



UNIVERSIDAD  
**NACIONAL**  
DE COLOMBIA

# **Políticas de vida y trayectorias de cuidado en personas ancianas y sus familias**

**Esperanza Muñoz Torres**

Universidad Nacional de Colombia  
Doctorado Interfacultades Salud Pública  
Bogotá, Colombia  
2016



# **Políticas de vida y trayectorias de cuidado en personas ancianas y sus familias**

**Esperanza Muñoz Torres**

Tesis presentada como requisito parcial para optar al título de:  
**Doctora en Salud Pública**

Director:  
Ph.D., Edgar Alberto Novoa Torres

Universidad Nacional de Colombia  
Doctorado Interfacultades Salud Pública  
Bogotá, Colombia  
2016



*A mi madre y mi hermana*



## **Agradecimientos**

Doy gracias a Dios por esta oportunidad.

A mi madre y mi hermana por su afecto, cuidado y apoyo incondicional sin el cual no hubiera sido posible este doctorado.

A la profesora Alba Lucero López y el Grupo de Cuidado Cultural que me acompañaron en la etapa inicial de este trabajo

A los profesores del doctorado por las orientaciones brindadas.

Al profesor Cesar Abadía y al grupo de Antropología Médica Crítica por el aporte de sus ideas para concretar el proyecto.

Al profesor Edgar Alberto Novoa, director de la tesis, por la apertura que me brindó, su disposición, su paciencia y su confianza en mí.

A las profesoras Miryam Mitjavila y Sandra Caponi, por su apoyo e importante orientación que me ayudó a definir el rumbo de esta investigación.

Al profesor Mario Hernández, por el ánimo que me dio y sus sabios aportes en esta última etapa.

Un especial agradecimiento a los participantes del estudio que compartieron conmigo sus vidas, sus luchas, sus logros y me aportaron con sabiduría grandes enseñanzas para la vida



## Resumen

Las situaciones sociales que hoy afronta la población colombiana tiene que ver con las relaciones de poder y las formas de gobierno establecidas en el país desde inicios del siglo XX. Con el fin de entender como están operando estos mecanismos de poder sobre la vida de la población anciana la presente investigación tuvo como objetivo determinar la manera en que está articulado el dispositivo gubernamental de envejecimiento y vejez en Colombia y reconocer a partir de la experiencia de las personas ancianas elementos claves para estructurar una política para la vida, usando la propuesta analítica de Michel Foucault sobre biopolítica y subjetivación.

Es una investigación cualitativa que empleó los métodos genealógico y biográfico. Se contó con la participación de 15 personas de varias localidades de Bogotá, que narraron sus relatos de vida.

Resultados: el dispositivo gubernamental de envejecimiento y vejez en Colombia emergió en medio de un proceso de modernización bajo una concepción liberal ligado a un modelo de desarrollo capitalista, que ha profundizado realidades de violencia, inequidad, desigualdad, e injusticia.

Conclusión; se plantea una propuesta ética y estética, que apunta hacia la realización plena de la vida humana, probada y validada en las políticas de vida y las trayectorias de cuidado vividas por las personas ancianas, como una alternativa para hacer frente a formas biopolíticas de poder sobre la vida. Esto implica una construcción colectiva que requiere el compromiso de todos, el Estado, la sociedad, la familia y el individuo, con responsabilidades claras e indelegables.

**Palabras clave: Biopolítica, dispositivo gubernamental, subjetivación, medicalización de la vejez.**

## Abstract

The social situations now facing Colombian people today have to do with political power and the forms of governing that have been established in the country since the early twentieth century. In order to understand how the mechanisms of power are operating in the lives of the elderly. This research aimed to determine how the governmental device aging and old age in Colombia and to recognize from the experience of the aged persons elements to structure a politics for the life using the analysis proposed by Michel Foucault of biopolitics and subjectivisation

It is a qualitative investigation that used the genealogical and biographical methods. One was provided with the participation of 15 persons of several localities of Bogota, who narrated its life histories.

Results :The governmental device of aging and old age in Colombia emerged in the middle of a modernization process under a liberal conception tied to a capitalist development model, who has deepened realities of violence, inequity, inequality, and injustice.

Conclusion; an ethical and esthetic proposal, proven and validated in the politics of life and the trajectories of care lived by the aged persons, like an alternative to face to biopolitical forms of power on the life. This implies a collective construction that there needs the commitment of all, the State, the society, the family and the individual, with clear responsibilities and indelegables.

### **Keywords:**

**Biopolitics, governmental device, subjectivation, medicalization of old age**

# Contenido

	Pág.
<b>Resumen</b> .....	<b>IX</b>
<b>Lista de figuras</b> .....	<b>XIII</b>
<b>Lista de tablas</b> .....	<b>XIV</b>
<b>Introducción</b> .....	<b>1</b>
<b>1. La población anciana como objeto de intervención política y económica.</b>	
<b>Perspectivas de abordaje y método</b> .....	<b>5</b>
1.1 Las estructuras de poder-gobierno sobre la población anciana como problema de investigación .....	5
1.2 Identificación y definición de conceptos .....	12
1.2.1 Envejecimiento, vejez y persona anciana.....	13
1.2.2 La persona anciana y la familia .....	15
1.2.3 Trayectorias de cuidado y políticas de vida .....	16
1.2.4 Poder, gubernamentalidad y dispositivos vida.....	16
1.3 Los dispositivos gubernamentales, la medicalización y la subjetivación como categorías de análisis.....	23
1.3.1 Proceso de constitución del dispositivo de gubernamentalidad. ....	23
1.3.2 El nuevo arte de gobernar como dispositivo gubernamental .....	25
1.3.3 Dispositivo gubernamental y el gobierno sobre la conducta .....	31
1.3.4 Los dispositivos gubernamentales y la sociedad de control .....	32
1.4 La medicalización de la vida. ....	34
1.4.1 Historia de la medicalización .....	34
1.4.2 El paso de sociedades normalizadas a sociedades securitarias .....	39
1.4.3 La medicalización como aspecto central de la modernidad .....	43
1.5 Subjetivación .....	44
1.5.1 El cuidado de sí.....	46
1.5.2 Trayectorias de cuidado .....	50
1.5.3 Políticas de vida .....	52
1.6 Abordaje metodológico de la investigación .....	54
1.6.1 El método genealógico.....	56
1.6.2 El método biográfico, los relatos de vida como instrumento. ....	58
<b>2. Aproximación genealógica a la medicalización del envejecimiento y vejez en Colombia</b> .....	<b>65</b>
2.1 Primer periodo inicios del siglo XX hasta 1979.: viraje de la higien pública a la salud pública y la medicina preventiva .....	71

2.1.1	La medicalización de los pobres .....	76
2.1.2	La medicalización del trabajo.....	80
2.1.3	La medicalización de la familia .....	88
2.2	Periodo de 1970 a 1990. Medicalización del envejecimiento y la vejez; de la medicina preventiva a la salud como unproducto de consumo.....	94
2.2.1	El discurso de envejecimiento demográfico y las medidas propuestas por el Banco Mundial para afrontar la crisis. ....	95
2.2.2	Contexto nacional. ....	98
2.2.3	La vejez en la esfera pública del país. ....	100
2.2.4	Nacimiento de la geriatría y la gerontología en Colombia .....	102
2.3	Tercer periodo de 1991 a 2015. Medicalización del envejecimiento y la vejez; de la salud como unproducto de consumo a la gestión del riesgo en salud .....	106
2.3.1	Las reformas en Colombia .....	107
2.3.2	Acciones para las personas ancianas y la política social .....	114
2.3.3	Política Nacional de Envejecimiento y Vejez en Colombia.....	115
2.3.4	La vejez como un recurso productivo y de consumo.....	121
<b>3.</b>	<b>Dispositivo gubernamental de envejecimiento y vejez .....</b>	<b>127</b>
3.1	Reconstrucción colectiva de la forma social del dispositivo gubernamental..	127
3.1.1	La familia y sus legados.....	128
3.1.2	La escuela y su finalidad.....	135
3.1.3	La centralidad del trabajo.....	139
3.1.4	Religiosidad .....	144
3.1.5	La cuestión social .....	149
3.1.6	La intervención del Estado.....	157
3.1.7	La medicalización de la vida .....	160
3.2	La construcción del dispositivo gubernamental de envejecimiento y vejez en Colombia .....	169
<b>4.</b>	<b>Modos de Subjetivación de las personas ancianas .....</b>	<b>177</b>
4.1	Construcción de las trayectorias de cuidado .....	177
4.1.1	Trayectorias de cuidado en las personas ancianas .....	180
4.2	Políticas de vida .....	201
4.3	Propuesta de estructuración de una Política para la vida de las personas ancianas. ....	212
<b>5.</b>	<b>Conclusiones y recomendaciones .....</b>	<b>216</b>
<b>A.</b>	<b>Anexo: Fuentes secundarias .....</b>	<b>219</b>
<b>B.</b>	<b>Anexo: Procesos discursivos .....</b>	<b>221</b>
<b>C.</b>	<b>Anexo: Diario de campo .....</b>	<b>225</b>
<b>D.</b>	<b>Anexo: Entrevista .....</b>	<b>226</b>
<b>E.</b>	<b>Anexo: Proceso de categorización.....</b>	<b>228</b>
<b>F.</b>	<b>Anexo: Clasificación de la vejez .....</b>	<b>230</b>
<b>Bibliografía .....</b>	¡Error! Marcador no definido.	
<b>6. Bibliografía .....</b>		<b>231</b>

## Lista de figuras

	<b>Pág.</b>
Figura 2-1: Estilo de vida .....	68
Figura 2-2: La mujer anciana .....	76
Figura 2-3: La mujer responsable del cuidado de los niños y ancianos .....	94
Figura 2-4: Evolución de la informalidad y el desempleo .....	108
Figura 3-1: Situación de pobreza .....	151
Figura 3-2: Dispositivo gubernamental de envejecimiento y vejez .....	170

## Lista de tablas

	Pág.
<b>Tabla 1-1: Resultados Estudio Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento. 2015.</b> .....	8
<b>Tabla 1-2: Caracterización de los participantes del estudio</b> .....	59
<b>Tabla 2-1: Población y parámetros demográficos básicos, Colombia 1905-2005</b> ....	75
<b>Tabla 3-1: Dispositivo gubernamental de envejecimiento y vejez</b> .....	173
<b>Tabla 4-1: Líneas de fuga</b> .....	203
<b>Tabla 4-2: Desplazamiento de significados: verdad, vejez y subjetivación</b> .....	211
<b>Tabla 4-3: Política para la vida</b> .....	213





# Introducción

El fenómeno de envejecimiento y vejez viene estimulando una creciente atención por parte de diferentes actores sociopolíticos en las sociedades contemporáneas, debido al proceso de envejecimiento poblacional, el cual se ha explicado por la transición demográfica.

De esta manera, el presente trabajo aborda un tema académico y socialmente relevante para el campo de la salud pública, máximo en este momento donde el envejecimiento de la población se ha convertido en un reto para las sociedades.

En Colombia, se ha vivido este proceso de envejecimiento poblacional de manera acelerada entrado en resonancia, por un lado, con los efectos de las reformas hechas al Sistema General de Seguridad Social, en materia de pensiones y salud y por otro, con el compromiso adquirido por el país en la segunda Asamblea Mundial sobre envejecimiento, realizada en Madrid en el año de 2002, de plantear una política a largo plazo.

Lo cual, ha hecho que el fenómeno de envejecimiento y vejez desde la perspectiva de envejecimiento demográfico se haya contemplado como un problema de índole financiero y político. No obstante, esta manera de abordar este fenómeno lo que ha hecho es velar la raíz del problema que tiene que ver con las estructuras de poder-gubernamentalidad que se ha ido construyendo en relación con el envejecimiento y los sujetos ancianos que quiere conformar.

De este modo, esta investigación tiene como objetivo determinar cómo se ha ido estructurando el dispositivo gubernamental de envejecimiento y vejez en Colombia y reconocer a partir de la experiencia acumulada y sabiduría de los ancianos y ancianas elementos claves para construir una política para la vida, como respuesta alternativa a las relaciones de poder/gubernamentalidad que oprimen, reducen o eliminan la vida de las personas ancianas.

En este sentido, el trabajo ofrece un punto de vista novedoso principalmente en lo que concierne al análisis de las relaciones entre estrategias biopolíticas en torno a la vejez y trayectorias biográficas de las personas ancianas. Así como, la adopción de una perspectiva foucaultiana para abordar este problema en el campo de la salud pública.

La investigación tiene un enfoque cualitativo en el que se emplearon dos métodos ; el método genealógico y el método biográfico con la técnica de relatos de vida, los cuales se armonizaron uno al otro para alcanzar los objetivos propuestos.

La genealogía realizada respecto a la medicalización del envejecimiento y la vejez en Colombia junto con la identificación de la forma social a partir de los relatos de vida de las personas ancianas permitió conocer la manera como se fue estructurando la red de relaciones del dispositivo gubernamental de envejecimiento y vejez en Colombia hasta lo que es hoy en día.

El trabajo realizado con las trayectorias de vida de las personas ancianas permitió la identificación de las formas de resistencia empleadas ante las relaciones de poder/gobierno, como también, la construcción de modos de subjetivación que apuntan a la realización plena de la existencia humana, como una sencilla y bella obra de arte. De modo semejante, la comprensión de sus políticas de vida, proporcionaron los fundamentos para la elaboración de los lineamientos generales de una política para la vida de las personas ancianas.

Los resultados y conclusiones aportan a la reflexión contemporánea sobre la política de envejecimiento y vejez, así como, a pensar la vida, la salud, la vejez, la economía y la política de otra forma, encaminadas al servicio del ser humano y no del mercado.

El trabajo está estructurado en cuatro capítulos;

El primero, presenta el marco referencial donde se expone el problema de investigación, los objetivos, identificación y definición de conceptos, la metodología empleada y el marco teórico.

En el segundo capítulo se hace una aproximación genealógica a la medicalización del envejecimiento y la vejez en Colombia.

En el tercer capítulo, se describe en primer lugar la forma social del dispositivo para luego presentar la manera en que está estructurada la red que ha constituido el dispositivo gubernamental de envejecimiento y vejez en Colombia.

El cuarto capítulo se presentan las trayectorias de cuidado de las personas ancianas, destacando las relaciones de poder/gobierno y las formas de resistencia así como, los modos de subjetivación identificados. De igual modo, se expone las políticas de vida de las personas ancianas identificando los elementos claves para la estructuración de una Política para la vida y no sobre la vida de las personas. Por último se presentan las conclusiones finales de la investigación.



# **1. La población anciana como objeto de intervención política y económica. Perspectivas de abordaje y método**

*“El hombre occidental aprende poco a poco en qué consiste ser una especie viviente en un mundo viviente, tener un cuerpo, condiciones de existencia, probabilidades de vida, salud individual o colectiva, fuerzas que es posible modificar y un espacio donde repartirlas de manera óptima. Por primera vez en la historia, sin duda, lo biológico se refleja en lo político..., pasa en parte al campo de control del saber y de intervención del poder”. (Foucault, 1977)*

## **1.1 Las estructuras de poder-gobierno sobre la población anciana como problema de investigación**

Desde mediados del siglo XX, la temática del envejecimiento y la vejez han dejado de ser un fenómeno invisible para ocupar cada vez más un sitio importante en el escenario político, económico y social en el mundo, debido al envejecimiento poblacional. Dentro de las múltiples causas, la transición demográfica ha ocupado un lugar privilegiado en la manera en que se ha explicado este hecho, como resultado de una cadena de acontecimientos ocurridos en los países europeos a partir del siglo XVIII que afectaron sus dinámicas poblacionales, y que luego se hicieron extensivas al resto de los países de occidente, especialmente los latinoamericanos.

Por consiguiente, el incremento de la población anciana se ha alcanzado a partir de los desarrollos en los campos social, científico-tecnológico y biomédico que provocaron un mejoramiento en las condiciones de salud con cambios en los patrones de enfermedad y disminución de los índices de mortalidad e indujeron un aumento en la población; sin embargo, esto condujo luego a que los países adoptaran la implementación de políticas

de control natal, cuyos resultados se hicieron visibles hacia la segunda mitad del siglo XX, con una disminución en las tasas de fecundidad que llevó a la transformación en la estructura por edades de la población, con una reducción notable en los niños y jóvenes y una mayor visibilidad en el número de personas que hoy son adultas y ancianas.

Este discurso de envejecimiento poblacional se ha afianzado en Colombia, tras los estudios demográficos y proyecciones realizadas, que presentan una aceleración de este proceso, el cual ha entrado en resonancia con los efectos en materia de pensiones y salud producto de las reformas realizadas al Sistema General de Seguridad Social desde finales del siglo XX; sumado al compromiso que el país adquirió en la segunda Asamblea Mundial sobre envejecimiento, realizada en Madrid en el año 2002, de construir una política de envejecimiento y vejez a largo plazo. Por esto y desde esta óptica se ha desarrollado en el país en los últimos años un trabajo de diagnóstico, elaboración de propuestas y ajustes, que han servido de insumo para la realización y expedición de la Política Colombiana de envejecimiento humano y vejez, donde se destacan dos estudios, uno realizado por la Fundación Saldarriaga Concha y Fedesarrollo con resultados en 2015, y otro, el Estudio Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) cuyos resultados se publicaron en mayo de 1916.

En el estudio realizado por la Fundación Saldarriaga Concha y Fedesarrollo, titulado Misión Colombia envejece: cifras, retos y recomendaciones, se reafirma el discurso de envejecimiento demográfico en el país, planteando que la tasa global de fecundidad se redujo de 6.8 hijos por mujer a mediados del siglo XX a 2.2 hijos por mujer en el año 2014 y se espera que siga bajando en los próximos años. Así mismo, se señala que la esperanza de vida aumentó de 50.6 años a mediados del siglo pasado a cerca de 74 en la actualidad, especialmente por el descenso en la mortalidad infantil trayendo como consecuencia el aumento de la población anciana, que pasó de ser el 7% en 1985 al 10% en la actualidad y se espera que llegue al 23% en el 2050. Y que según las proyecciones realizadas, se plantea que la población de 60 años para el año 2050 crecerá casi 7 veces, mientras que la población de 15 a 59 años no llegue a duplicarse, se prevé que entre 2020 y 2046 la población en edad productiva presentaría tasas de crecimiento cercanas a cero y a partir del año 2046 empezaría a tener una tasa de crecimiento negativa, además que se espera que para el 2050, de acuerdo a la esperanza de vida que ésta sea de 86 años para las mujeres mientras que para los

hombres de 82 años lo que indica que habrá una mayor longevidad para las mujeres, y por tanto una feminización del envejecimiento poblacional. (Fedesarrollo & Fundación Saldarriaga Concha, 2015)

De igual modo se afirma que en el 2014 el grupo de personas mayores de 80 años o más correspondían al 1.4% del total, mientras que para el 2050 corresponderán al 5% de la población total, además, se prevé que para el 2050 sólo el 15% de ésta población tenga acceso a pensión, siendo la situación más grave para las mujeres que son las más longevas, pues hoy solo 1 de 7 mujeres recibe pensión, con un mayor riesgo de indigencia en la vejez, por lo cual se sostiene que debido a esto, habrá una mayor demanda para los programas de asistencia y seguridad social a cargo del Estado dado que este grupo es quien más solicita servicios de salud y de cuidado, aspecto que se debe tener en cuenta en la política. (Fedesarrollo & Fundación Saldarriaga Concha, 2015)

De hecho, se plantean 3 modalidades de envejecimiento y su vínculo con la protección social:

1) El envejecimiento demográfico que tiene efectos importantes en el financiamiento de los sistemas de pensiones contributivas y en los esquemas de transferencias no contributivas; 2) el envejecimiento doméstico o aumento de personas mayores por hogar, con implicaciones en los requerimientos de cuidado en los hogares con personas mayores; y finalmente, 3) el envejecimiento individual que corresponde al incremento de la edad cronológica de las personas o prolongación de la vida, y es el que se relaciona directamente con la protección social (Fundación Saldarriaga Concha y Fedesarrollo, 2015, págs. 23-24)

El informe señala además que el indicador de dependencia, usado para medir la necesidad de soporte social de la población adulta mayor e infantil (población dependiente) en relación con la población potencialmente activa (de 15 a 59 años), en la actualidad es del 60.9 (lo que equivale a decir que por cada 100 personas potencialmente activas hay 61 personas en edad no productiva). Se plantea que el

punto aumentará en la década del 2020 como consecuencia del envejecimiento de la población dando paso al final de la fase de bono demográfico<sup>1</sup>, por eso la sociedad debe prepararse para disponer y asignar más recursos a la población mayor, con los costos económicos y financieros que esto puede implicar. (Fedesarrollo & Fundación Saldarriaga Concha, 2015, págs. 53-53)

En síntesis, para este informe, el aumento de la población anciana se constituye en un problema de índole financiero y político con mayores repercusiones para el futuro, por tanto se plantea que el Estado, la familia y en general, la sociedad colombiana deben prepararse tanto para enfrentar los desafíos que el envejecimiento de la población supone como para aprovechar las oportunidades que pueda ofrecer. Para lo cual debe: disponer y asignar más recursos financieros y humanos para la población de ancianos, promover estrategias de preparación para la vejez, así como, lograr una nueva mirada más positiva del envejecimiento, que se es la de “envejecimiento activo y productivo” (Fedesarrollo & Fundación Saldarriaga Concha, 2015)

El segundo informe corresponde al Estudio Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) el cual, es un estudio diagnóstico que desde la óptica del discurso demográfico de envejecimiento poblacional, aporta información para apoyar la toma de decisiones en Salud Pública respecto a: gestión integral del riesgo, envejecimiento activo y cuidado, que terminan responsabilizando al individuo, desconociendo de fondo los elementos estructurales del problema.

Algunos de los resultados presentados fueron los siguientes: (Ministerio de Salud & Colciencias, 2016)

**Tabla 1-1: Resultados Estudio Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento. 2015.**

Variable	Resultados
Salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Después de la HTA, los problemas relacionados con la depresión y las enfermedades psiquiátricas son los que más afectan a la población encuestada. El 41% presenta algún síndrome depresivo.</li> <li>✓ El deterioro visual y auditivo junto con la violencia, el maltrato, el desplazamiento y las condiciones de vida son determinantes del</li> </ul>

<sup>1</sup>Aumento relativo de la población en edades potencialmente activas. (CELADE División de Población de la CEPAL, 2012)

Variable	Resultados
	<p>estado de salud de los adultos mayores en el país.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ El 76,6% no reportó alguna incapacidad por caídas.</li> <li>✓ El 74,4% consultó al servicio de salud durante el último mes.</li> <li>✓ El 86,9% recibió en su totalidad los medicamentos.</li> <li>✓ El 13% estuvo hospitalizado al menos una vez los últimos 12 meses.</li> </ul>
Fundamenta la toma de decisión en salud pública en relación con: fomento del autocuidado, manejo de estilos de vida y énfasis en prevención de la violencia.	
Determinantes de envejecimiento activo	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ El 26,7 % dijo que los andenes y acereras son irregulares.</li> <li>✓ El 24,3% no tiene transporte público cerca de las viviendas.</li> <li>✓ El 67,8% no hay sitios para sentarse a esperar el bus.</li> <li>✓ El 79% de la personas discapacitadas no tiene acceso a transporte público.</li> <li>✓ El 43,5% no hay parques o áreas donde caminar.</li> <li>✓ El 48,3% no hay centros deportivos o de recreación</li> <li>✓ Para 29.2% el mayor problema del vecindario es el expendio de drogas, seguid por la delincuencia.</li> <li>✓ El 68% utiliza teléfono celular.</li> <li>✓ El 79% es independiente, hay mayor dependencia en las mujeres de estratos bajos.</li> </ul>
Fundamenta la toma de decisión en salud pública: acondicionar espacios para facilitar adopción de autocuidado y manejo de estilo de vida (Actividad física) y que son en parte alguna de las acciones que se han realizado por ejemplo en Bogotá, esto sujeto por supuesto al presupuesto de que se disponga.	
Cuidado	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ El 83,9% son cuidadores mujeres que no cotizan a un fondo de pensión y con una edad promedio de 49 años</li> <li>✓ El 61% de los cuidadores son hijos que cuidan a los padres. Y el 10% son los cónyuges como cuidadores. Solo el 14% de cuidadores son nietos, padres o hermanos. El 15% de cuidadores no tiene ningún lazo de consanguinidad con el anciano.</li> <li>✓ El 85% recibe compañía y afecto de sus hijos.</li> <li>✓ El 50% recibe comida, ropa, transporte y dinero en efectivo , soporte material de los hijos.</li> <li>✓ El 30% no recibe ningún tipo de apoyo</li> </ul>
Fundamenta la toma de decisión en salud pública en: fomentar cuidado familiar, así como otras formas de organización del cuidado.	
Determinantes sociales	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ El 61,2% de los ancianos tuvieron condiciones económicas mala o regular en la infancia. El 8% sufrió hambre.</li> <li>✓ En promedio se alcanzó 5.5 niveles de escolaridad.</li> <li>✓ El 63% vive en casa propia, 12% en hacinamiento.</li> <li>✓ Trabajaron en promedio 36.6 años.</li> <li>✓ El 60% trabaja por necesidad de dinero.</li> <li>✓ El 58% de los que trabajan, lo hacen en informalidad de baja calificación.</li> <li>✓ El 30.9% de los ingresos provienen de actividades laborales, el 29,1% de los sistemas pensionales.</li> <li>✓ El 48,9% está afiliada al régimen contributivo.</li> <li>✓ El 46,8% afiliada al régimen subsidiado.</li> <li>✓ El 2,2% no está afiliado a ningún régimen.</li> <li>✓ El 11.9% recibe pensión en la zona rural.</li> <li>✓ El 33.9% recibe pensión en la zona urbana.</li> </ul>
Fundamenta la toma de decisión en salud pública en: fomento del ahorro individual para contrarrestar la mayor vulnerabilidad para la indigencia en la vejez.	
Estilos de vida	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ El 12% es fumador</li> <li>✓ El 11.7% consume alcohol, aunque disminuye este porcentaje con la</li> </ul>

Variable	Resultados
	edad, pero aumenta con el nivel educativo. ✓ El 50% su espacio vital es reducido no salen de la ciudad.
Fundamenta la toma de decisión en: fomento de estilos de vida y autocuidado.	
Verificación de Factores de riesgo y priorización de riesgos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Se hicieron medidas antropométricas a la totalidad de las personas, toma de presión arterial, pruebas de funcionalidad: fuerza de agarre, velocidad de marcha, equilibrio.</li> <li>✓ El 2,2% tiene malnutrición.</li> <li>✓ El 50% está en riesgo de malnutrición.</li> <li>✓ El 60.7% prevalencia de HTA.</li> </ul>
Fundamenta la toma de decisión en: ponderación del riesgo y fomento de autocuidado y estilo de vida saludable.	

