejez AMAUTTA [Internet]. 2017 [cited 2017 Nov 1]. Available from: https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/SubportaldelCiudadano_2/PlandeDesarrollo_0_0/SharedContent/Amautta/amautta/index.html
 38. Taylor S, Bodgan R. Introducción a los métodos cualitativos en investigación. Barcelona: Ediciones Paidós; 1992. 343 p.
 39. Ghiso A, Tabares C. Reflexividad dialógica en el estudio de jóvenes y prácticas políticas. *Rev Latinoam Cienicas Soc niñez y Juv*. 2011;9(1):129–40.
 40. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm*. 1990 Mar;47(3):533–43.
 41. Hodgson G. ¿Qué son las instituciones? *CS*. 2011;(8):17–53.
 42. Preciado PB. Testo Yonqui. Madrid: ESPASA CALPE; 2008. 328 p.
 43. World Health Organization. Regional Office for South-East Asia. Self care for health [Internet]. 2014 [cited 2019 Jun 11]. Available from: <http://www.who.int/iris/handle/10665/205887>
 44. Fassin D. Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida. Hacia una antropología de la salud. *Rev Colomb Antropol*. 2004;40:283–318.
 45. Dirección de Regulación de Beneficios Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. MEDCOL-STAT: Aplicativo estadístico de prescripción, consumo y gasto de prestaciones farmacéuticas del Plan de Beneficios con carga a la Unidad de Pago por Capitación. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2018. p. 27.
 46. Castro Rodriguez A, Orozco Hernández J, Marín Medina D. Polifarmacia y prescripción de medicamentos potencialmente no

- apropiados en ancianos. Rev Méd Risaralda. 2015;22(1):52-7.
47. Deleuze G. La inmanencia: una vida... In: Rodríguez F, Giorgi G, editors. Ensayos sobre biopolítica: Excesos de vida. Buenos Aires: Paidós; 2007. p. 35-40.
 48. Monod J. El azar y la necesidad. Mexico: Tusquets; 1970. 198 p.

ANEXOS

ANEXO 1: Acta de aprobación del proyecto de investigación. Comité de ética de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia.



CI 00148- 2018

Comité de Ética de la Investigación
Centro de Investigación
Facultad Nacional de Salud Pública

Certificación

El Comité de Ética de la Investigación de la Facultad Nacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez - CEI en la sesión 183 del 03 de mayo de 2018 avaló el proyecto de investigación **BIOMEDICALIZACIÓN DEL ENVEJECIMIENTO: Experiencias y significados sobre el uso de medicamentos en adultos mayores del Observatorio de Envejecimiento y Vejez de la Alcaldía de Medellín-Colombia, 2017-2018**".

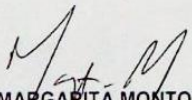
El comité da aval al proyecto en la categoría de riesgo mínimo según la Resolución 8430 del Ministerio de Salud.

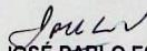
El proyecto de investigación cuenta con consentimiento informado según lo establecido en los artículos 15 y 16 de la Resolución 8430 de 1993.

Si el proyecto de investigación no ha iniciado ejecución en un año después de la expedición del presente aval, se deberá remitir nuevamente al Comité de Ética para su renovación. Este aval es válido durante toda la vigencia del proyecto de investigación.

Dado en Medellín, el 08 de mayo de 2018.

Atentamente,


MARGARITA MONTOYA M.
Presidente


JOSÉ PABLO ESCOBAR VASCO
Decano

Proyectó: Jhon Smith Arenas- Asistente Administrativo CEI
Teléfono: 219 68 78
Correo electrónico: eticasaludpublica@udea.edu.co

ANEXO 2 : Formato de consentimiento informado.

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
Proyecto de Investigación:
MEDICALIZACIÓN DEL ENVEJECIMIENTO: Experiencias y
significados sobre el uso de medicamentos en personas mayores
del Programa de Envejecimiento y Vejez de la alcaldía de
Medellín, AMAUTTA
2017-2018

Fecha: _____

Ciudad: _____

Yo, _____
identificado(a) conforme aparece al pie de mi firma, en pleno uso de mis facultades mentales y legales, otorgo consentimiento pleno, irrevocable, libre e informado para participar del proyecto de investigación llamado *MEDICALIZACIÓN DEL ENVEJECIMIENTO: Experiencias y significados sobre el uso de medicamentos en personas mayores del Programa de Envejecimiento y Vejez de la alcaldía de Medellín, AMAUTTA*, dirigido por Laura Milena Cifuentes Posada, estudiante de Maestría en Salud Pública, un programa de la Facultad Nacional de Salud Pública - Universidad de Antioquia.

El objetivo de este proyecto es acercarse a la comprensión de las experiencias y los significados que giran alrededor del uso de medicamentos como práctica medicalizadora del proceso de envejecimiento en personas mayores pertenecientes al programa de atención social a la vejez y envejecimiento de la alcaldía de Medellín, AMAUTTA.

Especificaciones metodológicas de la investigación

Una de las estrategias de recolección de información será la realización de entrevistas a profundidad, para lo cual, se proponen algunas preguntas que guiarán la conversación sobre sus experiencias en el uso de los medicamentos. No se trata de un cuestionario, y por ello usted puede expresar sus puntos de vista, hacer preguntas y proponer otros temas a tratar de modo que la conversación se nutra tanto de las opiniones de la investigadora como de las suyas.