Los dos estudios referidos contaron con la colaboración de la academia y este último con la participación de Colciencias, lo cual, ha servido para legitimar el discurso demográfico con un matiz economicista, que sólo muestra una mirada reducida del fenómeno del envejecimiento y la vejez en Colombia. Este abordaje es el que ha sido adoptado por la Política Nacional, velando la raíz del problema que tiene que ver con las estructuras de poder/gubernamentalidad que se han ido construyendo en relación con el envejecimiento y los sujetos ancianos que se quiere producir.

En consecuencia, son las relaciones de poder y de gobierno sobre la vida de las personas y la población las que han orientado los dispositivos gubernamentales (redes de relaciones de poder) en búsqueda de unas formas determinadas de ser sujeto que sean aptos para el buen funcionamiento social y económico.

Por eso, se está remodelando una manera de ser individuo en proceso de envejecimiento o individuo anciano caracterizada por el desarraigo a un orden Estatal, donde la garantía del derecho ya no proviene del estado sino de la autorresponsabilización, el esfuerzo propio y los recursos con que cuente para comprar los servicios, productos y seguros que el mercado le ofrece como apoyo. Esta manera de entender el derecho ha llevado a su vez a la disolución del compromiso ético y moral de las instituciones frente a la vida.

Así mismo, la práctica del poder sobre la vida de las personas y las poblaciones ha provocado que el cuerpo y la enfermedad ocupen el lugar central en la vida social. De este modo, mucho de los problemas sociales se han insertado dentro de la dinámica de normalidad/patología y riesgo/seguridad, haciéndose susceptibles de un manejo y control médico (medicalización de la vida) mediante la interacción entre la ciencia, la tecnología y el discurso médico-demográfico-economicista y de mercado. De ahí que, la

enfermedad y el riesgo a enfermar se convirtió en una amenaza siempre presente, que requiere de la responsabilización individual para estar en una constante vigilancia para prevenirla y o controlarla, desconociendo de fondo sus determinantes estructurales.

En este sentido, se pretende incluir a todas las personas dentro de esta lógica, haciéndolas autorresponsables de su salud, su bienestar y autostenimiento durante todo el “curso de su vida” así como el de su familia. A la persona anciana se intenta insertarla dentro del proceso productivo, del que había sido excluida, ampliando los límites de aprovechamiento de su capital humano, pero por sobre todo como consumidora, desde donde se puede disponer de múltiples opciones que le ofrece el mercado para elegir aquellas que encuentre útiles para alcanzar un envejecimiento activo. De manera que las personas que cuenten con los recursos pueden alcanzar cierta tranquilidad de poder acceder al mayor número de opciones para mantenerse activos e independientes en su ancianidad, mientras que los que no cuentan con los recursos económicos tendrán que vivir una doble frustración: de un lado, por no poder consumir eso que se les ofrece y de otro lado, por la responsabilización que se les hace por no haberse esforzado, o no haber atendido a las recomendaciones dadas por los expertos, para gozar de una vejez activa, productiva e independiente.

No obstante, no todas las personas se han acoplado con esta manera de ver la realidad de la vida, desde un proceso de reflexión y análisis que nace de una experiencia personal, familiar y laboral, se ha identificado, de manera alternativa, la experiencia de personas ancianas y sus familias que a lo largo de su vida han resistido de diversas formas a los efectos de las estructuras de poder/gubernamentalidad que han querido dominar sus vidas y se han ido construyendo de manera más autónoma como sujetos con un nuevo sentido de vida.

Es por esto, que para este trabajo investigativo es fundamental darle la voz a las personas ancianas para que expresen su vivencia de envejecer y de construirse en las personas que hoy son. Así mismo, son ellas las que tienen mucho que decir respecto a cómo pensar una política no sobre la vida de las personas ancianas, sino para la vida, “una política que sólo en la vida encuentre la única fuente posible de legitimación, una política que ya no piense la vida como objeto de poder sino como sujeto de política”. (Esposito, 2009, pág. 186)

No es posible construir una política para la vida sin memoria, pasando por alto la experiencia acumulada de las personas ancianas. Así mismo, se requiere de la participación colectiva de todos aquellos que deseen apostarle a colocar la vida por encima de unos fines económicos buscando una realización plena de la existencia.

A partir de lo anterior se formulan las siguientes preguntas orientadoras de la investigación

¿Cómo se ha ido estructurando el dispositivo gubernamental de envejecimiento y vejez en Colombia y cuáles son los sujetos que ha constituido ?

¿Cuáles han sido los modos de subjetivación que las personas ancianas han ido construyendo?

### **Objetivos de la investigación.**

- Determinar la función que la medicalización de la vejez ha tenido en la construcción del dispositivo gubernamental de envejecimiento y vejez.
- Identificar la manera en que está estructurada la red que constituye el dispositivo gubernamental del envejecimiento y vejez en Colombia.
- Establecer las relaciones de poder y las formas de resistencia que las personas ancianas han experimentado a lo largo de sus trayectorias de cuidado
- Comprender la manera en que las personas ancianas han cimentado sus políticas de vida para construir sus modos de subjetivación.

## **1.2 Identificación y definición de conceptos**

Los principales conceptos que se emplearon en este trabajo se presentan en dos grupos, el primero incluye : envejecimiento, vejez, persona anciana, familia, trayectorias de cuidado y políticas de vida, y el segundo grupo comprende los conceptos que aborda Michel Foucault en su análisis como son: poder, gubernamentalidad y dispositivos.

### **1.2.1 Envejecimiento, vejez y persona anciana**

El envejecimiento es considerando como un proceso continuo desde el nacimiento hasta la muerte; de ahí que, vivir es envejecer, es volverse viejo por haber vivido más tiempo. La vejez está ligada a vivir envejeciendo, de esta manera, la vejez es entendida como la cualidad de haber vivido por más tiempo que los demás y de ser más viejo. (Dulcey-Ruiz, 2015).

En el transcurso de la vida los seres humanos van cambiando desde su aspecto físico hasta su comportamiento, como resultado de la interacción con otras personas y con el medio, afectando no sólo sus condiciones orgánicas, sino sobre todo las históricas y socioculturales. De ahí que, lo que más interesa en el trasegar de una vida no es el tiempo transcurrido sino lo que se ha vivido, es decir, la manera como la persona han estructurado su comportamiento, su manera de ser y de pensar no como el resultado acumulativo de algo lineal, o fraccional, sino como una unidad dinámica, fundamental de su experiencia de vida. (Dulcey-Ruiz, 2015).

Al respecto Foucault plantea “ no es posible ver a la vejez solo como una etapa, como una franja de la vida, es una unidad dinámica, un movimiento que tiende a la vejez... de manera que la vejez no está dada por la edad cronológica, sino que es la actitud, el comportamiento, el desapego y la consumación de alguien que ya haya llegado a la vejez y cumplido su vida. Hay que consumir la vida antes de la muerte”. (Foucault, 2011, pág. 116).

De este modo, hablar de envejecimiento y vejez tiene la perspectiva de la vida entera y de la manera como la persona ha vivido, no es posible por tanto disgregarla de toda la vida vivida hasta entonces. De ahí que la vejez más que hacer referencia a edades cronológicas se refiere a la experiencia de vida resultado del proceso de desarrollo-envejecimiento. (Dulcey-Ruiz. 2015. P 229).

La vejez no está desligada de una trayectoria de vida y de cuidado, en ese transcurrir hay enemigos que son las dificultades de la vida ante los cuales es preciso estar preparados y enfrentar sin perder la meta de la vejez como abrigo seguro porque cuando la inquietud de sí se ha ejercitado a lo largo de la vida, se comprende la vejez como la forma más elevada de la inquietud de sí, la culminación, el momento de recompensa, de realización en el que se puede ser plenamente soberano de sí mismo tras haber adquirido toda la experiencia posible, por tanto, no se considera como la finalización de la vida, ni una fase en que la vida mengua, al contrario debe ser mirada como una meta positiva de la existencia (Foucault, 2011, pág. 117).

De esta forma, el estudio de la vejez no se entiende separada del envejecimiento; el envejecimiento y la vejez son realidades sociales cambiantes, determinadas por las interrelaciones e interdependencias, conflictos, manejos de poder, sumisiones y dependencias, formas diversas de negación y de reconocimiento, de exclusión y de inclusión social. Por esto, para alcanzar un acercamiento al conocimiento y estudio del envejecimiento y la vejez, se requiere entender las condiciones históricas, culturales, políticas, socioeconómicas y biográficas que han tenido lugar en ese proceso. (Dulcey-Ruiz, 2015).

De otro lado, se entiende por persona anciana aquella que ha vivido más tiempo que los demás y tiene mayor experiencia de vida. Este vivir por más tiempo también es un proceso de “gerotranscendencia” es decir de progresión a la madurez y la sabiduría lo que implica una redefinición de la identidad propia, de las relaciones con los demás y la manera de entender los asuntos existenciales. (Dulcey-Ruiz, 2015).

Sin embargo, no se desconoce que la vejez a la vez que es sabiduría, también es debilidad que esta determinada por las desigualdades e inequidades vividas, el entorno histórico, político, económico y sociocultural, los modos de vida colectivos<sup>2</sup> y los estilos de vida individuales, además de las condiciones genéticas particulares de cada persona.

---

<sup>2</sup> Siguiendo a Breilh (2010) los modos de vida colectivos son estructurados a partir de relaciones de poder, intereses y posibilidades de clase, determinados a su vez por las potencialidades económicas, políticas, culturales de acuerdo a los sistemas de acumulación impuesto. Sin embargo estos modos de vida se pueden transformar dependiendo de la ruptura que una clase social pueda generar. P 89-91.

De este modo, la manera como las personas han ido envejeciendo y han vivido más tiempo en comparación de otras, permite hablar de diferentes formas de “vejeces” o de ser persona anciana. (Dulcey-Ruiz, 2015)

### **1.2.2 La persona anciana y la familia**

Dado que los patrones familiares cambian y se multiplican, para efectos de este trabajo se habla en relación con las experiencias familiares vividas por las personas ancianas a lo largo de su vida, que si bien es cierto son múltiples, al mismo tiempo son particulares para cada uno. Por tanto, más que referirse a una tipología de familia, lo que se aborda en este trabajo investigativo es el ámbito familiar, o la parte familiar de la experiencia humana. (López, 2015)

Por ámbito familiar se entiende, “el espacio o ambiente que se crea por el nacimiento y el establecimiento de lazos, relaciones y vínculos a través de las generaciones; abarca una variedad de procesos sociales, emocionales, mentales, físicos y de desarrollo, y adopta un enfoque relacional de complejas interinfluencias tangibles e intangibles más allá de los patrones o procesos biológicos o culturales” (López, 2015, pág. 111). De esta forma, los ámbitos familiares permiten a cada persona convivir, crecer, compartir valores, normas, creencias, conocimientos, experiencias y afectos indispensables para el desarrollo personal y social.

Al hablar de persona anciana y su familia, necesariamente el ámbito familiar se origina en medio de lo que se ha entendido como familia extensa o extendida, de tres generaciones, donde conviven por lo menos las personas ancianas, hijos en algunos casos casados, nietos, y otro tipo de parientes. (Dulcey-Ruiz, 2015) Y se refiere por tanto a las experiencias vividas al interior de sus familias y por sus integrantes, en sus espacios de interacción caracterizados por el afecto y emocionalidad particulares, lo cual no excluye el conflicto.

De este modo, cada familia es única, no solo en su composición, sino en sus modos de pensar y sentir. Los cuales, están dados por la forma en que en su interior se construye, el amor, el cuidado y se desarrolla la vida, aportando, de esta manera, un sentido particular a la existencia de cada uno de sus miembros.

Por otra parte, es importante reconocer que la familia está presente en la vida social, por eso constituye un elemento clave para comprender el funcionamiento de la sociedad. Es la institución encargada de preparar a sus miembros, enseñando normas de comportamiento, conducta e infundiendo una escala de valores que son considerados adecuados o morales para que cumplan el papel social que les corresponde. De esta manera, la familia cumple un papel de socialización, dentro de un orden social establecido, y se convierte en el canal primario para la transmisión de valores y tradiciones de una generación a otra, nutriendo así la vida social. (Oliva , 2014)

### **1.2.3 Trayectorias de cuidado y políticas de vida**

El desarrollo tanto de las políticas de vida y trayectorias de cuidado se presenta de manera más amplia en el marco teórico-referencial, sin embargo la definición de los dos conceptos es la siguiente.

La trayectoria de cuidado es el recorrido emprendido por una persona o grupo a lo largo de su existencia en la que acontecen diferentes prácticas de cuidado que aseguran la continuidad de la vida frente a relaciones de poder que buscan dominarla, reducirla o eliminarla.

Las políticas de vida se entienden como un referente existencial que da sentido a la vida, la gobierna, la impulsa a resistir ante formas de dominación y a pensar y construir la vida de otra manera.

### **1.2.4 Poder, gubernamentalidad y dispositivos**

Con el fin de comprender mejor las categorías de análisis seleccionadas para esta investigación, se hace necesario en primera instancia tener claridad sobre la manera como Michel Foucault conceptualiza el poder y la gubernamentalidad, las herramientas que emplea para su análisis, así como, el contexto desde donde se originan los dispositivos gubernamentales.

---

Para Foucault la problemática del poder no se configura sólo como una cuestión teórica, ni metodológica, sino, como algo que hace parte y que tiene su raíz en las experiencias y relaciones que todo ser humano tiene en su vida cotidiana. (Foucault, 1988)

Estas relaciones no funcionan en dirección de arriba hacia abajo, es decir de dominadores a dominados, sino que actúan en red por la que todos los seres humanos transitan, unas veces ejerciéndolo y otras veces en situación de sufrirlo, de este modo, el poder en Foucault es algo que circula y funciona en cadena, nunca se localiza aquí o allá con exclusividad, ni procede de un único foco, sino que se ejerce desde innumerables puntos, de distintas formas y con diferentes objetivos en un juego de relaciones móviles y no igualitarias, por eso, no existen personas que sean blanco inactivo del poder. (Foucault, 1988)

Dado que las relaciones de poder se pueden entrelazar y organizar de maneras variadas, pueden dar lugar a que algunas de las acciones que generan a nivel local sean aprovechadas, manejadas o inducidas desde las grandes dominaciones de clase para lograr un sometimiento de la conducta de otros con base en un cálculo racional, aclarando que para Foucault no hay relación de poder sin los medios de escapatoria o fuga posibles. (Foucault, 1988) (Foucault, 2012)

Es por esto, que Foucault propone efectuar el análisis de las relaciones de poder, desde sus formas más locales, a partir de sus mecanismos infinitesimales y ver cómo esos mecanismos de poder son utilizados, modificados, transformados o desplazados, por formas de dominación global, para hacerlos económicamente rentables y políticamente útiles. (Foucault, 2000) (Foucault, 2012)

En este sentido, las relaciones de poder siempre abren la probabilidad de resistencia, de una resistencia real, puesto que los individuos o colectivos son libres de reaccionar y comportarse de diversas formas, creando la posibilidad de oposición que abren nuevas perspectivas y oportunidades de acción. (Foucault, 1988) (Foucault, 2012)

Así mismo, Foucault establece una relación entre el poder y el saber. Sostiene que en las bases de las redes de poder, se establecen instrumentos efectivos de formación, organización, acumulación y circulación de saber, que son indispensables para ejercer el

poder en sus mecanismos más finos, ya que los aparatos de saber producen y ponen en funcionamiento un discurso verdadero que se convierte en el vehículo propulsor de los efectos del poder. (Foucault, 2000)

Foucault en su análisis del poder avanza de una perspectiva bélica hacia una perspectiva gubernamental. Plantea así, que el poder es en esencia acción que pone en juego las relaciones entre individuos y entre grupos. De modo que, el poder es un entramado de acciones que inducen o modifican otras acciones, que se están generando en el presente o que se pueden generar en el futuro, con el propósito de obtener posibles resultados. (Foucault, 2000)

Es por esto que las relaciones de poder dan lugar a relaciones de gobierno o de conducción de conductas, que por un lado estructuran un campo posible de acción de los otros mediante el uso de tecnologías específicas y por otro dirigen un modo de comportarse con un campo más o menos abierto de posibilidades. (Castro S. , 2010)

De esta manera, la gubernamentalidad, al igual que el poder, opera en todos los niveles de una sociedad, no sólo en el Estado, por tanto, existen múltiples prácticas de gobierno que llevan a que los individuos se gobiernen unos a otros a través de toda una serie de tácticas. (Foucault, 2006) (Foucault, 2012)

Foucault plantea el concepto de gubernamentalidad de tres maneras: (Foucault, 2006, pág. 136)

1. Como “el conjunto constituido por las instituciones, los procedimientos, análisis y reflexiones, los cálculos y las tácticas que permiten ejercer el poder que tiene por blanco la población, por forma mayor de saber, la economía política y por instrumento técnico esencial, los dispositivos de seguridad”.

2. Como “la tendencia, la línea de fuerza que en todo occidente ha conducido hacia el tipo de poder que se puede llamar gobierno sobre todos los demás y que indujo por un lado, el desarrollo de toda una serie de aparatos específicos de gobierno y por otro, el desarrollo de toda una serie de saberes”

3. Y como “el proceso o mejor el resultado del proceso en virtud del cual, el estado de justicia de la edad media, convertido en estado administrativo durante los siglos XV y XVI se gubernamentalizó poco a poco, dando lugar a la gubernamentalización del Estado a partir del siglo XVIII”.

Para Foucault el término dispositivo es empleado de varias formas: unas veces lo utiliza como un concepto general y otras hace referencia a una red que conecta instituciones, disposiciones arquitectónicas como el panóptico, discursos, decisiones reglamentarias, leyes, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas, formas de subjetividad. (García, 2011, pág. 1)

Ahora bien, un dispositivo es mucho más que la simple sumatoria de los elementos que lo integran. La naturaleza de la red que constituye, está establecida por el vínculo o relación existente entre prácticas discursivas y no discursivas, entonces, lo que concreta un dispositivo es la génesis de las prácticas, la racionalidad y la función que cumple, en conjunto, y no la particularidad de los elementos relacionados. (Castro S. , 2010)

De ahí, que desde la perspectiva gubernamental del poder, Foucault emplea tres herramientas para su análisis: las prácticas, las racionalidades y las tecnologías. (Castro S. , 2010)

Las prácticas, se pueden entender como “lo que los hombres realmente hacen cuando hablan o cuando actúan” en un momento específico de la historia . Están constituidas por prácticas discursivas (lo que se dice), como por ejemplo el discurso médico y por prácticas no discursivas, (lo que se hace), que incluye el espacio donde funciona o se hace operativo un discurso como por ejemplo las instituciones, las relaciones sociales, etc. que a la vez lo imponen y lo mantienen

De este modo, las prácticas discursivas y las no discursivas no se pueden separar, puesto que no se puede concebir el discurso por una parte y la práctica en sí por otra. Las dos conforman una unidad de forma que el hacer sólo se puede entender desde el discurso; es decir, en tanto experiencia, o hacer que toma sentido y es significado. (Castro S. , 2010)

Las prácticas establecen maneras de decir, hacer y conducirse, por eso contribuyen a la construcción de un *ethos* o modo de ser que constituye una identidad personal. (Castro S. , 2010)

Aunque las prácticas son singulares, nunca están solas, porque siempre están en relación con otras prácticas, es decir que sólo hay prácticas en red haciendo parte de dispositivos con una función y un propósito específico.

Los dispositivos a su vez están dotados de racionalidad, entendida como la manera en que funcionan determinadas prácticas insertas en ensamblajes de poder en un momento histórico dado. De ahí que, la racionalidad no puede confundirse con un tipo de acción atribuida a una persona, ni como parte de su forma de razonar o pensar, sino que es la dimensión operativa de las prácticas. (Castro S. , 2010)

La racionalidad cambia con las prácticas, obedeciendo a lógicas distintas de acuerdo al momento; por eso Foucault habla de múltiples prácticas racionales que se deben estudiar en su singularidad. Mediante la racionalidad se proponen objetivos hacia los cuales dirigir las acciones, así como, la utilización calculada de unos medios para alcanzar esos objetivos y la elección de determinadas estrategias que articulan medios y fines. (Castro S. , 2010)

Es así como la tecnología forma parte integral de la racionalidad de las prácticas, puesto que, es la aplicación de unos medios orientados de forma consciente por la reflexión y la experiencia, para alcanzar ciertos objetivos; de esta manera, se constituye en la dimensión estratégica de las prácticas, es decir, la manera como éstas operan en el interior del dispositivo de poder. (Castro S. , 2010)

Foucault no entiende la tecnología o técnica como un constitutivo de la especie humana o un instrumento en manos de un sujeto y bajo su control. Por eso, no es algo que pueda ser usado por la voluntad de un sujeto libre de manera racional o irracional, ni bien ni mal, sino que la considera como “una práctica razonada que contribuye a la producción de una vida ética y políticamente cualificada”. (Castro S. , 2010, pág. 37)

En suma, lo que define un dispositivo es la relación o red de saber/poder en la que se inscribe, la cual, constituye una forma determinada de ejercicio del poder y de configuración del saber que posibilita determinados efectos de verdad y realidad en un momento histórico determinado, para responder al acontecimiento o urgencia que lo hizo emerger. (García, 2011)

Así mismo, Foucault distingue dos momentos esenciales en la definición de un dispositivo. Un primer momento de predominio del objetivo estratégico, y un segundo momento de la constitución del dispositivo propiamente dicho. Una vez constituido se mantiene en un permanente proceso de sobredeterminación funcional, es decir, donde los efectos del dispositivo, bien sea positivos o negativos, esperados o no esperados, entran en resonancia o en contradicción con otros, exigiendo un reajuste y la búsqueda de nuevas estrategias. (Castro S. , 2010)

Para Foucault los dispositivos constituyen a los sujetos, inscribiendo en sus cuerpos un modo de ser, pero no cualquiera, por ello, lo que registran en el cuerpo son un conjunto de praxis, saberes, instituciones, cuyo objetivo consiste en administrar, gobernar, controlar, orientar los comportamientos, gestos y pensamientos de los individuos. (García, 2011)

En este sentido como lo señala Agamben, un dispositivo es un régimen social productor de subjetividad, cuya finalidad es la de producir sujetos sujetados a un orden dado por un discurso, que es sostenido en un régimen de verdad. Un ejemplo de ello es la producción de sujetos consumidores de todo aquello que ofrezca una vida saludable. (García, 2011)

Por esto un dispositivo no es algo externo a la sociedad, ni al sujeto, así como tampoco éstos son externos al dispositivo, de ahí que el dispositivo puede hacerse inteligible cuando se logra esclarecer la forma social que lo constituye. (García, 2011)

Cada dispositivo tiene una función específica en relación a los tipos de sujetos que pretende producir. Los dispositivos utilizados en la fase actual del capitalismo, según Agamben (2011) no efectúan la producción de un sujeto sino que son procesos de

desubjetivación, que no dan lugar a la recomposición de un nuevo sujeto sino en una forma larvaria. Pág.262

“Quien se deje asir en el dispositivo del teléfono portátil, sea cuál sea la intensidad del deseo que lo empuje, no adquiere una nueva subjetividad, sino únicamente un número por medio del cual podrá, eventualmente, ser controlado; el espectador que pasa su tarde frente a la televisión no recibe a cambio de su desubjetivación más que la máscara frustrante de un *zappeador*, o su inclusión en un índice de audiencia” (Agamben, 2011, pág. 262)

Consecuentemente, Deleuze define un dispositivo como un conjunto multilineal compuesto por líneas de distinta naturaleza que siguen direcciones diferentes, algunas veces se acercan y otras veces se alejan unas de otras formando una trama o red de poder, saber y subjetividad. De ahí, que los dispositivos son “máquinas que permiten formar subjetividades”, es decir, definen lo que el hombre es, las relaciones que establece, los modos de existencia, por eso Deleuze afirma que “somos el dispositivo”. (García, 2011) (Deleuze, 1990)

Sin embargo, Deleuze señala que Foucault descubrió las líneas de subjetivación, como una nueva dimensión de los dispositivos; éstas corresponden a las líneas de fuerza que en lugar de entrar en relación lineal con otra fuerza, se vuelve sobre sí misma, se despliegan sobre sí y se afectan a ellas mismas. El sí mismo es entonces un proceso de individuación (que tiene que ver con grupos o personas) que se sustrae a las relaciones de fuerzas establecidas como saberes constituidos. Por tanto, no es una determinación preexistente, sino, la producción de subjetividad en un dispositivo que puede ser hasta una línea de fuga. (Deleuze, 1990, pág. 159)

Las líneas de subjetivación se construyen en la medida en que un dispositivo lo deje o lo haga posible, por eso Deleuze dice, que es una especie de plusvalía y que no es seguro que todo dispositivo las incluya. En este sentido, afirma que pertenecemos a ciertos dispositivos y obramos en ellos.

En la medida en que las líneas de subjetivación se escapan de las dimensiones de saber y de poder, son capaces de trazar caminos de creación, que pueden llegar a la ruptura de un dispositivo y la constitución de uno nuevo. (Deleuze, 1990)

La novedad de un dispositivo respecto del anterior es lo que él llama la actualidad, es decir, “nuestra actualidad”, que no es lo que somos, sino lo que vamos siendo, lo que llegamos a ser. De forma que, en todo dispositivo hay que distinguir lo que somos, lo que ya no somos y lo que estamos siendo, la parte de la historia y la parte de lo actual. La historia es el archivo, la configuración de lo que somos y dejamos de ser, en tanto que lo actual es el esbozo de lo que vamos siendo. (Deleuze, 1990)

Hasta este punto, se han identificado y aclarado los principales conceptos que se abordan en la investigación, dado a que el eje fundamental de la misma, tiene que ver con las relaciones de poder/gubernamentalidad que se ha ido construyendo en relación al envejecimiento y vejez y los sujetos que pretende reproducir, se ha tomado como referente teórico los planteamientos que Michel Foucault hace sobre los dispositivos gubernamentales, la medicalización y la subjetivación.

### **1.3 Los dispositivos gubernamentales, la medicalización y la subjetivación como categorías de análisis**

A continuación se presentan las tres categorías de análisis empleadas en este trabajo: los dispositivos gubernamentales, la medicalización y la subjetivación, dentro de ésta última, se incluyeron las categorías de trayectorias de cuidado y políticas de vida, para alcanzar una mejor comprensión de los modos de subjetivación, construidos por las personas ancianas.

#### **1.3.1 Proceso de constitución del dispositivo de gubernamentalidad.**

Durante los siglos XVII y XVIII ocurrió una serie de acontecimientos y transformaciones suscitados por el desarrollo del capitalismo en Occidente, que generaron unas dinámicas políticas, éticas, sociales y económicas que facilitaron un proceso de simbiosis entre la vida y la política.

Las configuraciones sociales establecidas por el capitalismo, generaron una serie de factores que contribuyeron a la proliferación de epidemias y endemias que debilitaron y afectaron gravemente la mano de obra, generando un alto costo a nivel de la economía, porque se alteró el nivel de producción y por los gastos que implicaba la atención y cuidado de los enfermos. Es así como la enfermedad fue cobrando gran importancia como un fenómeno de población. (Foucault, 2010)

La emergencia de problemas en salud, higiene, natalidad y movilidad de la población, generaron nuevos desafíos a las prácticas de gobierno, las cuales encontraron solución en un nuevo régimen de verdad que fue la economía política.

Esto hizo posible el desarrollo de saberes referentes a la vida en general y al mejoramiento de las técnicas agrícolas que permitieron que algunos de los problemas que causaban la muerte se fueran controlando, alcanzándose así, un relativo dominio sobre la vida. Es así como en las sociedades modernas la vida se volvió esencial para el poder, por esto busca afianzarla, controlarla, gestionarla, normalizarla, administrarla. (Foucault, 2010)

Es así como el saber y el poder fueron ganando espacio en torno a la vida, para convertirse en agentes transformadores, de forma que el hecho de vivir pasó al campo de control del saber y la intervención del poder. La vida se convierte en apuesta de luchas políticas y económicas e ingresa a un dispositivo gubernamental caracterizado por la transición de un gobierno de Estado a un gobierno económico. (Foucault, 2006)

De este modo, fenómenos propios de la población como la morbilidad, la mortalidad, la natalidad, la fecundidad y la longevidad, empiezan a ocupar un lugar central, en el campo del poder político. Se establece como límite extremo la muerte porque es sólo en la vida y a lo largo de ésta donde el poder puede establecer su fuerza. (Foucault, 2010)

La población aparece como una nueva realidad y núcleo central de todos los problemas que tiene que enfrentar el poder. (Foucault, 2006)

En síntesis, el biopoder o poder sobre la vida fue un elemento indispensable para el desarrollo del capitalismo que permitió de un lado la inserción de los cuerpos individuales en los aparatos de producción y por otro lado el ajuste de los problemas de la población a los procesos económicos. (Foucault, 1988)

De ahí que, de acuerdo a lo planteado por Foucault el biopoder se desarrolló y se sigue desarrollando a partir de dos formas o polos que no se excluyen uno al otro sino por el contrario que actúan conjuntamente y se complementan. El primero, implementado desde el siglo XVII, fue el disciplinar o anatomopolítico del cuerpo humano, que se centró en el cuerpo humano como máquina buscando maximizar su fuerza, hacerlo dócil políticamente y útil económicamente utilizando mecanismos como la normalización, el adiestramiento del cuerpo, la vigilancia, los exámenes individuales, ejercicios repetitivos. (Foucault, 1988)

El segundo polo del biopoder, formado a mediados del siglo XVIII, se centró en el cuerpo especie o población, buscando la regulación de una serie de fenómenos como el nacimiento, la muerte, el nivel de salud, la longevidad, etc.

Los mecanismos utilizados por la biopolítica son la estimación estadística, la prevención, conductas de ahorro y sistemas de seguros cuya finalidad es el equilibrio de la población y su regulación. Su objetivo último es potencializar la vida, gestionarla para hacerla más productiva, más eficiente, más segura, más regulada y menos sometida a las contingencias.

### **1.3.2 El nuevo arte de gobernar como dispositivo gubernamental**

Una vez la vida y sus procesos entraron a formar parte de los cálculos políticos, surgieron formas de gobierno que buscaban el control de la población así como el crecimiento de las fuerzas del Estado. Esta forma de gobierno fue dando paso a una

serie de cuestionamientos en los que se señalaba que un gobierno no sabe con certeza cómo gobernar y se corre el riesgo siempre de gobernar demasiado, por lo tanto se hace necesario su autolimitación. Se propone así, una nueva tecnología de gobierno que fue el liberalismo como una forma de limitar desde adentro el ejercicio del poder de gobernar. (Foucault, 2010)

En este sentido el liberalismo propone que el Estado sólo debía intervenir para regular y gestionar utilizando como instrumento la economía política. El criterio para la elaboración de los límites del poder público, así como, la formación de un derecho público y un derecho administrativo serán la utilidad individual y colectiva y el juego entre los intereses individuales y colectivos, de modo que la cuestión económica siempre deberá estar planteada al interior del campo de la práctica gubernamental. (Foucault, 2010)

De igual forma se plantea que el enriquecimiento de un país o de un individuo solo puede establecerse a largo plazo y mantenerse gracias a un enriquecimiento mutuo a través de la competencia.

El mercado aparece entonces como el lugar de verdad; antes había sido considerado el lugar de justicia; se sostiene que el mercado pone en evidencia los mecanismos naturales que cuando actúan, permiten la formación de cierto precio que expresa la relación adecuada entre costo de producción y la amplitud de la demanda, es un precio que siempre será rentable para el vendedor y para el comprador. (Foucault, 2010)

De otro lado, el liberalismo establece la libertad como un elemento indispensable para la gubernamentalidad ya que el liberalismo sólo puede funcionar efectivamente si se respetan las libertades: libertad de mercado, libertad del vendedor y del comprador, libre ejercicio del derecho de propiedad, libertad de discusión, libertad de expresión, libertad de las personas para actuar como quieran, en esa medida la gubernamentalidad está obligada a producirla, organizarla, administrarla. (Foucault, 2010) (Foucault, 2006)

De este modo, la libertad en el régimen del liberalismo es algo que se fabrica a cada instante, lo cual requiere de gran cantidad de intervenciones gubernamentales que serán

la garantía de la producción de la libertad necesaria precisamente para gobernar. (Foucault, 2010)

Sin embargo, esto plantea una serie de situaciones problemáticas, que tiene que ver con las relaciones entre la producción de la libertad y aquello que al producirla amenaza con limitarla y destruirla, lo cual lleva a establecer un juego entre libertad y seguridad, que debe garantizar que los individuos o la colectividad estén lo menos posible expuestos a los peligros. (Foucault, 2010)

Otro problema que se expone, es el costo económico del ejercicio de las libertades, que pone en crisis el tipo de gubernamentalidad liberal. Al respecto se señala que cuando un Estado elige una política proteccionista, es preciso liberar la economía de las restricciones estatales, haciendo que el Estado establezca a la vez la libertad y la responsabilidad de los ciudadanos, porque la administración estatal no puede tomar a su cargo la existencia y el bienestar cotidiano de los individuos. (Foucault, 2010)

Frente a estos problemas, en el siglo XIX la institución “neoliberal” alemana planteó la necesidad de una evolución en el pensamiento liberal, para lo cual, retomando la concepción clásica del liberalismo que es la competencia como lo esencial del mercado, sostiene que no debe ser la equivalencia lo importante del mercado sino la desigualdad para que la competencia pueda asegurar la racionalidad económica. De esta forma, se propone el mercado como el principio organizador y regulador del Estado, sosteniendo que un Estado debe obrar bajo la vigilancia del mercado y no el mercado bajo la vigilancia del Estado. (Foucault, 2010)

De ahí que dentro de la racionalidad desarrollada por el neoliberalismo, se señala que sólo el mercado puede funcionar en virtud de la competencia libre y total. Es preciso que el Estado se abstenga de modificar la situación de competencia, cuidando de no introducir fenómenos de control a través de monopolios que la puedan distorsionar. Y posteriormente plantea que no es posible pensar en una economía de bienestar porque es antieconómica. (Foucault, 2010)

De esta manera, la tarea del gobierno debe ser acompañar de un extremo a otro una economía de mercado, para lo cual es preciso gobernar mediante acciones reguladoras y ordenadoras para el mercado, y no gobernar a causa del mercado.

Una acción reguladora tiene como objetivo la estabilidad de los precios, de ahí que, en una situación como el desempleo es perentorio no intervenir directamente para salvar la estabilidad de los precios. El pleno empleo no será el objetivo, porque puede resultar que un índice flotante de desempleo sea de absoluta necesidad para la economía; la persona sin empleo es vista como un trabajador en tránsito, entre una actividad no rentable y una actividad rentable. (Foucault, 2010)

Los ordoliberales<sup>3</sup> sostienen que si de veras quiere integrarse una política social a una política económica y no destruirla, no puede buscar la distribución equitativa en el acceso de cada uno a los bienes de consumo, porque justamente la regulación económica no se obtiene en absoluto a través de los fenómenos de igualación, sino por un juego de diferenciaciones que es característico de cualquier mecanismo de competencia. Es preciso, que haya unos que trabajen y otros que no trabajen o que haya salarios altos y otros bajos, que los precios suban y bajen, para que las regulaciones actúen. En otras palabras, una política social no puede fijarse la igualdad como objetivo; al contrario, debe dejar actuar la desigualdad. (Foucault, 2010)

Así mismo, en una política social no debe haber transferencia de ingresos de unos a otros, porque estaría afectando la parte de los ingresos que se deberían destinar al ahorro y la inversión. Las transferencias sociales sólo pueden tener un carácter limitado, para garantizar un mínimo vital en beneficio de quienes de modo definitivo, no puedan asegurar su propia existencia por tanto es una transferencia marginal de un máximo a un mínimo para alcanzar una regulación que tienda a una media. (Foucault, 2010)

Los ordoliberales también afirman que el instrumento de una política social solo puede ser la privatización, porque no se le puede pedir a la sociedad entera que proteja a las personas contra los riesgos individuales o colectivos. Se le pedirá a la economía que los individuos tengan ingresos suficientes para que ellos a título individual o por medio colectivo, se auto-aseguren, sobre la base de su propia reserva privada, contra los

---

<sup>3</sup> Corriente de pensamiento económico alemana de los años 30-40.

riesgos existentes, incluso contra las fatalidades de la vida como la vejez y la muerte. (Foucault, 2010)

En consecuencia, al individuo le corresponde protegerse contra los riesgos; esto constituye la llamada política social individual<sup>4</sup> y el mercado debe actuar como regulador a través de la competencia, pues en definitiva, lo que se procura es una sociedad sometida a la dinámica competitiva, una sociedad de empresa y un hombre empresa. Se promueven las pequeñas unidades de explotación, el pequeño comercio, los artesanos, la descentralización de los lugares de vivienda, de producción y de gestión, la reconstrucción orgánica de la sociedad, a partir de las comunidades naturales, las familias, los vecindarios y se fomenta el emprendimiento. (Foucault, 2010)

Dado que, la multiplicidad de empresas puede suscitar fricciones entre ellas mismas, se requerirán instituciones judiciales que permitan resolver los conflictos; así, la institución judicial será un servicio público principal de arbitraje en este tipo de sociedad (Foucault, 2010)

De este modo, el objetivo de la tecnología neoliberal es una sociedad ajustada no a la mercancía y su uniformidad, sino a la multiplicidad y la diferenciación de las empresas. El verdadero sujeto económico es el sujeto de interés, el hombre empresa, que es el propio trabajador que aparece como una especie de empresa para sí mismo; es su propio capital, su propio productor, la fuente de sus ingresos; no obedece a la misma mecánica del sujeto de derecho, sino que tiene una mecánica egoísta, preocupado sólo por sus intereses. Es productor y consumidor a la vez, productor de su propia satisfacción mediante el consumo sobre la base del capital de que dispone. (Foucault, 2010)

De otro lado se plantea que la seguridad social es una técnica que cada uno debe estar en condiciones de procurarse con su propio salario, así como su subsistencia y la de las personas a su cargo. Es decir, del salario total una parte se considera como salario propiamente dicho y otra como prestaciones sociales, esto impedirá que la seguridad social grave la economía. (Foucault, 2010)

---

<sup>4</sup> Hoy llamada Gestión Social del riesgo.

La seguridad social debe ser económicamente neutra; los subsidios o impuestos negativos solo serán posibles si se dan en dinero a quienes no alcancen el umbral de consumo que la sociedad considera digno; de esta manera, la sociedad puede ayudar a satisfacer las necesidades fundamentales, cuando la persona no logra hacerlo por sí misma y se encuentra en pobreza absoluta. Así, no se busca modificar la causa de la pobreza, sino sólo algunas de sus consecuencias y garantizar una seguridad general, pero por abajo, sin tocar en absoluto el juego económico. En el resto de la sociedad se dejará actuar los mecanismos de la competencia y la empresa, cada uno deberá ser para sí mismo y para su familia una empresa. (Foucault, 2010)

En Norteamérica, el neoliberalismo se convirtió en una manera de ser y pensar. Se reintroduce el trabajo dentro del campo de análisis económico, sosteniendo que el trabajo concreto es transformado en fuerza de trabajo, que recibe una retribución o salario. Es decir, la gente trabaja por un salario o ingreso pero el salario no es el precio de venta de su fuerza de trabajo. El trabajo soporta un capital, es decir, una aptitud, una idoneidad, la idoneidad del trabajador, que es en verdad, una máquina, un artefacto que no se puede separar del trabajador mismo y que tiene una vida útil, la cual termina cuando el trabajador envejece. La máquina, constituida por la idoneidad del trabajador, será remunerada durante un periodo mediante una serie de salarios que comenzarán siendo bajos, cuando la máquina empieza a utilizarse; luego aumentarán y finalmente terminarán por bajar, con el envejecimiento del trabajador. (Foucault, 2010)

Esta idoneidad del trabajador se va a calificar como el “capital humano”, el cual sólo tiene interés y resulta pertinente para los economistas, en la medida en que se constituye gracias a la utilización de escasos recursos porque está constituido por elementos innatos, como el cuerpo que se tiene, la constitución genética, los cuales no cuestan nada, y por otros adquiridos, como el nivel educativo.

Esto da pie, para pensar en el mejoramiento de ese capital humano mediante la genética, desde donde es posible establecer cuáles son los individuos en riesgo, cuáles son las probabilidades de que la unión de individuos en riesgo produzca una persona que ha de tener tal o cual característica; es posible también imaginar las buenas constituciones

genéticas, capaces de producir individuos de bajo riesgo o cuya tasa de riesgo no sea perjudicial para ellos mismos, para su entorno o para la sociedad. (Foucault, 2010)

### **1.3.3 Dispositivo gubernamental y el gobierno sobre la conducta**

Foucault señala que las tecnologías de gobierno o dispositivos gubernamentales buscan responder qué significa gobernar eficazmente la conducta de los otros.

Las tecnologías de gobierno son una especie de bisagra entre las tecnologías de dominación o de poder y las tecnologías del yo. Las tecnologías de gobierno se diferencian de las tecnologías de poder, porque no buscan solamente determinar la conducta de los otros, sino dirigirla de un modo eficaz, ya que presuponen la capacidad de acción y libertad de aquellas personas que deben ser gobernadas. Se diferencian de las tecnologías del yo porque, aunque los objetivos de gobierno son asumidos libremente por los gobernados, no son orientados por ellos mismos sino por una racionalidad exterior. A través de las tecnologías de gobierno los individuos y los colectivos se subjetivan y adquieren una experiencia concreta del mundo; un ejemplo de éstas son el liberalismo/neoliberalismo. (Castro S. , 2010)

El gobierno sobre la conducta nunca es obligado, nunca se hace en contra de la propia voluntad; las personas siempre estarán en posibilidad de sublevarse y, si no lo hacen, es porque se han creado ciertas condiciones de aceptabilidad que son acogidas por un sector considerable de los gobernados; incluso, en estados de inequidad creados y mantenidos por las tecnologías gubernamentales, puesto que son tenidos como racionales tanto por gobernantes, como por los gobernados. (Castro S. , 2010)

De esta manera, las tecnologías liberales han logrado vincularse molecularmente en la vida misma de las personas, instalándose en una zona flotante a veces indistinguible, entre las tecnologías de dominación y las tecnologías del yo. Esto se observa por ejemplo en el conjunto de prácticas que aunque favorecen una relaciones asimétricas de poder político y económico son consentidas por los gobernados sobre quienes se ejercen, porque el gobierno no se realiza solo mediante ideas o agendas ideológicas,

sino principalmente sobre y a través de los deseos, las aspiraciones y creencias de las personas. (Castro S. , 2010)

Así pues, se ve que la práctica gubernamental del liberalismo ha generado unas condiciones de aceptabilidad sobre la conducta moral y política de los individuos, que le ha permitido funcionar por más de 200 años, consiguiendo que los individuos cultiven autónomamente el deseo de vivir mejor y progresar mediante la puesta en marcha de unos juegos de libertad económica, de producción y consumo. (Castro S. , 2010)

De ahí que, gobernar no significa obligar a que otros se comporten de cierta forma, sino lograr que esa conducta sea vista por los gobernados mismos como buena, honorable, digna, y por encima de todo como propia, como proveniente de su libertad. La meta de las tecnologías de gobierno es la autorregulación, es decir lograr que el gobernado de manera libre haga coincidir sus propios deseos, decisiones, esperanzas, necesidades y estilos de vida con los objetivos gubernamentales. (Castro S. , 2010)

“Esta forma de poder se ejerce sobre la vida cotidiana inmediata que clasifica a los individuos en categorías, los designa por su propia individualidad, los ata a su propia identidad , les impone una ley de verdad que deben reconocer y que los otros deben reconocer en ellos. Es una forma de poder que transforma a los individuos en sujetos.” (Foucault, 1988, pág. 7)

De esta manera Foucault plantea dos significados a la palabra sujeto: 1) aquel que está sometido a otro por el control y la dependencia, 2) el sujeto atado a su propia identidad por la conciencia o el conocimiento de sí mismo. (Foucault, 1988, pág. 7)

En suma, un dispositivo gubernamental da la posibilidad de que el sujeto se constituya como un sujeto sujetado a un orden de discurso o, por el contrario, haga resistencia a éste y buscar nuevas formas de pensar y actuar que le abran caminos de libertad para asumir su vida de un modo diferente. (Castro S. , 2010)

### **1.3.4 Los dispositivos gubernamentales y la sociedad de control**

Como señala Deleuze, ingresamos a un nuevo régimen de poder y saber (neoliberalismo) que ha implantado de manera gradual lo que él llama la sociedad de control. Las tecnologías digitales han adquirido una gran importancia e instauran una lógica de poder que impulsa la proliferación de nuevos cuerpos y nuevas subjetividades sujetadas en una dinámica de la superproducción, venta de servicios y marketing. (Deleuze, 1991.)

En este sentido, las técnicas de sujeción son cada vez más complejas, flexibles, fluctuantes, omnipresentes, efectivas, y tienden a envolver todo el cuerpo social sin dejar nada fuera de control. Entre estas técnicas tenemos las tarjetas de crédito, los códigos de barras, los chips electrónicos, las terminales digitales, etc., y su eficacia consiste en que su presencia es casi imperceptible, dando la sensación de actuar en libertad (Deleuze, 1991.).

Por tanto, el interés, ya no es promover ciudadanos obedientes y productores dóciles, sino, sujetos consumidores insaciables controlados por el discurso del marketing, a través del juego entre saberes y poderes, que se valen de las aspiraciones y los deseos de los individuos para entrelazarse en un conjunto de prácticas, discursos y placeres, reforzando así la eficacia y la legitimidad del mercado. De ahí que, los sujetos cada vez se definen menos en función del Estado, más en virtud de sus relaciones con el mercado y, a la vez, son más apáticos a los movimientos de oposición o resistencia. (Deleuze, 1991.)

Lo que más interesa a las tecnologías neoliberales no es que los sujetos trabajen para satisfacer sus necesidades básicas y adquieran objetos materiales, sino que se capitalicen a sí mismos; esto es, que logren invertir en ámbitos inmateriales como la belleza, la sexualidad, el conocimiento, las buenas maneras, porque tales inversiones contribuyen a aumentar sus posibilidades de movilidad en una economía cambiante y despiadada (Castro S. , 2010).

El punto hegemónico de la economía es el sector de servicios comandado por las empresas de telecomunicaciones bajo el impulso de la revolución digital. Lo que se vende es informaciones, símbolos, imágenes, estilos de vida que circulan por los medios

de comunicación y que son producidos con nuevas tecnologías de investigación, diseño y marketing. (Castro S. , 2010)

De este modo la fuerza de trabajo hegemónica es la que sea altamente calificada y que vende su cerebro. Los trabajadores *freelance* que no tienen contratos fijos, sino que trabajan por proyectos. El lugar de producción no es la fábrica; es una producción flexible que depende de la capacidad de creatividad e innovación del trabajador (Castro S. , 2010) . En este sentido se va creando un imaginario de hombre modelo, que es la persona joven, productiva, consumidora, autosuficiente, y cuya fuerza de trabajo es altamente calificada, excluyendo de paso todo lo que no se acerque a este modelo. Esto da acceso a una visión negativa de las personas ancianas que asocia la vejez con la enfermedad, la discapacidad, la dependencia, la improductividad, el dolor y la muerte.