Aclaraciones de participación

La participación en este estudio es voluntaria y puede retirarse en el momento que desee sin que ello tenga implicaciones desfavorables para usted. Al tratarse de un trabajo académico, su participación no genera ningún tipo de compromisos con la Universidad de Antioquia ni con AMAUTTA. Así mismo, su participación no tendrá bonificaciones o pagos de ninguna naturaleza, y toda la información aquí recolectada será utilizada con fines estrictamente académicos.

Para guardar la confidencialidad de sus datos, las respuestas a las entrevistas serán codificadas usando un número de secuencia y, por lo tanto, su registro será anónimo.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas durante su participación en él. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Para mantener un registro fiel de las respuestas, se propone grabar en audio de modo que al momento de analizar los resultados la investigadora pueda transcribir las ideas que usted haya expresado.

Los encuentros se darán en lugares que a usted le resulten cómodos y que garanticen las condiciones de privacidad con la información que pueda proporcionar para el objetivo de la investigación.

Desde ya le agradecemos su participación.

A continuación, responda sí o no a las siguientes preguntas, las cuales se realizan con el fin de autorizar a la investigadora a continuar con su participación en este trabajo de investigación:

SI N ¿Le permite a la investigadora principal realizar un registro de audio de las entrevistas en las que usted participe?

SI N ¿En caso de ser solicitado, usted le permite a la Universidad de Antioquia y/o a AMAUTTA acceder a la información recolectada en las entrevistas en las que usted participa?

SI N ¿Acepto que este es un trabajo de investigación con fines estrictamente académicos, razón por la cual no habrá compensación monetaria por mi participación?

SI N ¿Entiendo que mi participación no genera ningún tipo de compromisos con la Universidad de Antioquia ni con AMAUTTA?

SI N ¿Comprendo que puedo hacer preguntas acerca del estudio, no responder a preguntas en las que me pueda sentir incómodo (a) y/o inseguro (a), y que puedo retirarme del proceso en el momento que desee?

En constancia de lo anterior, firmo este documento otorgando mi asentimiento para participar del proyecto. Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del proceso de la entrevista y el propósito de su realización. Reconozco que la información que provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. Me han

Anexo 3. Propuesta de guía de entrevista

ENTREVISTA –GUÍA⁹

a) IDENTIFICACIÓN DEL ENCUENTRO

1. Fecha	
2. Hora inicial	
3. Lugar	
4. # de entrevista	

b) SOBRE ELLA O ÉL:

5. ¿Quién es?
6. ¿En qué ha trabajado?
7. ¿En qué dedica sus tiempos libres?
8. ¿Familia, amigos, vecinos?

c) SOBRE LO QUE LE HAN DIAGNOSTICADO DESDE QUE ES ADULTO MAYOR:

9. ¿Para usted, ¿qué significa estar aliviado?
10. Enfermedades que le han diagnosticado hasta el momento... ¿desde cuándo las tiene?
11. Cómo se ha sentido desde que le dijeron que tenía riesgos?... HTA, DM...
12. ¿Qué fue lo primero que hizo para manejar lo que sentía?
13. ¿Usted por qué cree que tiene hipertensión, diabetes, depresión?... (Todo lo que le han diagnosticado)

d) SOBRE ENVEJECIMIENTO

14. ¿Cuándo sintió que empezó a envejecer?
15. ¿Qué ha sido lo más difícil de envejecer?
16. ¿Cómo le gustaría envejecer?

e) SOBRE LOS MEDICAMENTOS

17. ¿Qué opina de los medicamentos?
18. ¿Qué siente desde que empezó a tomar medicamentos?
19. ¿Le han dicho algo sobre los medicamentos?
20. ¿Ha cambiado algo en su forma de vivir desde que toma medicamentos?
21. ¿A usted le gusta tomar medicamentos?

f) SOBRE EL ACCESO AL SISTEMA DE SALUD:

22. Se siente bien atendido cuando va al médico?
23. ¿Debe hacer muchos trámites para acceder a las consultas o a los medicamentos?
24. ¿Qué tipo de apoyo ha recibido de su familia, amigos, vecinos y compañeros de trabajo en todo este proceso?
25. ¿Qué ha aprendido sobre las enfermedades que le han diagnosticado?

g) SOBRE AMAUTTA

- 26) ¿Cómo llegó a AMAUTTA?

⁹ Tomado de asesorías y cursos de Investigación en Estudio de Caso, Maestría en Salud Pública

27) ¿Qué ha aprendido aquí?

h) OTRA INFORMACIÓN

28. ¿Usted quiere agregar algo más?

29. ¿Cómo se sintió con esta conversación?

¡MUCHAS GRACIAS!

30. Hora final	
-----------------------	--

Versión abril de 2018

ANEXO 4 : Formato para la transcripción de las entrevistas.

FORMATO PARA LA TRANSCRIPCIÓN DE ENTREVISTAS

Participante:	CÓDIGO
Fecha: día/mes/año	Duración de la grabación: horas:minutos:segundos
Lugar de encuentro:	
Transcriptor:	
Observaciones generales:	
TRANSCRIPCIÓN	