## **1.4 La medicalización de la vida.**

A continuación se abordará el tema de medicalización de la vida teniendo en cuenta los planteamientos de Michel Foucault. Se hablará así de tres aspectos: la historia de la medicalización, el paso de sociedades normalizadas a sociedades securitarias y la medicalización como aspecto central de la modernidad

### **1.4.1 Historia de la medicalización**

Michel Foucault plantea una historia de la medicalización relacionada, en primer lugar, con el efecto a nivel biológico de la intervención médica que comenzó en el siglo XVIII, mediante la cual, algunas enfermedades infecciosas desaparecieron o fueron controladas con la adopción de algunas medidas de higiene y aislamiento, así como por el cambio de algunas condiciones socioeconómicas (Foucault, 1974, pág. 3)

Otro aspecto que influyó, fue el hecho de que la existencia, la conducta, el comportamiento y el cuerpo humano, se incorporaran a partir del siglo XVIII en una red de medicalización que se hizo cada vez más densa y amplia, que no se escapa a la medicina . (Foucault, 1974, pág. 4)

El tercer elemento fue la economía de la salud entendida como la integración del mejoramiento de la salud, los servicios de salud y el consumo de salud en el desarrollo económico de las sociedades. Sin olvidar que la medicina moderna es una medicina social en el sentido que es una estrategia biopolítica. (Foucault, 1974)

Al respecto, Foucault sostiene que la medicina desarrollada a partir del siglo XVIII fue una medicina social cuyo fundamento es una tecnología de control que actúa en el cuerpo (lo biológico) de la población, en función de la fuerza productiva. Destaca así, tres etapas en la formación de la medicina social europea: la medicina del Estado, la medicina urbana y la medicina de la fuerza laboral. (Foucault, 1974)

**La Medicina del Estado** fue desarrollada en Alemania como una práctica médica concentrada en el mejoramiento de la salud de la población, para lo cual se propuso la “policía médica”, creada en 1764, y la normalización de la práctica y del saber médico, dejando en manos de la universidad y de la propia corporación de los médicos lo relacionado con la formación médica y la concesión de los títulos. Se tiene así un control estatal de los programas de enseñanza y concesión de títulos, siendo la medicina y el médico los primeros objetos de normalización, lo cual suponía una subordinación de la práctica médica a un poder administrativo superior.

Lo que interesa a esta medicina del Estado es el cuerpo de los individuos que en su conjunto constituyen el Estado, y su función por tanto es perfeccionar y desarrollar la fuerza estatal frente a los conflictos económicos y políticos con sus vecinos (Foucault, 1974).

**La medicina urbana** fue desarrollada en Francia a finales del siglo XVIII, apoyada esta vez por el fenómeno de la urbanización. Se plantea el problema de la unificación del poder urbano por razones económicas, puesto que la ciudad se va convirtiendo en un importante centro de mercado que unifica las relaciones comerciales a escala regional, nacional y aun internacional. La ciudad entonces no solo es un punto de mercado sino también un lugar de producción que obliga a recurrir a mecanismos de regulación homogéneos y coherentes (Foucault, 1974)

El desarrollo de ciudades y la aparición de una población obrera pobre aumentaron las tensiones políticas al interior de las ciudades puesto que se generó una especie de enfrentamiento entre ricos y pobres, plebe y burguesía, que se tradujo en disturbios y sublevaciones urbanas cada vez más numerosas y frecuentes que dieron lugar a la Revolución Francesa. De ahí, la necesidad de un poder político capaz de investigar el problema de esta población urbana.

Así mismo, se va desarrollando una situación sanitaria dada por el hacinamiento, las epidemias urbanas, entre otras, causando el pánico urbano. Todo ello lleva a la necesidad de tomar medidas y dominar esos fenómenos médicos y políticos que se estaban presentando en la ciudad, para lo cual se recurrió al modelo de intervención de la cuarentena, que consistía en un sistema de vigilancia generalizada y de registro centralizado que dividía y controlaba el recinto urbano.

Hubo fundamentalmente dos grandes modelos de organización médica en la historia occidental: uno originado por la lepra y otro por la peste. En el caso de lepra, el enfermo era expulsado del espacio común, de modo que la exclusión era el mecanismo de la purificación del medio urbano, era una medicina de exclusión. Medicalizar a un individuo significaba separarlo y de esta manera purificar a los demás. (Foucault, 1974).

El otro gran sistema político-médico fue el de la peste; en este caso la medicina no excluía ni expulsaba al enfermo sino que se distribuía a los individuos unos al lado de otros, para vigilarlos y verificar su estado de salud, manteniendo así a la sociedad en un espacio dividido, inspeccionado, constantemente vigilado y controlado con un registro lo más completo posible de todos los fenómenos ocurridos. (Foucault, 1974)

**La medicina urbana** es por tanto, una medicina de las cosas, del aire, del agua, de las descomposiciones, de los fermentos, es decir, de las condiciones de vida del medio de existencia. Así, la medicina urbana pasó del análisis del medio al de los efectos del medio sobre el organismo y finalmente al análisis del propio organismo.

Con la medicina urbana aparece la noción de salubridad, se crean los comités de salubridad en los departamentos y principales ciudades entre 1790 -1791<sup>5</sup> la salubridad entendida como el estado del medio ambiente y sus elementos constituyentes, que permiten mejorar la salud; es decir, que la salubridad es la base material y social capaz de asegurar la mejor salud posible a los individuos. Aparece en correlación con la salubridad el concepto de higiene pública como la técnica de control y de modificación de los elementos del medio que pueden favorecer o perjudicar la salud. Es decir, se refiere al control político-científico del medio. (Foucault, 1974)

De esta manera, la medicalización de la ciudad es importante porque la profesión médica se puso directamente en contacto con otras ciencias afines como la química para el análisis del aire y las condiciones de vida y respiración. Esto, a su vez, permitió la introducción de la medicina en el funcionamiento general del discurso y del saber científico y el establecimiento de una medicina colectiva, social, urbana de gran importancia en la constitución de la medicina científica. (Foucault, 1974).

**La medicina de la fuerza laboral** desarrollada en Inglaterra fue la última meta de la medicina social; en primer lugar el Estado, luego la ciudad y por último los trabajadores. (Foucault, 1974).

En Inglaterra durante las grandes agitaciones sociales de comienzos del siglo XIX la población necesitada se convirtió en una fuerza política capaz de rebelarse o por lo menos capaz de participar en revueltas debido a que se encontró un medio que sustituía en parte los servicios que prestaban los pobres, esto provocó disturbios populares en protesta ante esos sistemas que privaban del pan y la posibilidad de vivir a los más pobres.

Con la epidemia del cólera que comenzó en París y se propagó por toda Europa, se materializaron una serie de temores políticos y sanitarios con respecto a la población proletaria y plebeya por eso se decidió dividir la ciudad en sectores para pobres y para

---

<sup>5</sup> La higiene pública y el saneamiento había surgido con la peste en las ciudades italianas tiempo atrás.

ricos porque se consideró la convivencia de ricos y pobres un peligro sanitario y político para la ciudad, por tanto los pobres fueron considerados un peligro médico. El poder político comenzó a intervenir en el derecho de la propiedad y de la vivienda privada. (Foucault, 1974)

Así mismo, se experimentaba en Inglaterra el desarrollo industrial que produjo un aumento del proletariado, dando lugar a una nueva forma de medicina social. Con la ley de los pobres formulada, la medicina empezó a brindar un control médico focalizado al necesitado y una intervención para ayudar a los más pobres a satisfacer unas necesidades de salud que por su pobreza no podían atender. Al mismo tiempo permitió mantener un control que garantizaba la salud de las clases necesitadas al recibir tratamiento gratuito, esto a su vez promocionó la protección a la población más privilegiada librándola de los fenómenos epidémicos originados dentro de la clase pobre. (Foucault, 1974)

Con la ley de los pobres, se instaura la vacunación obligatoria, se organizó el registro de las epidemias y enfermedades capaces de convertirse en epidemias, haciendo obligatoria la declaración de enfermedades peligrosas, la identificación de lugares insalubres y la destrucción de focos de insalubridad. De esta forma el servicio de salud tenía como objetivo el control de las clases más necesitadas para que fueran más aptas al trabajo y menos peligrosas para las clases adineradas. Sin embargo esto creó reacciones violentas de la población, una resistencia popular contra esa medicina de los pobres al servicio de una clase que combatían la medicalización autoritaria y reivindicaban el derecho a la vida, a enfermarse, a curarse y morir, según el deseo propio. (Foucault, 1974)

Esta forma de la medicina social inglesa fue la que tuvo futuro, contrario a la medicina urbana y medicina del estado. El sistema inglés permitió la realización de tres sistemas médicos superpuestos y coexistentes, una medicina asistencial dedicada a los más pobres, una medicina administrativa encargada de problemas generales como la vacunación, las epidemias y una medicina privada que beneficiaba a quien tenía medios para pagar. De esta manera hizo posible la organización de una medicina con facetas y formas de poder, diferentes según se tratara de la medicina asistencia, administrativa o privada. (Foucault, 1974).

En síntesis, Foucault afirma que la medicina moderna es social y por tanto una práctica social que se desenvuelve en la sociedad capitalista de fines siglo XVIII y comienzos del XIX, determinada por la estructuración de tres formas de medicina. A partir de la segunda mitad del siglo XVIII se desarrolló un trabajo de homogenización, normalización, clasificación y centralización del saber médico que hizo de la medicina y la higiene pública los organismos coordinadores de cuidados médicos, permitió la centralización de la información, la normalización del saber, la educación en salud y en general la medicalización de la población. (Foucault, 1974)

#### **1.4.2 El paso de sociedades normalizadas a sociedades securitarias**

A finales siglo XVIII y principios del XIX la medicina en toda Europa sufrió una gran transformación, situando lo normal y lo patológico en el centro de toda práctica médica. Esto dio paso a una manera diferente de entender la enfermedad, como una variación cuantitativa de lo normal. A partir de aquí, lo normal y lo patológico fue ligado con la vida, donde lo normal se instauró como regla. (Bacarlett & Lechuga, 2009)

La sociedad disciplinaria es la sociedad de la norma, busca eliminar o reducir las desviaciones, someter los cuerpos y las conductas diferentes tamizándolos por el filtro de la medicina, la psiquiatría, la pedagogía, para ver a través del lente de la anormalidad y lo patológico y de esta manera hacerlos elementos corregibles, normalizables, reencausables produciendo cuerpos dóciles y productivos. (Bacarlett & Lechuga, 2009)

Sin embargo la normalización tiene que ver también, con las sociedades liberales cuando busca seguir el movimiento natural de los procesos de la población respetando su propia dinámica, para sacar de ellos los mejores beneficios y aprovecharlos mejor dentro de su lógica de mercado.

De ahí, que la norma sea el instrumento privilegiado a través del cual se ejerce el poder en las sociedades disciplinarias y liberales, buscando estandarizar, mediante una serie de dispositivos que permiten corregir, mejorar, refinar e imponer la norma, sin necesidad

de la fuerza o la represión. De este modo, los dispositivos gubernamentales lo que hacen es llevar a considerar una medida como óptima para un funcionamiento social dado y otras medidas límites de lo aceptable social y económicamente, más allá de los cuales no habrá que pasar. (Foucault, 2006) (Foucault, 2010)

Por otra parte, Castro Gómez sostiene que las sociedades actuales no se entienden ya en términos de normalidad/ anormalidad, sino de peligrosidad y riesgo. El tratamiento consiste por tanto, en definir primero el riesgo o peligrosidad y hasta cuánto se considera normal, para luego gestionarlo gubernamentalmente. No se impide que un acontecimiento suceda ni tampoco se impone una norma sobre él, sino se permite que actúe, pero dentro de cierto intervalo considerado normal. (Castro S. , 2010)

Por ende, aunque las sociedades actuales se mueven todavía bajo el imperativo de la normalización disciplinaria, los mecanismos dominantes no son disciplinarios por eso se puede hablar de sociedades predominantemente securitarias. (Castro S. , 2010)

Hablar de riesgo conlleva que todas las áreas de la vida social sean susceptibles en lo cotidiano de ser afectadas por eventos contingentes. Por eso, las tecnologías de gobierno ven el riesgo no solo como algo individual, sino ante todo como un riesgo social que afecta el bienestar de la población. De ahí que, el blanco de los dispositivos gubernamentales será la población expuesta a riesgos para conseguir que se conduzca de determinada manera. (Mitjavila, 1999) (Castro S. , 2010)

De este modo, el mundo social se ha organizado en torno al concepto de riesgo, en el cual el futuro es continuamente tenido en cuenta, con base, en los cálculos y valoraciones de probabilidad. La noción de estilo de vida adquiere así, una particular importancia en la medida en que se afirma que el futuro depende de las decisiones presentes, es así, como la vida diaria y la elección de un estilo de vida tiene una importancia creciente para la constitución y estructuración de la identidad del yo. (Giddens, 1991)

Se hace énfasis en la planificación de la vida que presupone una ponderación de los riesgos y la elección entre una diversidad de opciones filtrada por el contacto con el conocimiento de los expertos, quienes ayudan a entender cómo evitar los riesgos, qué

beber, qué comer, qué estilos de vida adoptar etc. De manera tal que en las sociedades contemporáneas la expresión de estilo de vida se ha difundido ampliamente en el lenguaje común y cotidiano de las personas, así como, en la forma de actuar siguiendo una serie de hábitos y orientaciones que generan una sensación de seguridad ontológica. (Giddens, 1991)

El saber científico/técnico desempeña un papel fundamental en la construcción y difusión de patrones de estilos de vida para ser asumidos por las personas, en la cual la medicina clínica y salud pública mediante campañas preventivas y acciones de educación en salud buscan crear una conciencia colectiva y una responsabilización individual.

Los individuos son así exhortados por las autoridades expertas a evaluar sus propias vulnerabilidades, procurando no sucumbir en la enfermedad y consiguiendo cambiar sus comportamientos para evitarla. Del mismo modo la selección o creación de estilos de vida está influenciada por presiones de grupo, por la influencia de modelos, por los medios de comunicación, así como por las circunstancias socioeconómicas. (Mitjavila, 2002)

De esta manera, “la lógica del riesgo se adecua a los procesos de individualización y responsabilización de los individuos quienes se ven forzados a tomar decisiones sobre sí mismos, no en función de lo que efectivamente acontece o acontecerá, sino a partir de la probabilidad de que un suceso indeseado pueda ocurrir” (Mitjavila, 2002)

De esta forma, los problemas sociales son percibidos como problemas individuales, lo cual refleja una alteración de las relaciones entre el individuo y las instituciones sociales. Se exige así a los individuos más desprotegidos y carentes de soportes sociales que asuman la responsabilidad individual por las consecuencias indeseables de los peligros tanto internos como los que provienen del ambiente, como si sus trayectorias biográficas fuesen apenas el resultado de escogencias individuales, ignorando su verdadera y profunda naturaleza social. (Mitjavila, 2002).

Lo anterior ha suscitado de un lado, la creciente culpabilización personal y responsabilización individual y/o familiar que lleva a que las personas se tornen cada vez más temerosas y vulnerables porque las seguridades con las que cuentan son consideradas insuficientes y por otro lado, el compromiso institucional y las protecciones

sociales son cada vez menores provocando la disolución de la responsabilidad ética y moral institucional y entrando en la dinámica de negación de servicios, indiferencia, deshumanización y corrupción, lo cual puede llevar a que la persona se sienta angustiada por los riesgos que implica la tarea de vivir. (Mitjavila, 1999). Como es el caso de las personas ancianas a quienes se les hace responsable o a sus familias de su cuidado y de las enfermedades o de las consecuencias de ésta, se les niegan algunas medicinas, o tratamientos por el costo que estos tengan, etc.

En este sentido, el tipo de vínculos que se establece entre instituciones y los individuos son relaciones dentro de una lógica de mercado, de compra y venta, pero también de riesgo/ganancia o pérdida, y de costo /beneficio, por lo tanto la noción de derecho de ciudadanía ligado a la responsabilidad del Estado desaparece.

Igualmente, Mitjavila afirma que el riesgo es un determinante de las estrategias de medicalización en el espacio social. Al respecto señala que vivimos en la era del *triage*, donde las instituciones modernas categorizan a los individuos, a las familias o las situaciones, para tomar decisiones, como por ejemplo, decidir si una persona o una familia, debe o no recibir apoyo de un programa de asistencia social o para determinar la negación o aceptación de un servicio o un tratamiento. (Mitjavila, 2002)

La medicalización hoy como dispositivo gubernamental busca la formación de subjetividades, como sujetos, activos, autosuficientes, autorresponsables, pensándose en función de lo somático, consumidores y apartados de las protecciones sociales.

Se estimula a los individuos a pensarse como sujetos activos que definen el curso de su vida con prácticas de autocuidado en procura de un futuro mejor y con la obligación de responsabilizarse de sí mismo como un hombre empresa, en particular las mujeres quienes deben hacerse responsables de su futuro médico y el de sus familia e hijos.

El autocuidado se ubica así en un modelo de riesgos, sus acciones por tanto están encaminadas por un lado a, disminuir los factores de riesgos causantes de enfermedad, potencializar los factores protectores, retrasar la dependencia e invalidez, disminuir las hospitalizaciones y el uso de tecnologías de alto costo que demandan una mayor cantidad de recursos económicos. De otro lado, a trasladar la responsabilidad de la

salud pero también de la enfermedad al individuo.

### **1.4.3 La medicalización como aspecto central de la modernidad**

La medicalización es la forma como la medicina se fue expandiendo saliéndose de los límites de la curación de enfermedades, para abordar problemas o situaciones que antes no eran considerados como entidades médicas. De este modo, muchos de los problemas sociales se han trasladado al campo de la medicina y la salud pública adquiriendo así la medicalización una dimensión política que revela la forma como las sociedades se gobiernan. (Germain, 2007)

De esta manera el territorio médico se ha ido ampliando y desarrollando cada vez más, redefiniendo la práctica de la medicina como tecnomedicina con una fuerte dependencia de equipos diagnósticos y terapéuticos de alta complejidad, donde el laboratorio se convirtió en una fábrica donde se posible crear formas de vida molecular y se fabrican nuevas formas de entender la vida en sí. Así mismo, la industria farmacéutica y la investigación terapéutica han logrado avanzar significativamente, incluso dando cabida a otras formas de medicina alternativa que proponen nuevos tratamientos homeopáticos y que buscan una legitimación molecular para poderlos patentar y mercantilizar. (Rose, 2012)

La característica fundamental de las nuevas tecnologías de la vida es su visión de futuro, de manera que es posible redefinir el futuro vital, actuando en el presente, por tanto la idea de susceptibilidad se ha extendido generando en las personas, una sensación de que a pesar de encontrarse sanas, algunas o tal vez todas, están en realidad asintomáticas o presintomáticamente enfermas. (Rose, 2012, pág. 50)

Todo esto, ha producido nuevas configuraciones de verdad, de poder y de subjetividad. Donde los discursos de verdad son híbridos entre lo biológico, lo demográfico y sociológico, que se unifican a travez de un conjunto de autorizadas competentes que hablan de esa verdad en un lenguaje de susceptibilidad que incluye la genómica y el riesgo. Se abren así, nuevos campos de acción biopolítica, con saberes como la

biomedicina, la genética, la biotecnología que se introduce en los cuerpos medicalizándolos desde adentro con el consiguiente cambio en los modos de subjetivación. (Rose, 2012)

De esta forma, la medicina desempeña un rol muy importante en la conformación de las subjetividades contemporáneas sujetas a lo biomédico, que entienden la felicidad más en términos corporales y vitales. En síntesis, se está produciendo un cambio epistemológico y ontológico sustentado en la tecnología de la optimización que hace posible refigurar los procesos vitales con el fin de maximizar su funcionamiento y mejorar sus resultados, de forma que ahora casi cualquier capacidad del cuerpo y del alma humanos puede ser en potencia susceptibles de mejoramiento mediante la intervención tecnológica. (Rose, 2012)

## **1.5 Subjetivación**

Foucault reconoce que en todas las sociedades existen otro tipo de técnicas de poder que son las técnicas de sí y las diferentes formas mediante las cuales el individuo se ve en la necesidad de constituirse como sujeto y reconocerse como tal, lo cual reclama una actitud y una serie de prácticas que, implican la crítica permanente de su ser histórico y la libertad (Foucault, 2009) (Castro S., 2010)

Los modos de subjetivación para Foucault son definidos como las prácticas de constitución del sujeto que incluyen, las prácticas discursivas (saber), las relaciones con los otros (poder) y las relaciones del sujeto consigo mismo (La ética), que actúan de modo independiente pero también, de manera conjunta entretejidas unas con otras. (Castro E., 2006)

Para llevar a cabo una historia de los modos de subjetivación o de las prácticas de constitución de sujeto, Foucault se sumerge en una investigación de las prácticas de sí o tecnologías del yo que le proporciona las claves a partir de las cuales definir la propuesta de una ética como elaboración estética de sí mismo, es decir, una ética como alternativa de libertad y autocreación del individuo, y al mismo tiempo como resistencia. (Castro E., 2006)

Para Foucault, la concepción de subjetivación se encuentra ligada a la verdad, una verdad que no está dada, sino que debe ser descubierta mediante lo que él denomina filosofía o movimiento por medio del cual hay un distanciamiento de lo que se considera como verdadero para buscar otras reglas de juego. (Foucault, 1999)

Por esto estudia las relaciones entre subjetividad y verdad, sobre la base del estudio de la noción de cuidado de sí. Describe las técnicas históricamente situadas mediante las cuales un sujeto construye una relación determinada consigo mismo, da forma a su propia existencia y establece de manera regulada su relación con el mundo y los otros. (Foucault, 2011)

Para hacer la historia de la subjetividad entendida como la historia de las relaciones entre el sujeto y la verdad debe buscar la lenta transformación de un dispositivo de subjetividad, definido por la espiritualidad del saber y la práctica de la verdad por el sujeto, en otro dispositivo de subjetividad moderno gobernado por la cuestión del conocimiento del sujeto por sí mismo.

De este modo, el estudio de la historia de la subjetividad a partir de la historia del 'cuidado' y de las 'técnicas de sí' le permitieron a Foucault plantear la cuestión de la gubernamentalidad desde otro ángulo que fue el del gobierno de sí mismo, por sí mismo y en su articulación con las relaciones con los otros. (Foucault, 2009) (Castro S. , 2010)

Foucault entonces plantea por un lado, la influencia del poder político sobre la vida de los individuos, pero por otro, la posibilidad política relevante de su autoconstrucción. De esta manera no desea dar la última palabra al poder, por eso explora la singularidad de una constitución de la subjetividad en la que el individuo se toma a sí mismo, como objeto, para dar a su vida una orientación determinada.

De ahí que, el sujeto que se subjetiva en Foucault, no es el sujeto sometido, es, al contrario, el sujeto que se reapropia de sí mismo en un tejido de relaciones consigo, con los otros, con el mundo, incluso con Dios. De esta forma, la subjetivación es lo contrario de la sumisión del individuo a unos valores trascendentales y se opone a todas las formas de dependencia (Tassin, 2012)

Por ello, dentro de la propuesta foucaultiana, no basta con que un individuo o un pueblo se liberen de lo que presuntamente los tiene sometidos, sino que es necesario que puedan asumir y realizar un modo de vida alternativo, es decir, que puedan ser capaces de ejercer su libertad en prácticas y maneras de ser diferentes. (Tassin, 2012)

### **1.5.1 El cuidado de sí**

El cuidado de sí da cuenta de un proceso de constitución de un modo de ser que es un aprender, un cultivar. Éste no responde a una teoría previamente establecida, sino que es una práctica permanente de recreación de sí mismo, para ser alguien capaz de libertad. (Foucault, 1999, pág. 20)

De esta manera, el cuidado de sí en tanto que cuidado de un vivir filosófico, es un modo de proceder filosófico, un modo de conducirse, un modo de hacer, que es también, un modo de existencia como una obra de arte. Para Foucault se puede hacer de la vida algo artístico y enriquecedor, es decir, algo producido conforme a principios estéticos mediante los cuales se expresa una visión personal. (Foucault, 1999, pág. 18)

Para Foucault la práctica de sí se identifica y debe confundirse con el arte mismo de vivir. Abarca toda la vida de una persona y se trata de una elección que debe hacerse de manera continua y permanente a lo largo de toda la existencia desde la juventud hasta la vejez. (Foucault, 2009)

Ocuparse de sí mismo fue un fenómeno general propio de la sociedad griega, helenista y romana. El “cuidate a ti mismo” es una tradición ligada a un privilegio político, económico y social ya que quien se ocupa de sí mismo es alguien que puede delegar los trabajos a otros para poder ocuparse de sí mismo. Ocuparse de sí mismo o preocuparse por sí mismo, tiene todo un corpus que define una manera de ser, una actitud, formas de reflexión, prácticas que hacen de éste un fenómeno importante en la historia de las prácticas de la subjetividad. (Foucault, 2011)

Un requisito para ocuparse de sí, en Platón era conocerse a sí mismo y para conocerse hay que replegarse en sí mismo, hay que volverse hacia lo divino es decir, porque solo

así se puede advertir los fundamentos de lo que es la justicia y así conocer los fundamentos y principios de un gobierno justo. (Foucault, 2009) (Foucault, 2011)

Otro elemento que se destaca en la constitución del sujeto es el papel del maestro, que debe ser el guía, el que corrige, el mediador, el director de la reforma del individuo o paso de una condición de no sujeto a sujeto. (Castro S. , 2010)

Foucault plantea que desde el momento en que la práctica de sí tiene por función principal, corregir, restablecer un estado, se acerca a un tipo de práctica que es la medicina. De ahí que ocuparse de sí será a la vez ocuparse del alma y del cuerpo ya que si se ocupa solo de la enfermedad no se ocupa de si, sino de su cuerpo. (Foucault, 2011)

En suma, el arte de sí mismo necesita de una relación con el otro que se constituye en un modelo de comportamiento propuesto al más joven y que es indispensable para su formación. No se puede prescindir del trabajo de juicio de los otros, cuyo papel consiste en decir verdad, hablar franco, que es justamente, la parresia, ya que éste permite formarse una opinión y entablar una relación adecuada con sí mismo, que trae virtud y felicidad. (Foucault, 2011)

Adicionalmente, Foucault, destaca en la época helenística una revalorización de la vejez. El anciano es quien es soberano de sí mismo. La vejez, entonces, debe ser considerada como un objetivo positivo de la existencia. (Castro E. , 2006)

Sócrates y Platón sostenían que hay que ocuparse de sí mismo durante toda la vida, con la madurez como edad crucial, edad determinante, edad privilegiada, de ahí que la inquietud de sí es vista como preparación para la vejez. (Foucault, 2011)

La vejez es la sabiduría, pero también la debilidad, es decir, la vejez es la experiencia adquirida pero a su vez la incapacidad de ser activo en la vida de todos los días, e incluso en la vida política. La vejez permite dar consejos, pero es también un estado de debilidad que lleva a depender de los otros, por tanto son los jóvenes quienes defienden la ciudad y dan a los viejos lo necesario para vivir etc. (Foucault, 2011)

La vejez el punto al que se llega si ha sido bien preparada por una práctica de sí, es el punto en que el yo, se alcanza por fin a sí mismo, donde la persona se reúne consigo mismo y mantiene consigo una relación consumada y completa de dominio y satisfacción a la vez. De este modo, la forma más elevada de la inquietud de sí, el momento de su recompensa, va a estar precisamente en la vejez. (Foucault, 2011)

No sólo es alcanzar la vejez cronológica de los 60 años, es también una vejez ideal, una vejez que en cierto modo se fabrica, este es el punto central de esta nueva ética de la vejez, que es, en relación con la propia vida, ponerse en una situación tal que se viva como si ya hubiera culminado. Es necesario que en cada momento, aunque se sea joven o aunque aún se esté en plena actividad, se tenga con respecto a todo lo que se haga la actitud, el comportamiento, el desapego y la consumación de alguien que ya haya llegado a la vejez y cumplido su vida. (Foucault, 2011)

En consecuencia, la práctica de sí aparece como una formula general del arte de vivir, donde siempre hay que estar en guardia y de pie contra los golpes que caen sobre sí de improviso. El arte consiste en estar listo, es decir, no ser derribado, no ser menos fuerte que los golpes que se pueden recibir, que pueden asestar las circunstancias o los otros. (Foucault, 2011)

De este modo, ocuparse de sí mismo tendrá como efecto la salvación de sí mismo y de la ciudad. Tiene como sentido y meta hacer del individuo que se ocupa de sí mismo alguien distinto con respecto a la masa, a la mayoría, que son precisamente las personas absorbidas por la vida de todos los días. (Foucault, 2011)

Salvarse también es escapar a una dominación o una esclavitud, es mantenerse en un estado continuo que nada podrá alterar, cualesquiera sean los sucesos que se produzcan al alrededor. Salvarse será asegurar la propia felicidad, tranquilidad, serenidad, es decir que el término salvación no remite a otra cosa que la vida misma. Es una actividad que se desarrolla a lo largo de toda la vida, cuyo único operador es el sujeto mismo. (Foucault, 2011)

A su vez, se plantea que cuando el saber, el conocimiento funciona de tal manera que es capaz de producir el *ethos* entonces es útil. Es el conocimiento útil al hombre, el

equipamiento, la preparación del sujeto y el alma para todas las circunstancias posibles de la vida. Es lo que permitirá oponer resistencia, mantenerse estable, sin dejarse desviar por nada.

Al contrario, cuando una personas todavía no ha cuidado de sí mismo, está un estado de “*stultitia*” que es el polo opuesto a la práctica de sí. El *stultus* es quien no se preocupa por sí mismo, es ante todo, quien está expuesto a todos los vientos, abierto al mundo externo, disperso en el tiempo, quien deja que su vida pase, y no trata de llevarla hacia una meta precisa y bien establecida. En realidad hay que lograr que la vida tienda lo más rápidamente posible hacia su objetivo que es la realización de sí en la vejez. El *stultus* no piensa en su vejez. La voluntad del *stultus* es una voluntad que no es libre. Una voluntad que no es una voluntad absoluta. (Foucault, 2011)

La inquietud de sí implica siempre una elección de modo de vida, es decir una división entre quienes eligieron ese modo de vida y los otros. La condición real de la inquietud de sí, es sin duda una forma determinada de vida particular y en su particularidad, distinta de todas las otras vidas.

Por otra parte, Foucault dice que hoy se ha perdido la significación que se da a expresiones que sin embargo son muy familiares y no dejan de recorrer nuestro discurso como: volver a sí, liberarse, ser uno mismo, ser auténtico, etc. Y que esta ausencia de significación y pensamiento que hay en cada una de esas expresiones empleadas en nuestros días, muestra que no es posible enorgullecerse de los esfuerzos que hoy se hacen por reconstituir una ética del yo e incluso es preciso sospechar una imposibilidad de constituir la en la actualidad, pero que su constitución es una tarea urgente, fundamental, políticamente indispensable, si es cierto, después de todo, que no hay otro punto, primero y último de resistencia al poder político que en la relación del sí, consigo mismo. (Foucault, 2011)

En este sentido, dada la necesidad de recobrar el significado de las técnicas de poder sobre sí, se plantean las trayectorias de cuidado y las políticas de vida como prácticas de sí que permiten reconocer desde lo local, desde la base, en medio de las relaciones de poder y las formas de resistencia, los modos de subjetivación que se están construyendo como forma de resistencia.

Es así como, las trayectorias de cuidado y las políticas de vida son propuestas como tecnologías del yo, instrumentos positivos y alternativos de formas de gobierno de sí, que proporcionan a la vez las claves para definir una propuesta de una ética como elaboración estética de sí, de construcción de libertad y de subjetividad.

### **1.5.2 Trayectorias de cuidado**

Bourdieu plantea el concepto de trayectoria afirmando que ésta “se constituye a partir de la serie de posiciones que una misma persona o grupo ocupa en un espacio que a su vez está en movimiento y sometido a incesantes transformaciones”. (Bourdieu, 2011)

De este modo, una trayectoria no se puede comprender como la enumeración de acontecimientos históricos, se trata más bien de una especie de dibujo que enlaza las sucesivas posiciones ocupadas por un actor en el espacio social, político, económico y cultural y las distintas relaciones que establece con esos espacios y con los otros actores. Por eso la trayectoria no se puede asimilar a una recta o curva armoniosa sino por el contrario está sacudida por fuerzas colectivas que la reorientan de manera imprevista y generalmente incontrolable, modificando el curso de la existencia. (Lera, y otros, 2007)

De otro lado, el cuidado es entendido como la práctica más antigua de la historia del mundo que contribuye a asegurar la continuidad de la vida del grupo, de la especie Homo. Por tanto, el cuidado participa directamente con todo lo que contribuye al mantenimiento y desarrollo de la vida, velando por hacer retroceder la muerte, o todo lo que la simbolice, entre los hombres (Collière, 1982, pág. 3)

Es necesario ocuparse de la vida para que ésta pueda persistir, y en este sentido los hombres han tenido siempre necesidad de cuidados como todos los seres vivos. Por tanto, cuidar es un acto de vida, que tiene por objetivo, permitir que la vida continúe y se desarrolle, por lo que asegurar la supervivencia era y sigue siendo un hecho cotidiano que implica una lucha y enfrentamiento constante contra todo aquello que quiera afectarla negativamente (Collière, 1982)

De esta manera las trayectorias de cuidado se entienden como el recorrido tortuoso y difícil que emprende una persona o grupo a lo largo de su existencia, con el objeto de proteger su vida y conducirla para que ésta consiga realizarse a plenitud. Lo cual supone, hacer frente a las diferentes formas de poder/gobierno que se imponen sobre la vida para someterla.

En este sentido, las trayectorias de cuidado se van construyendo a lo largo de la vida y dependen de la interacción establecida: consigo mismo, con las dinámicas, sociales, laborales, políticas, religiosas, culturales y económicas, propias de cada espacio en cada momento histórico y con los dispositivos gubernamentales que se establecen. Lo que implica un desplazamiento complejo en medio de las tensiones y resistencias que las relaciones y dinámicas propias del dispositivo gubernamental generen. Sin embargo, es de aclarar que las respuestas de cuidado dependen de la manera en que las personas perciban o interpreten las tecnologías de gobierno puesto que muchas veces son acogidas y consideradas aceptables por algunas personas.

Así mismo, las trayectorias de cuidado requieren de una serie de prácticas permanentes mediante las cuales la persona establece relación consigo mismo, como una manera de estar preparado para permitirse ser sujeto de las propias acciones. En este sentido, estas prácticas de cuidado de sí se ejercitan a lo largo de la vida con la finalidad de asegurar el ejercicio de la libertad para proteger y realizar la vida.

Las trayectorias de cuidado permiten actualizar el gobierno de sí en la sociedad actual, en la cual, tanto las prácticas cotidianas de cuidado de sí y de autocuidado, juegan un papel fundamental como formas de apropiación para asumir la propia existencia.

Si bien es cierto, desde la formulación de la estrategia de Atención Primaria en Salud en 1978 se comenzó a promover el autocuidado a través de la educación en salud, buscando que los individuos se responsabilicen de su salud, concepto que se ha afianza en la Política de Envejecimiento y Vejez y en el modelo de Atención en salud propuesto, imponiendo a las personas adopción de estilos de vidas y modificación de comportamientos a través de un discurso medicalizado.

Lo que aquí se plantea es una resignificación del concepto, que permita una articulación entre el cuidado de sí y el autocuidado como prácticas de gobierno de sí, que den cuenta de un proceso estético de constitución de un modo de subjetivación que conduzca a la construcción de la vida como una obra de arte.

Al respecto Orem a principios de la década de 1970 definió el autocuidado como “la práctica de actividades que las personas jóvenes y maduras emprenden... por su propia cuenta con el fin de seguir viviendo..” (Marriner & Raile, 2000, pág. 177). El autocuidado es una conducta humana que tiene por objetivo promover mecanismos que ayuden a vivir y desarrollarse. Se produce de manera deliberada e intencionada , en la medida en que las personas se ocupan de prácticas para cuidar de sí mismos. (Muñoz Franco, 2009, pág. 4). (Marriner & Raile, 2000)

Las trayectorias de cuidado aunque son personales trascienden a lo social en el sentido que las experiencia de vida adquiridas en lo particular permiten entrar en relación con otros en su propio proceso de cuidado de sí o cuidar del otro cuando este aún no está preparado propiciando los espacios para que el otro se vuelva sobre sí y establezca relación consigo mismo. De manera que las trayectorias de cuidado son siempre dinámicas, a la vez que se van transformando con las situaciones que se van viviendo, conducen a que otras personas también se transformen de manera consciente o inconscientemente.

En conclusión, las trayectorias de cuidado pueden llegar a constituirse en un modo de vida alternativo, capaz de ejercer libremente prácticas y formas profundas de vivir de otra manera. Esto implica estar en guardia, y preparado para hacer frente a lo que se pueda presentar. Las trayectorias de cuidado por tanto permiten corregir o restablecer modos de vida, lo que implica un ocuparse de sí, sin dejarse absorber la vida por las acciones cotidianas y un aprendizaje y cultivo a partir de prácticas permanentes de recreación de sí mismo, para ser alguien capaz de libertad.

### **1.5.3 Políticas de vida**

Para Foucault donde hay poder hay resistencia, de manera que en el momento en que se

da una relación de poder que oprime la vida siempre existe la posibilidad de resistirla y orientarla por caminos de creación. En este sentido las políticas de vida acontecen como resistencia al poder sobre la vida como una línea de fuga<sup>6</sup>, esto suponen como lo plantea Foucault comprender la vida como un elemento de ruptura respecto de las dinámicas de imposición del biopoder, como aquello que propiamente resiste a los dispositivos gubernamentales. (Vignale, 2013)

Hoy en día las tecnologías de gobierno se adentran en lo privado y tratan de generar formas de control desde el interior mismo de la persona, en su cuerpo, en su emocionalidad, en las formas de pensar, en sus concepciones de cómo ser, cómo actuar y en su proyecto de vida. “Las políticas de vida se plantean entonces, como posibilidad de control sobre la propia corporalidad, opciones de pensamiento, más allá del pensamiento único, opciones de subjetividad más allá de la subjetividad del consumidor contemporáneo y como una alternativa más allá del culto al cuerpo en una nueva concepción de la salud y de la vida”. (Vélez, 2010)

Porque es que cuando el poder deviene biopoder, la resistencia deviene poder de la vida, poder vital que no se deja detener en las especies, en los medios y en los caminos de tal y tal diagrama”. (Deleuze, 1987, pág. 122) En este mismo sentido Foucault afirma “la vida como objeto político fue en cierto modo tomada al pie de la letra y vuelta contra el sistema que pretendía controlarla” (Foucault, 1998, pág. 86)

Es así que, la política de vida o potencia de la vida, surge como una categoría de resistencia y gobierno de sí, que es desatada o es impulsada por el mismo poder que pretende someter la vida, se convierte así, en un concepto político fundamental y fértil de oposición. Las políticas de vida están cimentadas sobre experiencias vividas, principios y valores que dinamizan la vida y la impulsan a oponerse y responder de manera alternativa a toda forma de imposición de las tecnologías de gobierno<sup>7</sup>.

Además, las políticas de vida aparecen no sólo como resistencia sino como proceso de transformación y de construcción de nuevas formas estéticas de vida y la resistencia no

---

<sup>6</sup> Vale la pena aclarar que quien habla de línea de fuga es Deleuze (1990)

<sup>7</sup> Las tecnologías de gobierno son las que articulan las tecnologías de poder y las tecnologías de sí.

aparece como algo marginal al poder sino como una alternativa personal y social que conduce a: 1) la transformación de sí mismo para “hacer de la vida una obra que presenta ciertos valores estéticos y responde a ciertos criterios de estilo”, 2) pero que también se abre hacia otros constituyendo otra red de relaciones más horizontales, justas y solidarias. (Foucault, 2012, pág. 17)

Las políticas de vida se constituyen así en una forma de práctica de libertad que posibilita el desarrollo de la capacidad de vivir y el renacimiento de la vida incluso en el umbral de la muerte en situaciones críticas. En este sentido, rompen con todo lo que ata y somete al ser humano a otros y a sí mismo, resistiendo a formas de subjetividad impuestas que someten a regímenes de verdad, para pensar y actuar de otro modo, a manera de línea de fuga.

Hasta aquí, se tiene claridad sobre el problema y los objetivos de la investigación, los conceptos sobre los cuales se trabaja, así como las categorías de análisis, como sustento teórico, desde donde se aborda el estudio, a continuación se expondrá la metodología empleada.

## **1.6 Abordaje metodológico de la investigación**

El enfoque investigativo empleado en este trabajo fue cualitativo, puesto que éste permitió identificar de manera profunda la naturaleza y estructura dinámica de la realidad del envejecimiento y vejez en Colombia, teniendo un acercamiento a lo que las personas ancianas viven y han vivido en lo cotidiano y la manera cómo piensan y sienten. (Martínez, 2006) (Quintana, 2006)

El enfoque cualitativo de investigación es, por su propia naturaleza, dialéctico y sistémico, porque el conocimiento es el resultado de la dialéctica entre el sujeto y el objeto de estudio, en este caso el envejecimiento y la vejez en Colombia y es sistémico teniendo en cuenta la complejidad de este último, dada la red de relaciones que

establece entre sus diferentes componentes y de cada uno de éstos, con el todo. (Martínez, 2006, pág. 129)

El diseño de la investigación se planteó en tres etapas: la primera etapa de problematización, la segunda corresponde a los métodos empleados, y la tercera de análisis de la información y resultados.

### **Primera etapa de problematización**

Esta etapa parte de la identificación del objeto de estudio, el fenómeno de envejecimiento y la vejez en Colombia, dada la relevancia actual que tiene para la salud pública. Este objeto de estudio suscitó una serie de interrogantes que fue necesario ir decantando y analizando apoyándose en la construcción paralela de un marco teórico sustentado principalmente en el estudio de algunos de los textos de Michel Foucault y sus planteamiento alrededor del poder, la gubernamentalidad y los modos de subjetivación, sumando a los de otros autores que lo complementan.

Este trabajo, a manera de filtro epistemológico, permitió concretar unos objetivos así como, orientar y definir los métodos adecuados para responder a los mismos.

### **Segunda etapa. Los métodos empleados**

De acuerdo a los objetivos propuestos, los métodos empleados fueron el método genealógico y el método biográfico con la técnica de relatos de vida, los cuales se integraron uno al otro constituyéndose en una unidad. Así mismo, se plantearon las trayectorias de cuidado y las políticas de vida como estrategias metodológicas biográficas complementarias, en tanto que, permitieron definir la manera y el medio para comprender los modos de subjetivación de las personas ancianas participantes del estudio. A continuación se exponen cada uno de los métodos utilizados.

### **1.6.1 El método genealógico**

La genealogía parte de una realidad presente, entendida como lo cercano e inmediato a la persona que define el campo de lo común, de lo obvio, lo natural, para luego tomar distancia de ese presente, el cual deja entre paréntesis, para indagar por el comienzo, no por el origen, de esa realidad. En otras palabras, lo que busca identificar la genealogía es la fundación o la emergencia de la realidad, reconociendo los diversos hilos que se encuentran tejidos en ese comienzo, valiéndose de la historia, para así poder regresar al presente e interpretarlo de una manera diferente. (Bedoya, 2013) (Vidal, 2003)

Por esto, el método genealógico consiste en un análisis minucioso y paciente de documentos en búsqueda de verdades sin apariencias, esto requiere encontrar la irrupción de acontecimientos, los cambios en las prácticas, las rupturas o discontinuidades de las mismas por lo que se debe estar atento a los desplazamientos, formaciones discursivas, transformaciones conceptuales y en las prácticas cotidianas, entre otras, haciendo uso de la historia, de una manera más bien circular y discontinua. (Obrero, 2011, pág. 82).

El método genealógico se desarrolló en tres fases: análisis de documentos, periodización, y constitución del campo (Álvarez, 2008)

#### **Análisis de documentos.**

Teniendo en cuenta el objetivo planteado respecto a la medicalización de la vejez, la orientación para la búsqueda de los documentos escritos se canalizó en tres caracteres: 1) historia; que incluyó historia de la medicina, historia social y política de Colombia e historia de la vejez en Colombia, 2) Seguridad social y 3) Asistencia social.

Los documentos encontrados inicialmente arrojaron una información importante en relación con acontecimientos y prácticas que fueron trazando unas sendas por donde continuar dirigiendo la búsqueda, ampliando el rastreo hacia otros aspectos como; modernización y desarrollo industrial en Colombia, acontecimientos y tendencias internacionales y nacionales, familia y vejez y conformación de Estado-nación entre otros. (Anexo: Fuentes secundarias)

Dentro de los hallazgos se reconocieron desplazamientos, formaciones discursivas, transformaciones conceptuales, que permitieron luego plantear una periodización, el rastreo se continuo a lo largo de todo el proceso investigativo, hasta alcanzar una buena información que permitió una cierta saturación discursiva, es decir hasta que otros documentos consultados no derivaron nuevos enunciados en relación con objetivo propuesto. (Anexo: Procesos discursivos)

### **Periodización**

El rastreo de los documentos, junto con el reconocimientos de sus procesos discursivos y sus prácticas permitió ir develando cada vez con mayor precisión, algunos momentos claves en los que se identificaron variaciones, transformaciones o desplazamientos de racionalidades alrededor de las formas de gobierno y medicalización de las personas ancianas. Se identificaron así tres momentos en donde se puede ubicar con más claridad el desarrollo de la medicalización y su relación con el tratamiento del envejecimiento y la vejez, es de aclarar que la ubicación temporal no implica un análisis histórico exhaustivo :

Un primer momento de emergencia y comienzo del proceso de medicalización, que se ubica a inicios del siglo XX y hasta 1970 caracterizado por tres formas de medicalización: de los pobres, los trabajadores y la familia.

Un segundo momento caracterizado por la incorporación de la población anciana dentro de un proceso de medicalización de la vejez propiamente dicho, que se ubica entre los inicios de la década del 70 hasta 1990

Y un tercer momento de reajuste y búsqueda de nuevas estrategias en el proceso de medicalización de la vejez que empieza en 1991 hasta la actualidad.

### **Construcción del campo gubernamental**

Las fuentes escritas constituyeron un punto de referencia, teniendo en cuenta los caminos recorridos ya por los autores, que hizo posible ir encontrando conexiones, contrastes, debates que hay en juego, discursos, prácticas para empezar a deconstruir,

construir y reconstruir un tejido que fue confluyendo en un momento fundacional de la medicalización de la vejez.

Una vez identificado el comienzo es posible la continuar con la construcción del campo gubernamental que hizo necesario la integración de los métodos genealógico y biográfico, dada la relevancia que proporciona la oralidad en nuestro contexto colombiano, con el fin de identificar la manera como está estructurada la red que constituye el dispositivo gubernamental de envejecimiento y vejez en Colombia.

Por ello en esta fase se conjugan los resultados obtenidos hasta el momento en el método genealógico con el análisis exploratorio realizado dentro del método biográfico a los relatos de vida, en el cual se identificaron siete categorías inductivas que más adelante se presentan. Esta correlación entre lo encontrado en las fuentes escritas con lo narrado oralmente por los participantes del estudio permitió alcanzar una mejor comprensión de la estructuración de la red que estructura el dispositivo gubernamental y los modos de subjetivación que busca reproducir.

### **1.6.2 El método biográfico, los relatos de vida como instrumento.**

El método biográfico está encaminado a generar versiones alternativas de la historia social a partir de la reconstrucción de las experiencias personales que permiten, por un lado transcribir la cotidianidad en palabras, gestos, símbolos, anécdotas, relatos singulares y por otro reflejar la interacción continua entre la historia personal y la historia social. De este modo, el método biográfico es una herramienta fundamental para el conocimiento de los hechos sociales, el análisis de los procesos de integración cultural y el estudio de los sucesos presentes en la formación de identidades. (Puyana & Barreto, 1994, págs. 185-187)

El relato de vida hace referencia a la narración de una vida o parte de ella tal como la cuenta la persona que la ha vivido (Bertaux, 1999) (Cornejo, Mendoza, & Rojas, 2008) De ahí, que una de las potencialidades de los relatos de vida es la riqueza y profundidad de la información que se puede obtener. (Sanz, 2005)

El proceso seguido dentro de este método biográfico inició con la construcción del campo de investigación, seguido por el trabajo de campo y recolección de los relatos de vida, luego el análisis de la información, el cual se subdividió en dos momentos, el primero donde se identifican las categorías inductivas y un segundo momento donde se emplearon como estrategias metodológicas biográficas las trayectorias de cuidado y las políticas de vida. Este segundo momento de análisis de la información permitió responder al tercer y cuarto objetivo de la investigación.

### **El campo de investigación**

El campo de investigación conjuga el ambiente físico, los actores y las actividades o técnicas empleadas para la obtención de la información.

El ambiente físico se ubica en la zona urbana de la ciudad de Bogotá, con sus diferentes localidades. Se eligió la zona urbana teniendo en cuenta que los procesos de modernización que ha vivido el país básicamente han contemplado la ciudad y es aquí donde se han generado la mayoría de transformaciones y dinámicas sociales, culturales, políticas, económicas que han afectado al resto del país. Del mismo modo, la mayor parte de la población anciana se concentra en las ciudades principalmente en Bogotá, según la Encuesta Salud Bienestar y envejecimiento (SABE) el 78.1% de la población anciana vive en las zona urbana.

En este sentido, las personas ancianas participantes del estudio son habitantes de Bogotá y de acuerdo a los objetivos del estudio se hace necesario que hayan vivido por varios años aquí de manera que puedan hablar sobre sus experiencias en relación a las transformaciones y dinámicas acontecidas en esta ciudad.

De esta manera los participantes del estudio fueron 15 personas 9 mujeres y 6 hombres. cuya caracterización se presenta en la siguiente tabla 1-2

**Tabla 1-2: Caracterización de los participantes del estudio**

PERSONA ANCIANA	GÉNERO	EDAD	ESTADO CIVIL	NIVEL EDUCATIVO	LOCALIDAD	PROCEDENCIA	ESTRATO SOCIO-ECONÓMICO	PENSIÓN
Arsenio	Hombre	85	Viudo	Bachillerato	Suba	Firavitoba, Boyacá	cuatro	Sí,

Consuelo	Mujer	66	Soltera	Universitaria	Teusaquillo	Bogotá	cuatro	Sí
Chepe	Hombre	74	Casado	74	Engativá	Tunía , Cauca	tres	Sí
Teresa	Mujer	59	Soltera	Técnica	Engativá	Manta, Cundinamarca	tres	No. Cuidadora.
Edilma	Mujer	81	Casada	Universitaria	Suba	Calarcá, Quindío	cuatro	Sí
Lucy	Mujer	65	Casada	Primaria	Engativá	Bogotá	tres	No. Cuidadora
Elvira	Mujer	94	Viuda	Bachillerato	Engativá	Bogotá	tres	Sí, pensión del esposo
Emigdio	Hombre	79	Casado	Primaria	Engativá	Gama, Cundinamarca	tres	Sí
Beatriz	Mujer	84	Viuda	Bachillerato	Engativá	Quindío	Tres	Sí
Salomón	Hombre	56	soltero	Universidad	Engativá	Bogotá	Tres	No
Hugo	Hombre	75	casado	Técnico	Engativá	Bogotá	tres	Sí
Margarita	Mujer	58	viuda	Primero de primaria	Engativá	Victoria, Caldas	dos	No
María	Mujer	91	viuda	Primaria	Mártires	Choachí, Cundinamarca	dos	No
Paula	Mujer	86	viuda	No tuvo estudio	Suba	Chiquinquirá, Boyacá	Tres	No
Eduardo	Hombre	71	casado	Técnico	Suba	Bogotá	Tres	Sí

Nueve de las personas participantes son procedentes de otras regiones del país: tres hombres de zonas rurales de Boyacá, Cauca y Cundinamarca, 6 mujeres de zonas como el Quindío, Caldas, Cundinamarca y Boyacá y los 6 participantes restantes nacieron en Bogotá.

Hay 6 personas que no reciben pensión y los 9 restantes sí reciben, de éstas últimas, 7 estuvieron vinculadas en entidades públicas. Las 5 mujeres que no están pensionadas dependen de los hijos o el esposo y hay una que está haciendo los trámites para la pensión.

De acuerdo al nivel educativo, se identificó una mujer que no tuvo acceso a estudio, otra con primaria incompleta. Entre los hombres el menor nivel alcanzado fue la primaria, con nivel universitario se encuentran dos hombres y dos mujeres.

### **Criterios de inclusión**

- Personas con capacidad de comunicación oral y memoria que estuvieron dispuestas a hablar voluntariamente de sus vidas.
- Personas que convivan con sus familias o tengan una relación cercana con éstas.
- Personas ancianas hombres y mujeres habitantes de la ciudad de Bogotá D.E. de diferentes localidades, de los estratos socioeconómicos 2(bajo), 3(medio-bajo) y 4 (medio)

### **Criterios de exclusión**

- Personas ancianas habitantes de Bogotá por un tiempo inferior a 10 años.
- Personas ancianas con dificultades de memoria o para comunicarse.

### **Actividades o técnicas empleadas.**

De manera complementaria para la recolección de la información se empleó:

Observación participante que era consignada en un diario de campo (Anexo: diario de campo) y el relato de vida mediante conversación libre y de amistad, la cual fue guiada en algunos momentos por una entrevista semiestructurada (Anexo: entrevista) que permitía reorientar la conversación o profundizar sobre algún aspecto en particular. Para la elaboración de las preguntas se tuvieron en cuenta las categorías de análisis de dispositivo gubernamental, medicalización y subjetivación.

Así mismo, algunos de los participantes quisieron compartir otros registros como fotos, escritos realizados por ellos o recortes de periódico, estos documentos además que acompañaron y ampliaron el relato que hacían, mostraba la validez de la información obtenida, permitiendo un cuerpo más abundante de información.

El haber utilizado dos métodos permitió hacer triangulación metodológica corroborando la información, así mismo fue posible hacer triangulación de datos obtenidos por diferentes informantes en distintos momentos, permitiendo tener una mayor comprensión del fenómeno estudiado.

El muestreo empleado fue en cadena o bola de nieve (Quintana, 2006). Se contactaron inicialmente dos personas ancianas de la localidad de Engativá con quienes ya se había trabajado en una práctica con estudiantes de enfermería en salud pública de la Universidad Nacional, quienes voluntariamente aceptaron participar del estudio; ellos nos refirieron a otras tres personas que quisieron participar voluntariamente, y luego estas personas también nos remitieron a otras personas conocidas que estuvieron dispuestas a participar del estudio. La saturación se alcanzó con 13 entrevistas, al realizar las otras dos restantes no aparecieron nuevos elementos que aportaran a la información ya recogida.

### **Trabajo de campo y recolección de la información**

Una vez se contactó personalmente a cada persona anciana se les informó sobre la investigación a realizar y se les entregó el consentimiento informado. Se fijó la fecha y hora para la realización de la primera entrevista, una vez se realizaba una entrevista se transcribía textualmente y era presentada a cada participante con el fin de confirmar y verificar la información que estaba consignada, con siete personas se acordó otra fecha para una segunda entrevista complementaria y hubo la necesidad con una mujer de acordar un tercer encuentro. Con siete personas se realizó una segunda entrevista y con otra se realizaron tres. Las entrevistas fueron transcritas en su totalidad conservando literalmente lo narrado por cada uno de los participantes, una vez fueron validadas y verificadas por cada anciano o anciana se construyó con cada uno su historia de vida y de cuidado la cual fue entregada a cada participante. En total se realizaron 24 entrevistas, con un tiempo promedio por entrevista de 2,5 horas. Para la transcripción de las entrevistas se empleó en promedio 7 horas por entrevista.

Los relatos de vida cumplieron varias funciones, (Bertaux, 1999) una función exploratoria que permitió la identificación de categorías inductivas que afloraron los ejes centrales del relato las cuales en conjunto con los hallazgos del método genealógico permitieron identificar el dispositivo gubernamental de envejecimiento y vejez, como se mencionó anteriormente. Una función analítica que empleó para el análisis las trayectorias de cuidado y las políticas de vida de las personas ancianas y permitió por un lado, establecer en las trayectorias de vida las relaciones de poder y las formas de resistencia (tercer objetivo); por otro lado, mediante el análisis de las políticas de vida, se

comprendieron los modos de subjetivación que han ido construyendo algunas personas ancianas a partir de un gobierno de sí (cuarto objetivo). Finalmente, a través de una función de síntesis, se recogieron las premisas planteadas en los relatos de vida que se constituyeron en fundamento para la elaboración de una propuesta de política para la vida de las personas ancianas.

Dentro de la función exploratoria el relato de vida como fuente para investigar la realidad alcanzar una mejor comprensión del entramado que la constituye, en primer lugar se analizó cada uno de los relatos identificando las partes de los relatos más significativas y temas generales, luego éstos se fueron relacionando de acuerdo al género, los relatos de las mujeres, los relatos de los hombres y posteriormente de manera conjunta todos los 15 relatos. Dentro del análisis realizado se buscaron semejanzas, diferencias, contrastes, tendencias dominantes o las menos comunes, los cuales permitieron ir estructurando la información recogida, primero por núcleos de significado, es decir la transcripción de los párrafos con sentido y coherencia más relevantes de la totalidad de los relatos de vida. En segundo lugar, los núcleos de significado se agruparon en función de su contenido lo cual facilitó la conformación de unidades compactas y manejables, las que se fueron reagrupando para alcanzar un mayor poder explicativo que se pudiera concretar en categorías, finalmente se identificaron las categorías que definen los conceptos o ideas centrales que aparecieron en los relatos de vida y que se explican de acuerdo a sus propiedades o dimensiones. ( Anexo: Proceso de categorización)

Las categorías identificadas fueron: 1) la familia y sus legados. 2) la escuela y su finalidad. 3) la centralidad del trabajo 4) la religiosidad 5) la cuestión social 6) la intervención del Estado. 7) Medicalización de la vida.

En la función analítica de los relatos de vida, la trayectoria de cuidado aparece como una forma de investigar la realidad vivida por la persona anciana a través de la identificación de momentos, o acontecimientos claves que fueron significativos a lo largo de su vida, en los que se buscó reconocer las relaciones de poder, tensiones, respuestas o resistencias a los mismos. Así mismo, a lo largo del relato fue posible identificar una frase que reúne o refleja la esencia particular y significado para la persona de su trayectoria de vida. A esta frase u oración se le ha denominado Tono vital (Meihy, 1996)

De este modo las trayectorias de vida fueron analizadas a partir de 4 elementos 1) significados de vida, ser humano y cuidado de la vida para las personas ancianas. 2) relaciones de poder/gobierno y respuestas o resistencias identificados 3) reconocimiento de los modos de subjetivación y clasificación por tipos de trayectorias.

Así mismo, las políticas de vida como forma de gobierno alternativa a dispositivos gubernamentales, permite reconocer la resistencia como línea de fuga y la construcción de subjetividades a partir de un proceso de cuidado de sí. De este modo, las políticas de vida fueron analizadas en dos momentos. El primero mediante un reconocimiento de las formas de resistencia como líneas de fuga a lo largo de la vida y el proceso de cuidado de sí como eje fundamental de equipamiento de las políticas de vida. En el segundo momento se estableció una relación entre verdad, vejez y subjetivación a partir de los hallazgos encontrados en los relatos de vida con el fin de determinar desplazamientos respecto a los marcos de pensamiento ya establecidos con el fin de recoger las premisas que sirvieran de soporte para elaborar una propuesta de política para la vida.

La función de síntesis de los relatos de vida , permitió reunir los resultados de los análisis realizados tanto del método genealógico como del método biográfico con el fin de elaborar una propuesta de política para la vida de las personas ancianas como alternativa y en contraste a la biopolítica como poder sobre la vida.

## **2. Aproximación genealógica a la medicalización del envejecimiento y vejez en Colombia**

El gobierno tiene el deber de conocer esos mecanismos en su naturaleza íntima y compleja, y una vez que los conoce, debe, claro está, comprometerse a respetarlos..., respetarlos querrá decir, sencillamente, que va a armar su política con un conocimiento previo, continuo, claro y distinto de lo que sucede en la sociedad, lo que pasa en el mercado, lo que pasa en los circuitos económicos, de modo que la limitación de su poder no provendrá del respeto por la libertad de los individuos, sino simplemente de la evidencia del análisis económico que el gobierno sabrá respetar” (Foucault, 2010: 82)

Lo que nos ocupa en este capítulo intenta responder a la pregunta sobre ¿cómo fue el comienzo en que el envejecimiento y vejez se incorporaron a un proceso de medicalización de la vida, con una medicina que se introdujo en el interior de las relaciones de mercado?.

El proceso de medicalización del envejecimiento y la vejez en Colombia en el siglo XX se enmarca en un modelo mundial de desarrollo capitalista. Este proceso está sustentado en la interacción de tres ejes: el desarrollo de la industrialización, la construcción de Estado nación y el viraje de la higiene pública a la órbita de la economía y salud pública norteamericana.

Después de la guerra de los mil días (1899-1902) entre liberales y conservadores que había dejado un país devastado y fragmentado más vulnerable a la intervención extranjera, con una economía y un poder del Estado debilitados, se sumó la separación de Panamá (1903) con la intervención de los Estados Unidos en donde Colombia tenían muchas de las esperanzas financieras con la administración del canal. (Quevedo, y otros, 2004)

A pesar del distanciamiento y la tensión con los Estados Unidos, el sector empresarial constituido por estructuras precapitalistas insuficientes que solo favorecían a una parte de las clases dirigentes, mientras que la población se sumía en el desempleo y moría por enfermedades endémicas, comenzó a opinar sobre el país que quería y la necesidad de restablecer las relaciones con los Estados Unidos (Hernández & Obregón, 2002) Así mismo, la inversión en la industria fue vista por la burguesía negociante, constituida en su mayoría por hacendados que poseían un capital económico y social de origen patrimonial, como una oportunidad de obtener beneficios a corto y a mediano plazo. (León, 2002, pág. 86)

De este modo en 1904, el General Rafael Reyes Presidente de la república (1904-1909) buscó construir un Estado que respondiera a las exigencias del mercado internacional para lo cual solicitó ayuda por una parte a la elite de los banqueros, comerciantes y terratenientes modernizantes y por otra al capital extranjero. En su gobierno estimuló a la inversión extranjera directa, promulgó leyes para industrias como la textil y la azucarera, inició la operación de las refinerías de petróleo, e inauguró fábricas de alimentos, vidrio y papel. Logró consolidar la industria local de textiles, alimentos y cerveza, sin embargo, el desarrollo de la economía cafetera se destacó sobre este intento de industrialización, debido a que los Estado Unidos encontraron en el café la posibilidad de aumentar la productividad y las ganancias en las empresas al ser bebida estimulante que mantenía al trabajador activo. (Quevedo, y otros, 2004, pág. 133)

Es así como, el país ingresa a un proceso modernizador que crea las condiciones para el desarrollo de un capitalismo dependiente, bajo una concepción liberal de desarrollo. Así mismo el desarrollo industrial iniciado a principios del siglo XX fue estimulado como una respuesta para frenar el impacto de la crisis económica mundial generada por la primera guerra mundial(1914-1918) y la crisis económica de 1929 en los Estados Unidos.

Los partidos políticos del momento liberales y conservadores coincidieron en la necesidad de insertar al país en el mercado internacional exportando un producto clave que fue el café. Sin embargo, este acuerdo en relación con las políticas económicas no implicó un acuerdo en sus principios filosóficos . (Quevedo, y otros, 2004, pág. 129)

De este modo, en los primeros años, la economía estuvo centrada en el sector primario especialmente la cafetera, caracterizada por una alta concentración de la tierra y de los medios de producción, con una baja productividad, excepto en la región de Antioquía, lo cual no favoreció el desarrollo de la industria y en muchos casos se opuso a ésta. La poca articulación del sector agroindustrial, la industrialización y el mercado mundial hizo difíciles las condiciones para la inversión productiva, pero en cambio, permitió el surgimiento del capitalismo familiar o de clase, ante la débil capacidad del Estado para generar el desarrollo capitalista. Y fueron estos capitalistas los que en los años 40 se convirtieron en la clase burguesa industrial atraídos por las nuevas oportunidades de ganancia que la industrialización había generado en los países capitalistas y en algunos países latinoamericanos que ya habían iniciado su proceso de industrialización y modernización. (León, 2002, pág. 86)

Por su lado, en el Estado con una dependencia del exterior, predominó un poder concentrado en minorías de grupos regionalistas, nacionales y extranjeros, con una marcada estratificación clasista. Muchas de las políticas económicas y sociales fueron ajustadas por los intereses de una burguesía agroexportadora que a su vez estaban ligados a los intereses de la burguesía comercial norteamericana. Por eso, su concepción de desarrollo estuvo determinada por el crecimiento hacia fuera y la presión de los Estados Unidos. (Quevedo, y otros, 2004, pág. 130)

De modo que, el Estado se fue construyendo de acuerdo a los intereses de la oligarquía, compatibles con el liberalismo económico que dieron un poder especial al Ejecutivo y un poder débil al legislativo<sup>8</sup>. (Quevedo, y otros, 2004, pág. 130) Así pues, como lo plantea Leal, hubo una subordinación estructural y a largo plazo, del desarrollo político con respecto al económico, es decir, una acomodación de las relaciones políticas a los objetivos de acumulación capitalista. (Leal, 1996)

---

<sup>8</sup> Poder Ejecutivo ligado a un proyecto de gobierno. Poder legislativo en función de un sistema político como un conjunto de fuerzas organizadas que pretender afectar deliberadamente el sentido de las acciones de otros actores sociales o de la sociedad en la que se encuentra. (Hernandez.2015, P 30)

Por otra parte, Castro-Gómez, (2008) plantea que una característica propia de este momento histórico en relación con los proyectos modernizadores fue la construcción de lo nacional no sólo con un propósito de lograr una unidad política y cultural sino como una estrategia de jerarquización de las diferencias entre los grupos poblacionales, generando tensiones y luchas identitarias en las que se entrecruzó, lo racial, lo regional, lo cultural o lo étnico. Apareció así la configuración de la blancura, como una práctica discursiva de distinción y definición desde donde se construyeron las hegemonías políticas. (Castro Gómez, 2008, pág. 12)

El Estado de la civilización considerado como el más avanzado de la humanidad, expresado en los avances científicos, tecnológicos y políticos de la modernidad occidental era el de los pueblos europeos y en Estados Unidos de ahí que las razas blancas serían la cúspide de la pirámide racial, considerada la raza superior frente a las demás razas. (Quevedo, y otros, 2004, pág. 147)

La sociedad empieza a organizarse siguiendo un sistema de clases por un lado una clase burguesa local y por otro una clase proletarizada. Sin embargo, a través de los imaginarios sociales del capitalismo que generaban la ilusión de un paraíso posible en la tierra mediante la industrialización y la tecnología, las personas empiezan a identificarse con un estilo de vida capitalista que va formando en ellos modos de actuar y de ser que hacen posible que el capitalismo se convierta en la forma hegemónica de la producción. (Castro Gómez, 2008, pág. 19)

### Figura 2-1: Estilo de vida



(Foto tomada y cedida por anciana participante del estudio)

Además, “El mensaje básico de estos imaginarios era que el capitalismo industrial haría posible que la ciencia y la tecnología domesticaran para siempre las contingencias de la naturaleza y construyeran un mundo ya no de productores sino de consumidores, en el que el hombre podría disfrutar sin límites de los placeres ofrecidos por el mercado.” (Castro Gómez, 2008, pág. 16), aunque nada de eso fue real, estos imaginarios si afectaron a la personas, produciendo efectos de verdad.

En este sentido, como lo afirma Castro, el Estado-nación se formó como un proceso de colonialismo interno de apropiación y gestión biopolítica de la población y el territorio que tuvo como elementos centrales en las prácticas de gobierno la formación de una elite tecnocrática y el conocimiento científico sobre la población y el territorio. Los médicos los economistas y los ingenieros se convierten entonces en los consejeros de los políticos para hacer realidad el sueño de una sociedad organizada. (Castro Gómez, 2008, pág. 12)

De esta manera Castro, plantea que la construcción de la nación fue un ejercicio narrativo y político que permitió la definición de estructuras de poder que articularon relaciones desiguales entre los pueblos y regiones, así como de éstos y los centros de poder del Estado. (Castro Gómez, 2008, págs. 22-23)

La economía cafetera impulsó la construcción de vías de transporte, ferrocarriles, que llevó a que se presentara movilidad de la población y desplazamiento a regiones cálidas donde se construían los ferrocarriles y los caminos dado origen a nuevos patrones epidemiológicos debido a la aparición de nuevas enfermedades propias de los climas cálidos, (fiebre amarilla, cólera, peste bubónica, viruela, entre otras) y el modelo agroexportador solo se desarrollaría si garantizaba la salud de los trabajadores y el control de las epidemias. (Quevedo, y otros, 2004, págs. 137-138)

Por consiguiente, la inserción en el mercado internacional con un modelo agroexportador de economía hacia fuera exigía una buena salud de los trabajadores locales, con el fin de evitar la propagación de epidemias. Esto implicaba una salud que mirara hacia fuera bajo la presión norteamericana y otra que mirara hacia adentro la salud de los pobladores locales. Lo cual se tradujo en un viraje de una higiene pública orientada por la economía

y la higiene pública europea a una economía y la salud pública norteamericana. (Quevedo, y otros, 2004, pág. 137)

En esta medida los ideales del progreso y la civilización manejados desde la burguesía local, se asociaron al desarrollo de la higiene ,porque las necesidades del desarrollo productivo exigían una población sana. (Quevedo, y otros, 2004, pág. 138)

Si bien los médicos continuaron fieles a los lineamientos franceses de la medicina anatomoclínica y la percepción de la higiene de origen francés aunque bacteriologizada, tuvieron una conciencia más fuerte de la necesidad que las instituciones encargadas de la higiene pública adquirieran más poder de acción y un mejor presupuesto para su funcionamiento. (Quevedo, y otros, 2004, pág. 138)

Así, en 1913 los médicos con una concepción modernizante proponen al legislativo la creación de un cuerpo con más capacidad de acción, que fue llamado el Consejo Superior de Sanidad que en 1914 vuelve a tomar el nombre de Junta Central de Higiene pero esta vez con instrumentos jurídicos para la dirección, reglamentación y vigilancia de la higiene pública. (Hernández, La salud fragmentada en Colombia 1910-1946, 2015, págs. 46-47)

El enfoque biomédico a partir de ahí, fue un enfoque norteamericano (Flexnesiano) orientado hacia la investigación científica y biomédica con énfasis en estadística, epidemiología, bacteriología, para manejar los conocimientos , métodos y técnicas de las ciencias básicas y de la epidemiología para realizar un buen diagnóstico de los agentes causantes de enfermedades, la distribución de la enfermedad , proponer mecanismos de control pero de otra parte con énfasis administrativo para planear, dirigir y poner en marcha campañas para la erradicación de enfermedades y administrar oficinas y departamentos como por ejemplo el de la uncinariasis (Quevedo, y otros, 2004, pág. 149)

De esta manera, 1)el proceso de modernización y desarrollo económico, 2) el proceso de conformación y consolidación del Estado nación y 3) el desarrollo de la salud pública, se fueron entretejiendo, para dar comienzo a la compleja red de medicalización del envejecimiento y vejez que existe hoy en Colombia.

Para efectos de análisis se establecieron tres periodos tres periodos caracterizados de acuerdo a la manera en que implícita o explícitamente las personas ancianas se han ido gobernado. El primer periodo se ubica entre inicios del siglo XX hasta 1970, el segundo entre los inicios de los años 70 hasta 1990 y el tercer periodo entre 1991 hasta la actualidad.

## **2.1 Primer período inicios del siglo XX hasta 1979: viraje de la higiene pública a la salud pública y la medicina preventiva**

Es un período de transformaciones que inicia en los primeros años del siglo XX con un proceso de crecimiento de la ciudad, desarrollo incipiente de la industrialización y viraje de una higiene pública a una salud pública de influencia norteamericana. Se presentan tres momentos de medicalización que no son lineales sino simultáneos e interdependientes producto de las dinámicas económicas, políticas, sociales que se viven en este período histórico.

### **Crecimiento de la ciudad**

Después de la primera guerra mundial los gobiernos latinoamericanos encontraron en Estados Unidos un proveedor de recursos financieros para desarrollar sus proyectos modernizadores en términos de infraestructura y servicios. En Colombia se constituyó en el principal comprador de productos como el café y en el primer inversionista de capital en la explotación de petróleo, el cultivo del banano y los transportes. (Hernández & Obregón, 2002)

La depresión económica de los años 1929 a 1932 en Estados Unidos hizo surgir una ideología de liberalismo reformista que dió inicio a un proceso de reorganización mundial que indujo a los países latinoamericanos a fortalecer sus estructuras estatales y desarrollar proyectos modernizadores. (Hernández & Obregón, 2002)

Ya desde 1890, Estados Unidos había promovido la realización de conferencias internacionales de los Estados Americanos. En la segunda Conferencia realizada en 1901 surgió la idea de citar a reuniones periódicas a los representantes de sanidad de estos países con el fin de asegurar su cooperación para mantener activo el comercio con un riesgo mínimo de difusión de enfermedades, especialmente hacia el territorio de los Estados Unidos. (Hernández & Obregón, 2002)

De acuerdo con los planteamientos hechos en estas conferencias se diseñaron formas organizativas que recayeron en el ámbito de la salud con la implementación del modelo higienista. Se crea de esta forma, en 1902 la Oficina Sanitaria Internacional (OSI), que luego en 1958 tomaría el nombre de Organización Panamericana de la Salud, (OPS), y que fue la encargada de encaminar la ampliación del intercambio en las Américas bajo consignas civilizatorias, modernizantes e higienistas. (Hernández & Obregón, 2002)

En las primeras décadas del siglo XX un porcentaje alto de la población estaba concentrado en la zona rural efectuando actividades agrícolas pero luego se fue dando inicio a una paulatina migración hacia las ciudades en busca de mejores condiciones de vida. En las ciudades se aumentó el número de trabajadores en las fábricas, en la construcción y en el sector terciario, aparecieron nuevas posibilidades de diversión que las hacía más atractivas, como cafés, tabernas, chicherías, prostíbulos, así como, clubes y espacios de sociabilidad para minorías más selectas. (Arias, 2013)

Entre 1905 a 1927 la ciudad de Bogotá creció 3,6% veces en su tamaño, la población se duplicó. Se intensificó la actividad constructora a través de crédito externo, se cambiaron algunas edificaciones viejas por otras modernas, sin embargo, proliferaban urbanizaciones carentes de servicios y lugares públicos como hoteles, caballerizas, expendios de carne, chicherías, con condiciones de aseo muy deficientes que no cumplían con las medidas de control establecidas. (Arias, 2013)

Las habitaciones que ocupaban los obreros y sus familias eran piezas ubicadas en inquilinatos carentes de luz, agua y muebles, con un solo inodoro y una pluma de agua para todas las familias que vivían en la casa. Algunas habitaciones servían de vivienda y de taller de trabajo. (Arévalo, 2009)

El analfabetismo superaba el 75%, sólo uno de cada 6 niños iba a la escuela, uno de cada 50 jóvenes terminaba secundaria y uno de 200 terminaba la formación universitaria. (Arias, 2013). Y es de señalar aquí el papel que la escuela tuvo dentro de las tecnologías disciplinarias, como institución estratégica para la formación en las mentes de los estudiantes de un código moral de higiene.

La mortalidad infantil alcanzaba cifras alarmantes en Bogotá: en 1904 llegó a representar el 52% de la mortalidad general y en 1922 el 40%, situación que se atribuía a las condiciones de higiene lamentables y a la alta tasa de niños de madres solteras que vivían en condiciones de desamparo. La tasa de mortalidad general en Bogotá llegaba a 24,5 por mil habitantes. (Gomez, y otros, 2011)

Debido a la precaria salud en esta época era difícil que las personas tuvieran una larga existencia: la esperanza de vida en 1938 era de 36 años para hombres y 37,2 para mujeres. La población de ancianos era escasa, correspondía aproximadamente a 3% del total de la población (Banguero & Castellar, 1991)

En los primeros años del siglo XX los médicos hacían parte de las familias ricas, la mayoría se había formado en Europa, compartían con los higienistas la idea del progreso y el papel de la ciencia para alcanzarlo. Con frecuencia lograban incidir en el nombramiento de los ministros en su interés. (Hernández, 2015, pág. 58)

La formación recibida en Europa, especialmente en Francia con un modelo de interpretación sobre lo sano y lo enfermo donde la salud y la enfermedad eran los polos de una totalidad que era la biología, los convencía que eran portadores de la verdad. Esta formación moldeó sus mentalidades trascendiendo el biologicismo a lo social por lo que se hicieron defensores de la eugenesia. (Hernández, 2015, pág. 62)

De este modo, el discurso higienista se nutrió además de las tendencias que intelectuales y políticos formados en Europa traían sobre el perfeccionamiento racial como una posible respuesta dentro de las prácticas gubernamentales para mejorar las condiciones de la población, para la competencia, el equilibrio y la productividad, influyendo en sus prácticas. (Uribe, 2006, pág. 39)

El ejercicio privado de la medicina se fue instalando como respuesta a la salud de ricos y pobres sin objeción del Estado (Hernández, 2015, pág. 64) De ahí que, la atención en salud era proporcionada de tres formas, la práctica de médicos profesionales para los que podían pagar, la beneficencia privada administrada por la iglesia y las prácticas médicas populares. Estas dos últimas correspondían a los pobres que constituían la mayoría de la población. Con la atención de caridad y la beneficencia se brindaba alojamiento y comida así como, algunos servicios de salud y bien morir a las personas pobres, ancianos y a los enfermos mentales. (Hernández, 2000, pág. 12)

Se formó un grupo de médicos higienistas que ocuparon los aparatos del Estado, alcanzado un reconocimiento social y político. Ellos se encargaron de la transformación de las políticas de salud en el país, lo que permitió que el discurso higienista se fuera instalando en el comportamiento de las personas, constituyéndose en el modelo hegemónico. (Gomez, y otros, 2011)

Es así como lo refiere (Uribe, 2006, pág. 40) “El discurso médico influenció todas las esferas, se le relacionaba con el desarrollo socioeconómico y la civilización; además logró gran aceptación entre diversas élites, en tanto no constituía rupturas importantes con el discurso eclesiástico. Los manuales de higiene, educación sanitaria y pedagogía doméstica ya no estaban solo en los ámbitos familiares, sino que también pasaron a ser parte del discurso público”.

De otro lado, la higiene aumentó su capacidad de acción y ofreció servicios de atención médica a cargo del Estado, lo que aumentó la tensión con el sector privado y la beneficencia. Siguiendo una tendencia mundial de integración de las diversas formas de atención en salud se buscó la integración de la política laboral y la salud con la creación en 1938 del Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social pero fracasó y se produjo lo que Hernández, llamó la fractura originaria de la organización de los servicios de salud, que es lo que ha caracterizado al sistema de salud colombiano hasta ahora. (Hernández, 2000, pág. 8)

Los higienistas fuertemente influenciados por los científicos extranjeros se fueron distanciando del resto de los burócratas convencidos que estaban fuera de los vicios de la política y que su papel en el Estado era de un cuerpo técnico, con poder de decisión y

acción, hasta crear el Ministerio de Higiene como cartera independiente (Hernández, 2015 p 68)

En los años 50 se inicia una serie de reformas en las facultades de medicina del país que abrieron paso a la creación de cátedras de medicina preventiva y salud pública en remplazo de las cátedras de higiene que luego fue a incidir en las formas de organización y desarrollo de la salud pública. (Yepes. 1990. P 56)

Por otra parte, uno de los cambios vividos durante este período fue en el plano demográfico. La población creció en el periodo 1938 a 1951 una tasa promedio anual de 2.2%, con una aceleración del crecimiento en el periodo de 1951 a 1964; esto debido, por un lado, a una tasa bruta de natalidad ligeramente creciente pasando de 42 por mil en 1938 a 44 por mil en 1951, que permaneció alta hasta 1964; y por otro lado, por una tasa decreciente de mortalidad, la cual bajó del 22 por mil en 1938 a 20 en 1951, (Carmona, 2005)

**Tabla 2-1: Población y parámetros demográficos básicos, Colombia 1905-2005**

AÑO	POBLACION	TASA DE CRECIMIENTO TOTAL	TASA BRUTA DE NATALIDAD	TASA BRUTA DE MORTALIDAD	ESPERANZA DE VIDA MASCULINA	TASA DE MOTALIDAD INFANTIL	MIGRACION CAMPO CIUDAD.	% DE POBLACION URBANA
1905	4.737.588							
1912	5.386.503	19,10	42,51	23,41				
1918	6.120.049	19,31	42,80	23,49				
1938	8.701.816	20,01	42,83	22,82	40,0	212,9		29,1
1951	11.548.172	24,10	44,10	20,00	45,5	123,3	12,0	38,7
1964	17.484.508	29,80	45,47	13,17	53,2	85,5	22,0	52,0
1973	22.862.118	28,55	41,07	9,88	58,6	66,9	30,0	59,3
1985	30.062.200	23,32	32,64	7,41	63,1	53,3	15,0	65,3
1990	33.321.758	21,17	27,51	6,34	64,7	46,5	12,3	69,1
1995	36.565.466	20,20	25,70	7,10	65,3	44,3	12,0	69,9
2000	39.762.707	18,10	23,60	7,40	66,0	40,5	10,0	71,7
2005	42.887.162	16,20	22,10	7,80	66,6	37,0	8,0	73,2
2010	45.916.802	14,60	20,50	8,30	67,0	34,0	7,0	74,5
2015	48.834.013	13,00	19,40	8,90	67,4	30,9	7,0	75,7
2020	51.625.191	11,70	18,50	9,60	67,7	28,3	5,5	76,6
2025	54.280.617	10,40	17,60	10,30	67,9	25,8	5,0	77,5

(Tasas por mil) fuente: Banguero.1991

De igual forma se destaca cómo la población urbana fue aumentando, llegando en 1951 a un 38%. Dadas las condiciones de abandono y pobreza que se vivían en las zonas rurales, si las personas no se articulaban a alguna de las economías exportadoras de café, banano, etc., había desempleo, bajos ingresos y gran marginalidad. Su base era por lo tanto una economía de simple subsistencia que llevaba a que las personas

buscaran en la ciudad una alternativa. Sin embargo, la ciudad no ofreció al anciano opciones, quedando totalmente desamparado.

La población anciana, para la década de los cincuenta representaba el 5% de la población; la esperanza de vida para 1950 era de 49 años para los hombres y 52.3 años para la mujer. En esta época los ancianos fueron considerados como sinónimo de pobre, enfermo y muerte.

### 2.1.1 La medicalización de los pobres

En las primeras décadas del siglo XX la atención a los ancianos era brindada por la familia debido a que era una sociedad organizada en familias extensas. En la zona rural, donde se encontraban la mayor parte de los ancianos, el anciano varón era respetado y necesario pues era quien hacía las veces de notario, juez y consejero, aclaraba los pleitos por límites de terrenos debido a que era el que tenía la memoria histórica, porque recordaba cómo se había realizado el negocio muchos años antes y casi siempre de palabra. En asuntos sociales, era quien decidía si un matrimonio era deseable o no. La mujer anciana era sumisa y repartía su tiempo entre el hogar, el cultivo de la tierra y el cuidado de los animales, solo descansaba con la muerte. (Ordoñez, Ochoa, & Paez, 1987)

#### Figura 2-2: La mujer anciana



(foto tomada y cedida por una de las participantes del estudio)

Sin embargo, en las ciudades cuando el anciano entraba dentro de la categoría de pobre y abandonado podía recibir asistencia por parte de la caridad o la beneficencia. Esta

categoría de pobre obedecía más a una diferenciación moral que social de acuerdo al comportamiento, es decir las personas que se consideraban como delincuentes, aunque fueran pobres no eran merecedores de la asistencia. (Hernández, 2015)

La caridad estaba más ligada a la Iglesia y al Partido Conservador y era valorada positivamente por lo que la practicaban personas que eran socialmente respetables. La beneficencia en cambio no aparece ligada ni condicionada a la Iglesia, era más un ejercicio de atención a los pobres como una virtud secular, un deber ciudadano y estatal de obligación social. (Castro B. , 2007)

La polémica entre la noción de caridad y beneficencia paso a ser un debate no sólo intelectual y doctrinario sino político, que produjo oposiciones y divisiones en torno a lo que se denominó lo social. Pero estos debates tendieron a desaparecer una vez se establecieron acuerdos entre el Estado y las órdenes religiosas, dado la inexperiencia del Estado y la experiencia de la Iglesia en el manejo, la administración y financiamiento de los lugares destinados a la atención de los pobres, lo que revitalizó la noción de la caridad. (Castro B. , 2007)

La Iglesia se encargó de la administración de las instituciones existentes, como hospitales, los asilos, los hospicios, la Colonia de Mendigos de Sibaté, los Lazaretos, entre otros. El Estado fundó o creó otros establecimientos para la atención de los pobres, y se comprometió con un programa de auxilios económicos pero no participó de la atención. (Castro B. , 2007)

Así mismo se crearon nuevos establecimientos por parte de sociedades privadas como la sociedad de San Vicente de Paul, o de personas particulares, como médicos, religiosos, mujeres, empresarios o autoridades políticas como complemento a los creados por el Estado. Esto permitió que en las ciudades principales creciera la capacidad de albergar a los pobres como una medida de higiene y medicalización de la pobreza.

El programa de ayuda de la Sociedad San Vicente de Paul en Bogotá y Medellín también ofrecía visitas domiciliarias a la población más necesitada con apoyos de donación de bonos a las familias seleccionadas, y programas para repartir comida, construcción de vivienda y bolsas de empleo. (Castro B. , 2007)

De otro lado, la influencia del discurso evolucionista en la higiene, dio en la asistencia pública un carácter médico, higiénico y pedagógico, que permitió la institucionalización de los pobres y enfermos como una medida para tratar las enfermedades de la raza. (Uribe, 2006)

Sin embargo, otro grupo de intelectuales que no creían en la degeneración sino más bien en la falta de políticas sociales adecuadas, plantearon la necesidad de trascender los aspectos biológicos e higiénicos hacia dimensiones históricas, sociales y políticas de los problemas sociales, que poco a poco fueron marcando otra forma de entender los problemas públicos. (Uribe, 2006)

Estos dos grupos entraron en el debate entre la caridad y la beneficencia planteando así cambios respecto de las estructuras tradicionales de la beneficencia buscando sentar las bases de una asistencia pública secular y moderna. (Castro B. , 2007)

Con la llegada al poder de los liberales los aires renovadores ganaron terreno en la construcción de las políticas sociales, es así como en 1936 con la reforma constitucional se empieza a ver a los pobres, obreros y campesinos como parte de un grupo poblacional que debía integrarse en los proyectos de modernización a través de políticas sociales incluyentes, y se proclamó la Asistencia Pública como una función del Estado. (Uribe, 2006)

De este modo como lo afirma Botero con la reforma constitucional se vive un proceso de acción política colectiva, resultado de los múltiples vínculos e interacciones entre las distintas fuerzas sociopolíticas en el Congreso que permitió una mirada diferente sobre la colectivización del riesgo social en Colombia, ligado a un proceso de consolidación estatal que se hace manifiesto en la figura de Estado interventor y en la comprensión de las políticas sociales como gestión pública de los riesgos. (Botero, 2006)

“Lo novedoso aquí es el planteamiento de la asistencia pública en términos universales, es decir, la ampliación del concepto. El basar el derecho a la asistencia pública en el derecho natural a la vida, supone su generalización indiscriminada en beneficio directo de las clases menos favorecidas, pero en el marco de una noción de generalización del derecho a la asistencia” (Botero, 2006)

### **Asociación entre Asistencia Pública y Salud Pública.**

En 1947 surge la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a partir de la Conferencia Sanitaria Panamericana celebrada en Caracas, dando continuidad a la Oficina Sanitaria Panamericana, que se constituyeron en un punto de apoyo importante para los higienistas quienes estaban planteando reformas en los diferentes niveles del manejo de la salud y la educación médica (Yepes, 1990, pág. 38)

El término de la salud pública se difunde con amplitud en las zonas hispanoparlantes ya que se entendía como sinónimo de salud del pueblo en general, los conceptos de higiene, salud pública, saneamiento ambiental, medicina preventiva, dejan de ser patrimonio de los higienistas y se hacen comunes dentro de todas las personas que integraban el área de la salud, así como de los funcionarios gubernamentales y el sector de los políticos. En 1950 llegó a Colombia una misión norteamericana a estudiar los problemas colombianos para lo cual formula el Plan Currie, la salud viene a ocupar un lugar importante y es vinculada directamente con el problema económico puesto que no es posible el desarrollo sin dar avances en el terreno de la salud. (Yepes, 1990)

Otro elemento que surge del trabajo realizado por esta misión norteamericana y de otras misiones que vinieron luego, fue la necesidad de crear una asociación sólida de escuelas de medicina para unificar los criterios en formación médica y de esta manera se va permeando la medicina de los Estados Unidos. Se produce una vinculación entre salud y desarrollo, entendida la salud como inversión y no como gasto en términos económicos lo que implica una planificación rigurosa. (Yepes, 1990)

En 1963 con el Decreto Ley 3224, artículo I del capítulo I, por medio del cual se reorganizó el Ministerio de Salud Pública, decreta “la Asistencia Pública, como función del Estado, consiste en la ayuda que éste debe prestar para procurar el bienestar individual, familiar y colectivo, mediante la prevención de la enfermedad, la promoción y recuperación de la salud de quienes careciendo de medios de subsistencia y de derechos para exigirla de otras personas, estén incapacitados para trabajar”. Así mismo, se define por servicios en salud pública “el conjunto de actividades del Estado que actúan sobre el hombre y su medio ambiente, para procurar la preservación de la salud, el tratamiento de la enfermedad, la rehabilitación de los incapacitados y la protección a la

niñez y a la ancianidad abandonada, utilizando los métodos epidemiológicos y administrativos necesarios” (Ministerio de Salud, 1963)

También se plantea otra vez la idea de integración de los servicios de salud pública como una forma de maximizar los recursos, mediante la ampliación de la red pública de servicios y la asistencia pública para las personas más vulnerables. El centro de salud es presentado como el símbolo de la integración de los servicios de atención médica, el cual estaba situado en el mismo espacio del hospital y cuyo personal debía estar entrenado en el discurso de la prevención y la salud pública. Sin embargo, la propuesta de integración nuevamente falla. (Hernández & Obregón, 2002)

Llama la atención la asociación que se da entre la asistencia pública y la salud pública que lleva a plantear como esta última empieza a enfocarse como una atención para las personas pobres. Además se constituye en la forma de legitimar la medicalización de la vida .

### **2.1.2 La medicalización del trabajo**

Dados los requerimientos internacionales para el comercio, la medicalización del trabajo se inició y se centró en los puertos con el objeto de asegurar el transporte de los productos, especialmente del café y de aumentar la capacidad productiva de sus trabajadores. Pero también la higiene incursionó en las zonas bananeras, y de explotación de petróleo y contó con el apoyo de la fundación Rockefeller para la implementación de la campaña contra la ulcinariasis . (Hernández, 2015, pág. 47)

Así mismo, la higiene incorporó el desarrollo tecnológico mediante el trabajo de ingeniería en lo relacionado con el sistema sanitario de tratamiento y conducción de agua, saneamiento básico, y en la construcción de los barrios obreros en las ciudades. (Hernández, 2015, pág. 49)

La higiene se plantea de esta manera como el medio para sacar al pueblo de la ignorancia y la barbarie. Los campesinos y obreros son instruidos para que cambien su

manera de pensar y acceder a la civilización y al progreso. (Hernández. 2015. P. 48) De ahí que el discurso higienista como un saber fundamentado en bases científicas con verdades que no se pueden controvertir se va instalando en la mente de las personas como un código moral que les permite acceder al mundo moderno (Hernández, 2015)

Las condiciones de trabajo para los obreros eran difíciles, jornadas laborales sin límite, niños, mujeres y ancianos expuestos a las arbitrariedades de sus patrones, condiciones sanitarias y alimenticias deficientes, hacinamiento, salario que a veces era sustituido por bonos. (Arias, 2013)

En 1915 se promulgó la ley 57 sobre reparaciones por accidente de trabajo o muerte las cuales debían ser asumidas por los patronos, en honor de Rafael Uribe, Político, militar y líder del partido liberal que es considerado precursor del derecho laboral en Colombia quien en 1912 afirmaba “ creemos en la obligación social de dar asistencia a los ancianos caídos en la miseria y que ya no tiene fuerzas para trabajar; y creemos, en fin, que a los códigos existentes hay que agregar uno que todavía no se ha escrito y es el código del trabajo, de la previsión y de la ayuda social mutua” (Ordoñez, Ochoa, & Paez, 1987, pág. 11)

Se buscó así la opción de un seguro económico que resultó aplicable solo para un reducido número de empresas y por tanto para una minoría de población trabajadora. Las empresas con nóminas mayores a mil pesos fueron obligadas a tomar un seguro colectivo para sus empleados y trabajadores garantizando los recursos para indemnizar a la familia en caso de muerte del trabajador y así evitar nuevos conflictos (Hernández, 2015)

En cuanto a disposiciones legales para pensión sólo se concedían pensiones para empleados civiles, militares y profesores, siempre y cuando cumplieran con los requisitos exigidos, entre los que se encontraba carencia de medios de subsistencia y buena conducta. En 1922 mediante la ley 68 se habló de la inembargabilidad de las pensiones a los civiles y militares. (Ordoñez, Ochoa, & Paez, 1987)

La Constitución Política de 1886 en su artículo 19 había consagrado la Asistencia Pública como función del Estado. Esta se debía prestar a las personas físicamente

incapacitadas para trabajar, que no tuvieran medios de subsistencia y que carecieran de derecho para exigirlos de otras personas. La responsabilidad de Estado era por tanto de carácter subsidiario motivada por principios de índole humanitaria, más que un deber derivado de ideales de justicia y solidaridad social. (Ordoñez, Ochoa, & Paez, 1987)

Las difíciles condiciones de trabajo llevaron a los obreros a la realización de protestas, los trabajadores se unieron como movimiento obrero y con la influencia de la Revolución mexicana y rusa buscaron una mejor organización que reaccionara frente a la explotación a la que estaban sometidos, Se empezó a utilizar la huelga, se produjeron despidos, persecuciones, arrestos, muerte de trabajadores y el obrero fue calificado como sujeto potencialmente peligroso para el conjunto de la sociedad. Sin embargo, las huelgas aumentaron otorgando al problema social una dimensión de carácter nacional. Los trabajadores, hombres y mujeres, pedían al Estado cumplir la legislación laboral. Se vivía pobreza en las ciudades por la llegada de miles de campesinos que venía en busca de oportunidades y que lo que encontraban era una realidad de la miseria y exclusión. (Arias, 2013)

Mediante la le 78 de 1919 se aceptó parcialmente la huelga y la negociación colectiva como derecho. Como medida de control para canalizar la inconformidad social distintos partidos políticos socialistas, socialistas revolucionarios y de izquierda liberal empezaron a plantear estrategias para el establecimiento de una política de salud y seguridad social. (Hernández, 2015, pág. 70)

En 1924 el sindicato central obrero convocó una reunión que incentivó un mayor número de huelgas por inconformidad social, movimiento de los desocupados, movilización de campesinos y de indígenas, sin embargo la revuelta se enfrentó con represión (Hernández, 2015)

La radicalización de los obreros comenzó a ser un reto para el orden establecido, en 1925 se realizó el segundo congreso obrero con el objetivo de consolidar el movimiento obrero lo cual trajo como consecuencia el aumento la agitación pero también la división. En 1926 se realizó el tercer congreso por el cual se creó el partido socialista revolucionario que radicalizó el movimiento buscando alcanzar el poder y derrocar a los capitalistas y no una legislación de universalización de los beneficios. Esto creó división

entre los más radicales que eran la minoría y los trabajadores de cierta persistencia de ideología liberal cuyo imaginario de progreso estaba en sus mentes. Con la represión y persecución a los comunistas y líderes sindicales considerados de izquierda la polarización se hizo mayor. (Hernández, 2015)

En 1928 se planteó un proyecto sobre ahorro individual obligatorio como seguro obrero financiado por obreros y patrón, para cubrir gastos de riesgo de enfermedad, vejez, maternidad, muerte e invalidez, los accidentes de trabajo y enfermedad profesional seguirían a cargo del patrono, pero el proyecto fue archivado. (Hernández, 2015)

La crisis de 1929 se hizo sentir en Colombia aunque en un menor grado en comparación con otros países. Muchos obreros quedaron sin trabajo y hubo mayores demandas de los empleados al Estado. Esto influyó en la caída de la hegemonía conservadora y apoyo popular al Partido Liberal que ofrecía reformas. Aunque la izquierda se había debilitado por la represión vivida en años anteriores se recomponía tratando de apoyarse en el movimiento comunista internacional y el sindicalismo aun perseguido había logrado algunas reivindicaciones en unos sectores. (Hernández, 2015, pág. 85)

Otra de las maneras para enfrentar las protestas de los obreros, aunque poco efectivas, fueron las medidas de higiene aplicadas al consumo de chicha, enfermedades de transmisión sexual y los lugares de vivienda, así como el régimen alimentario. Se impulsó por parte de entidades como la Junta de Habitaciones Obreras de Bogotá, la Junta de casas para la clase proletaria de Medellín, el Instituto de Acción Social en Bogotá y más tarde el Banco Central Hipotecario, el Instituto de Crédito Territorial y empresas privadas, la construcción de habitaciones higiénicas y barrios obreros. Junto a las viviendas se dispuso un sistema de alcantarillado, acueductos y medios de transporte que cumplía una doble función; mejorar las condiciones de bienestar en los habitantes y facilitar las dinámicas económicas que tenían lugar en el entorno urbano. Estos cambios buscaban controlar a la masa poblacional por medio de un proyecto moral que incluía formas modernas de pensar y habitar el espacio urbano, para que las personas se sintieran habitantes de la modernidad. (Vega, 2010)

El partido liberal incorporó lentamente el movimiento obrero como medida para hacer frente al socialismo buscando soluciones a las pésimas condiciones en que se

encontraban los trabajadores. Se aprueba institucionalizar el movimiento obrero y ponerlo en control del Estado. Se aumentó el número de sindicatos, se facilitó además la formación de asociaciones de profesionales libres y propietarios agrícolas e industriales que también adoptaron el nombre de sindicato, se da así la apariencia de un Estado neutral para el control de las fuerzas sociales. (Hernández, 2015)

Se promueven las cooperativas de crédito para apoyo a agricultores y ganaderos luego las de consumo y crédito para los obreros y unas pocas de previsión, asistencia y solidaridad para reforzar el ideal liberal de pequeño propietario que con su propio esfuerzo podía alcanzar el bienestar. (Hernández, 2015)

La fuerza sociopolítica del momento era la burguesía cafetera ligada más a la comercialización en el exterior, con un grupo fuerte en Antioquia. Los sectores medios, constituidos por los pequeños empresarios, empleados del Estado, sector bancario y profesionales liberales en crecimiento, se fueron ampliando lentamente y se hacen manifiestos en los años 30. La clase media quería diferenciarse de los obreros rechazando la revolución y creía en los medios legales por lo que eran fieles observadores de los principios y las leyes. (Hernández, 2015)

Dentro de los trabajadores del sector público y el sector privado había discrepancias que pretendían diferenciar a los empleados de los obreros. Los primeros consideraban que su labor, de orden intelectual, era de mejor condición que la ejecutada por los obreros que era más manual. Además, los obreros eran acusados de comunistas, mientras que los trabajadores del sector público eran más afines a los partidos tradicionales, liberal o conservador. Así mismo, había una diferenciación entre los trabajadores de la tierra y los que transportaban los productos, y entre los trabajadores del Estado y los empleados. Todo esto fue creando la fractura en la organización de los servicios de salud. (Hernández, 2015)

Aunque se presentaron muchos proyectos y propuestas en defensa de los trabajadores no tuvieron eco en el Ejecutivo, sólo con la ley 6 de 1945 se estableció el código del trabajo.

Si bien es cierto, el sindicalismo había sido favorecido en el gobierno de Alfonso López Pumarejo, comenzó un retroceso hacia 1945, tras la división del Partido Liberal y la llegada al poder de un gobierno Conservador con Mariano Ospina, conduciendo a que un año más tarde el sindicalismo se debilitara, lo que influyó en su participación dentro de los debates realizados en este periodo sobre la protección social (Vega, 2010)

La tendencia internacional en materia de seguridad social abre paso a la discusión sobre la seguridad social en Colombia, que involucra entre otros al sector de trabajadores que se encontraba dividido y de médicos. Los médicos de las nuevas generaciones pertenecían a los sectores medios y ya no eran tan reconocidos como antes. Actuaban como profesionales que defienden sus intereses y solicitaban un mayor control de los servicios para definir las personas que podían pagar y los que no, por tanto, su trabajo como gremio se ocupó de obtener del Estado condiciones para su ejercicio profesional. Desde su perspectiva liberal la intervención del Estado debería ser selectiva y diferenciadora, para hacer que los que pudieran pagar no llegaran a los servicios de caridad y obligar a los empresarios a pagar por los trabajadores enfermos o accidentados y controlar a los competidores en el mercado de servicios privados entre tegua, médicos extranjeros. Homeópatas, boticarios. Legalizar la atención para ricos, para trabajadores y para pobres (Hernández, 2015)

Se propone así el modelo de ahorro individual que era defendido por los empleados del Estado y del comercio, pero la intervención de los técnicos de la OIT devolvió la decisión al Congreso para repensar la necesidad de un seguro que permitiera el funcionamiento de mecanismos de solidaridad entre generaciones y entre clases sociales. El sector de los médicos que pedía condiciones de libre ejercicio profesional con la práctica privada se oponía a la idea de un seguro social universal. Después de muchos debates de tipo político, social y técnico, se instauró un sistema de seguridad social reducido que creó por un lado: En 1945 la Caja Nacional de Previsión (CAJANAL), que atendía a los trabajadores públicos y en 1946 el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (I.S.S) para los trabajadores del sector privado, que reglamentó también la pensión de jubilación y vejez.

Por otro lado, se creó en 1946 el Ministerio de Higiene, destinado a la atención de los pobres mediante la asistencia pública y la beneficencia privada. Para los pobres también

existía el conjunto de prácticas populares e indígenas tanto rurales como urbanas. Y para los ricos, se ofrecía el servicio médico liberal en consultorios y clínicas. Todo esto instauró la fractura original de los servicios de salud en Colombia. A finales del años sesenta en Colombia existían diversas formas de resolver los problemas de salud de acuerdo con la capacidad de pago de las personas: la asistencia pública y la salud pública a cargo del Estado que atendían a los pobres; la seguridad social Caja Nacional de previsión e Instituto de Seguros Sociales (ISS) para los trabajadores; y los servicios privados de medicina para los ricos.

De este modo como lo afirma Arrubla la seguridad social nace en Colombia como un sistema diferenciado e inequitativo para los trabajadores del sector público, (CAJANAL) para los trabajadores del sector privado (ISS) y para los pobres la asistencia pública, que se estructuró bajo la concepción de riesgo de enfermedad, accidentes y de indigencia en la vejez. (Arrubla, 2014)

“Estoy viendo los casos de unos vecinos amigos ..... es muy duro. (personas así) si no tienen hijos que les ayuden, que les den la mano, y si no han tenido una renta de que vivir, muy duro porque ya la salud no les da para trabajar, trabajo material, ellos trabajaron, pero trabajaron como se dice sin un nombramiento, sino por su cuenta no, y entonces los que tenían por lo menos un empleo ahí les salió algo, pero los que nunca tuvieron empleo sino que vivieron del trabajo propio la carpintería..., lo constructores como el caso de mi papa por ejemplo, él murió, y nunca recibió un centavo de nadie” (Chepe 74 años)

A partir del año 1946, el modelo de industrialización colombiano fue soportado por un lado en la industria manufacturera y por el otro en el ofrecimiento de servicios modernos como los financieros, los servicios públicos, el transporte y las comunicaciones. Este modelo llevó a un momento de gran prosperidad para la industria, con la creación de fábricas modernas y el desarrollo de la empresa agroindustrial, automotores y construcción, que favorecieron el avance de la infraestructura moderna de servicios y transporte, afianzando así, parcialmente, el mercado interno e introduciendo grandes transformaciones sociales y culturales (Arias, 2013)

Por tanto, la prosperidad para la industria no benefició las condiciones laborales de los trabajadores; por el contrario, permitió la acumulación del capital a los empresarios con una salarización limitada para los obreros. Esto debido a que la política económica del país se concentró en proteger la industria naciente y conservar los ingresos del sector

agroexportador, favoreciendo un comportamiento general de acumulación del capital sobre la base de una ideología liberal del desarrollo y un Estado limitado en sus intervenciones. (Arias, 2013)

Pese al crecimiento industrial, la inconformidad social creció y desencadenó en violencia. Es así como, entre 1946 y 1949 se establece una primera fase de la violencia fundamentalmente urbana provocada por una ofensiva sistemática de las clases dominantes contra los sectores populares urbanos, los sindicatos y demás organizaciones. Esto sumado a las numerosas huelgas que se llevaron a cabo que condujeron a una agudización de las tensiones entre los partidos políticos tradicionales y que acabó con el retiro de los liberales. Por tanto, esta primera fase de la violencia como lo afirma Bejarano, fue el resultado de la crisis política expresada en manifestaciones partidistas, que se venía presentando por la disociación entre el campo social y el campo político. (Bejarano, 1985)

El clima de violencia vivido en el país, así como el profundo deterioro de las relaciones entre los partidos políticos tradicionales y la crisis institucional, hicieron que los sectores antilaureanistas buscaran salidas a la situación que se hacía cada vez más inmanejable. La salida fue un gobierno militar que multiplicó los llamados a superar el sectarismo bipartidista y ofreció una amnistía a los grupos armados. Esto hizo que Gustavo Rojas Pinilla (1953-1957) en pocos meses se convirtiera en el pacificador y contará con el respaldo de casi toda la clase dirigente, los empresarios, la prensa, la Iglesia y amplios sectores urbanos (Arias, 2013)

Sin embargo, una vez reelegido para un segundo mandato por la Asamblea Nacional Constituyente, las élites de los dos partidos tradicionales le cerraron el camino porque no estaban de acuerdo con su modelo populista, hubo descontento por parte de los liberales, porque el crecimiento económico se había detenido; la reforma fiscal que propuso desató la cólera de los industriales y la política social para el campo no daba resultados; hubo enfrentamientos entre el ejército y los estudiantes que provocaron varias muertes y heridos, y se incrementó la violencia con la guerrilla (Arias, 2013)

Después de varias negociaciones y reuniones los partidos Liberal y Conservador promovieron un plebiscito donde votaron por primera vez en la historia de Colombia las

mujeres, el cual permitió la reforma constitucional para dar paso a un régimen de coalición, sostenido por liberales y conservadores, que se extendería primero por 16 años pero finalmente se prolongó hasta mediados de los años ochenta. (Vega, 2010)

Como resultado del proceso industrial vivido en este periodo se fue construyendo también un imaginario de hombre adulto ideal, donde la infancia, la niñez y la adolescencia fueron vistas como etapas de preparación para la producción biológica y económica, mientras que la vejez como la etapa de retiro. Esta forma de ver el anciano lo cataloga como improductivo, dependiente y enfermo por tanto, ya no encaja dentro del sistema productivo del momento. (Arrubla, 2014).

Así mismo, la forma de protección instaurada en Colombia en esta época, como seguridad social o asistencia pública, dejó por fuera a un amplio grupo poblacional, especialmente de ancianos, que no cumplía con los requisitos para adquirir el estatus de pensionado, pero tampoco cumplía con los criterios para la asistencia pública. (Arrubla, 2014)

### **2.1.3 La medicalización de la familia**

Otra de las formas de medicalización en este período fue la de la familia en tanto objeto de intervención gubernamental. La mujer en primer lugar, fue objeto de la medicalización a través de una formación diferencial en los roles masculinos y femeninos. Socioculturalmente se le asignó el rol de la economía doméstica, encargada de manejar el hogar, criar y educar los hijos de acuerdo a los principios morales, así como de encargarse de las labores de cuidado para toda la familia, respondiendo así a los objetivos gubernamentales.

En la escuela, la mujer era formada para desempeñar este rol y para incorporar en su ser y hacer el código moral de la higiene. Ella era la encargada de transmitirlo a su familia y hacerlo parte de su estilo de vida.

“Mi madre siempre estuvo pendiente de nosotros en el sentido que tuviéramos buena alimentación: para ella buena alimentación era suficiente comida, no en exceso, porque no éramos ricos pero si he pensado que era suficiente. Siempre tuvimos unas rutinas anuales, nos purgaban semestralmente... y siempre estuvo preocupada de darnos por

ejemplo cola granulada, ella lo llamaba reconstituyente y algunas otras cosas como jarabes que tenían vitaminas, mi mamá era como fanática de esas cosas, decía que sus niños la necesitaban.”(Edilma, 81 años)

Sin embargo los roles femeninos son diferenciales en tanto la clase social a que pertenece la mujer y así mismo la posibilidad acceso a la educación. Los oficios en los que se podía formar y desempeñar laboralmente eran: maestra, enfermera, secretaria, costurera, etc.

A comienzos del siglo XX la prensa católica estimulaba la inserción de las mujeres en la acción social como una estrategia para alejarlas de las ideas del comunismo y el feminismo que circulaban en ese momento y que eran interpretadas como amenazas modernas, para así preservar la ciudadanía. Se estimulaba el trabajo no remunerado de mujeres y las donaciones voluntarias. (Ramírez, 2003)

Las mujeres casadas podían dedicarse a obras de beneficio social, que no eran incompatibles con las actividades que realizaba en el hogar, pero que sí les permitía utilizar su tiempo libre de otra manera y a la vez canalizar algunos recursos para limosnas, donativos y legados. Es así como la caridad, la acción social y la beneficencia fueron escenarios privilegiados de transacción de las mujeres con las condiciones sociales que las confinaban al hogar y el marginamiento de la vida política. (Ramírez, 2003)

Así, las mujeres de la burguesía colaboraban con las actividades de beneficencia y dentro de sus formas de entretenimiento estaba la moda, la belleza, etc. Al respecto se señala Bolívar, el papel de estas familias en la construcción de nación en el Reinado Nacional de Belleza que a su vez era presentado como signo de modernización de Colombia. Las hijas salían de sus familias para encontrarse con hijas de otras familias de la élite pero a la vez eran aclamadas por un pueblo espectador de acontecimientos públicos. Aparece una forma de dicotomía entre lo público y lo privado, donde la mujer entra a participar de manera discreta y ambigua en el escenario y naturalización del orden político dominante. En los reinados de belleza la mujer reina simboliza un nosotros como el nosotros de los colombianos, aunque tiene un carácter restringido de los grupos burgueses. Tiene lugar así “la escenificación del dominio de un estamento y su naturalización a través del uso de los rasgos físicos como constatación de una pretendida valía moral innata” (Bolívar, 2007, pág. 72)

Por otra parte, a inicio del siglo XX la atención obstétrica por lo general estaba a cargo de comadronas en las casas de las maternas, sin embargo, la atención del parto se comienza a realizar de manera institucional por médicos obstetras, así las mujeres pobres podían acudir al Hospital San Juan de Dios en Bogotá. Así mismo la vigilancia prenatal podía ser atendida también en el consultorio privado de los médicos obstetras. (Gomez, y otros, 2011, pág. 52)

De igual modo, obedeciendo a los planteamientos entre higiene y mejoramiento de la raza, se emitió la ley 48 de 1924 de protección infantil que buscó articular acciones y recursos para la atención infantil, la regulación del trabajo infantil, atención en servicios de maternidad y atención de la infancia, entre otros así como también exigía certificados médicos prenupciales para certificar ausencia de enfermedades contagiosas en la pareja como garantía para los hijos. De este modo “se trataba de una higiene que conducía a la eugenesia por medio de normas técnicas que afectaban la vida privada” (Hernández, 2015)

Otra de las prácticas desarrolladas fue la higiene escolar, en esta línea tuvo que ver con la realización de manuales de higiene y la instrucción realizada a las madres y a los escolares sobre el régimen alimenticio. La creación del programa Gota de Leche y salacunas, la atención medica en puericultura y pediatría, dispensarios de lactantes donde se enseñaba a las madres, entre otros. (Castro B. , 2007, pág. 24) Así mismo durante el gobierno de Rojas, se instauró en 1954 la Secretaria Nacional de Acción Social (SENDAS) para la atención de madres, hijos, jóvenes y ancianos desprotegidos, como un programa de atención a la familia, que estuvo a cargo de su hija María Eugenia Rojas.

Otro aspecto más dentro de la medicalización de la familia y su asociación con el mejoramiento de la raza tuvo que ver con lo que se llamó el “chichismo” que constituía un peligro para los obreros y su descendencia. Se elaboraron cartillas, que se enseñaban en las escuelas. Se hablaba de los efectos del consumo de chicha que era el embrutecimiento asociado a la timidez y desconfianza del pueblo especialmente de la región cundiboyacense , y que provocaba otra enfermedad que era la pelagra. Pero el problema fundamental era su poder de afectar a la generaciones venideras incidiendo en

su carácter y personalidad de ahí su peligrosidad (Quevedo, y otros, 2004, pág. 148)

Si bien en la declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, en el artículo 16 se reconoce a la familia como el elemento natural y fundamental de la sociedad, otorgando el derecho a la protección de la misma por parte de la sociedad y del Estado. Así mismo, se proclama el derecho universal a la seguridad social, el derecho al trabajo, a la protección contra el desempleo, a recibir una remuneración para el sostenimiento de la carga familiar, en relación con alimentación, vestido, vivienda, asistencia médica y servicios sociales necesarios para la subsistencia (Becerra, 2011) En Colombia, la familia ha sido objeto de medicalización de diversas formas y aunque en ocasiones fruto de reivindicaciones sociales se han desarrollado acciones que han favorecido a algunas familias pobres cada vez se le retiran esos apoyos y se le responsabiliza más de la protección de sus miembros.

En 1949, con ocasión de la convención laboral colectiva que se pactó entre la empresa Ferrocarril de Antioquia y sus trabajadores, se acordó que éstos recibieran un pago en dinero por concepto de subsidio familiar para los hijos que tuvieran a cargo. Dadas las condiciones de malestar social que se vivían en Colombia principiando los años cincuenta, diversos sectores de la producción comenzaron a proponerlo y posteriormente tomó la forma de mecanismo de protección social (Vega, 2010). Así mismo, las familias cuyos ingresos estuvieran por debajo de cierto rango, se integraron como beneficiarias en el sistema de seguridad social y del subsidio familiar. Es de aclarar que el subsidio familiar no está contemplado como un derecho de la seguridad social, sino como un complemento para las familias de los trabajadores pobres.

En el país, con la ley 75 de 1968 se creó el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), para dar asistencia pública a la familias pobres o desintegradas y a los niños con deficiencia nutricional y abandonados, con fondos del Estado. Como extensión de los programas para la familia se asume la protección del anciano, que es incluido dentro de las funciones de promoción y estabilidad de bienestar a las familias colombianas.

Por otra parte Estados Unidos realiza una serie de discusiones para buscar soluciones a los problemas sociales y económicos que afronta la región latinoamericana y la necesidad de asumirlos conjuntamente, de estas discusiones se plantea un modelo de

desarrollo-subdesarrollo que se apoya en la teoría de los Estados de crecimiento económico. De este modo, se plantea que la salida del mundo capitalista está en que los países desarrollados generen programas estratégicos de intervención y ayuda a los Estados subdesarrollados para alcanzar un estado de despegue. (Yepes, 1990)

Es así como a comienzos de los años cincuenta, Estados Unidos incorporó en su proyecto político global la ayuda para el desarrollo económico y la modernización de los países en desarrollo; ésta se concretó en el Programa de la Alianza para el Progreso, propuesta por el presidente John F. Kennedy en 1961, como respuesta a la revolución cubana.

Kennedy, consideraba que su país debía enfrentar con decisión la expansión soviética en todo el mundo. La Revolución Cubana representaba una amenaza que abría las puertas a los países más pobres de Latinoamérica al comunismo, por eso, la respuesta fue ofrecer programas que proporcionaran ayuda exterior, asesoramiento científico, personal capacitado y una combinación de planificación agrícola e industrial, para mostrar a los países de la región que siguiendo la concepción liberal y capitalista, el desarrollo económico podía aliviar la pobreza y mejorar los niveles de vida de modo más ordenado y pacífico que la propuesta comunista. Fue un programa de ayuda a largo plazo que buscó orientar las reformas sociales y políticas, con el fin de generar condiciones para el desarrollo, la prosperidad económica, la estabilidad política y la creación de nuevos valores culturales en el continente durante los años sesenta. (Hernández & Obregón, 2002)

Se establece así una relación entre la política de población y de salud, y la medicalización de la familia, que debería afectar el ritmo de crecimiento poblacional, así como las tasas de morbilidad y mortalidad para contribuir al desarrollo socioeconómico. Se propone entonces, la reducción del ritmo del crecimiento de la población por medio de la disminución de la fecundidad; se plantean acciones a nivel de la sociedad y de la familia con el fin de lograr cambios estructurales tendientes a una redistribución del ingreso, a elevar los niveles educativos de la población y a lograr una mayor participación de la mujer en la actividad económica.

Es así como a la familia se le plantea la oportunidad de decidir el número y espaciamiento de los hijos como un derecho fundamental. Se estableció que para ejercer este derecho era necesario elevar el nivel educativo con el fin de lograr una mayor responsabilidad de las parejas proporcionando de un lado, información sobre vida familiar y sexual, que les permita tomar una libre decisión y por otro lado, haciendo asequibles los servicios médicos para asegurar una correcta atención . (Hernández & Obregón, 2002)

De esta manera, el Fondo de las Naciones Unidas para actividades de población se vinculó en la financiación del programa materno infantil a partir de 1973, que fue ampliado con los servicios de planificación familiar.

Debido a las políticas de natalidad impulsadas por los gobiernos liberales del Frente Nacional y el nuevo rol que va a desempeñar la mujer a fines de la década de los sesenta, la efectividad en la política planificadora no tardó en verse reflejada en las tasas de fecundidad, pasando de un promedio de 7 hijos en el año de 1950 a un promedio de 3,9 hijos en el año de 1978 y al menos 3,30 en 1985. El número de abortos también se incrementó. (Carmona, 2005)

Así mismo, el uso de métodos anticonceptivos empezó a aumentar. En 1964, sólo un 27% de las mujeres en edad fértil y en unión, los usaban. Entre 1969 a 1995 aumentó de 15% a 67% entre las mujeres de la zona rural, y en la zona urbana pasó de 43% a 75% en el mismo período. (Carmona, 2005).

Adicionalmente, con la incorporación de la mujer al trabajo remunerado, los patrones familiares fueron cambiando; de familias extensas ahora se tenía familias predominantemente nucleares, donde los padres y los hijos construían una vida separada de los padres y abuelos. Las personas jóvenes no sentían la obligación de cuidar a sus ancianos, ni mucho menos compartir la vivienda con ellos, de esta forma en muchas familias donde el cuidado había sido delegado a la mujer ya no es posible quedando el anciano excluido de las familias de sus hijos. Esta situación sumada a la crisis económica que se vivía condujo a un aumento de la mendicidad de niños y ancianos en las principales ciudades del país.

De esta manera dentro de la medicalización de la familia se destaca el rol fundamental asignado a la mujer como cuidadora y de ahí la familia como cuidadora, aspecto que se constituyó en un elemento cultural importante tanto así que cuando este rol no se ejerce en la familia tiene como consecuencia la desprotección de los niños y los ancianos.

**Figura 2-3: La mujer responsable del cuidado de los niños y ancianos**



(foto tomada y cedida por una de las participantes del estudio)

En síntesis en el período comprendido entre inicios del siglo XX y 1970 la persona anciana vive un proceso de transformación de su imagen social producto de las dinámicas económicas, políticas, sociales y de salud que van configurando la idea de vejez como sinónimo de pobreza, enfermedad, improductividad, dependencia que no se ajustan a los patrones que impone la modernidad y el desarrollo económico y por lo tanto es excluida.

## **2.2 Período de 1970 a 1990. Medicalización del envejecimiento y la vejez; de la medicina preventiva a la salud como unproducto de consumo**

En este período se plantea una discusión entre desarrollo y salud que lleva a esta última a ocupar un espacio importante en las agendas públicas inscribiéndola en el ámbito de las corrientes neoliberales que empiezan a tomar auge. Se habla de la crisis en la economía y su afectación en la salud por tanto la necesidad de planificar para ampliar las coberturas a un mínimo costo, aparece también la productividad como un valor para alcanzar el nivel de salud y de vida que se requiere para el desarrollo y así mismo surge

la idea de la salud como un producto de consumo que participa en las leyes del mercado. Se presenta un contexto nacional caracterizado por la exclusión de la persona anciana y las respuestas en relación a asociación de pensionados y desarrollo de los estudios en geriatría y gerontología, la salud pública y la vejez, la violencia y la vejez. A nivel internacional se presenta el discurso de envejecimiento demográfico y sus implicaciones.

### **2.2.1 El discurso de envejecimiento demográfico y las medidas propuestas por el Banco Mundial para afrontar la crisis.**

A nivel internacional en los años 70 se vive nuevamente una crisis económica que se explica en parte por las políticas sociales de los llamados Estados de bienestar. El envejecimiento demográfico fue considerado como uno de los factores causantes de la crisis debido al gasto público de los sistemas de seguridad social, específicamente de los regímenes de salud y pensión que éste generaba. Aunque en ese momento se planteaba el proceso de envejecimiento como un fenómeno de las sociedades industrializadas. (Arrubla, 2014, pág. 70)

Esta crisis llevó a que todos los Estados nacionales se vieran en la necesidad de cambiar sus reglas de juego, y plantear nuevas reformas lo que Estados Unidos llamó el nuevo orden mundial que tenía esta vez una perspectiva multipolar. Al respecto la OMS señaló que tanto los países desarrollados como los que estaban en vías de desarrollo deberían adoptar sistemas de asistencia sanitaria racionales, dando prioridad a programas de asistencia primaria o de servicios básicos de salud (Hernández & Obregón, 2002)

Si bien el envejecimiento demográfico era visto como un logro, el aumento en la esperanza de vida en los llamados Estados de Bienestar y la reducción de la población en edad de trabajar, desde la mirada capitalista, significaba una alarma porque se trataba de más personas dependiendo y menos personas produciendo. Por lo tanto la vejez es interpretada como dependencia y carga económica. (Arrubla, 2014)

El discurso demografo-economicista es sustentado en la dependencia económica, lo genera tensiones entre las generaciones por los recursos y desvía el sentido de

solidaridad<sup>9</sup> en la seguridad social, centrandó la atención en un individualismo económico. (Arrubla, 2014)

Este discurso es sustentado en categorías teóricas que lo legitiman como verdadero lo que lleva a pensar la vejez y la política social de una forma de ahí que en Estados Unidos e Inglaterra se habló de un asunto de inequidad generacional que permitió resignificar la seguridad social y se dió paso a las reformas que se realizaron luego en los años 90. (Arrubla, 2014)

En 1982, se realizó en Viena la primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento cuyo tema central fue la relación de las personas viejas con el desarrollo. Se presentó el fenómeno demográfico ya como una manifestación tanto de sociedades desarrolladas como en desarrollo y se advertía sobre el problema de envejecer en sociedades que no tenían sistemas de seguridad social, puesto que implicaría una mayor dependencia económica de las personas mayores especialmente de las mujeres. Las recomendaciones que se plantearon expresaban dos tensiones: por un lado, la primacía de la racionalidad económica sobre una mirada humanitaria de la vejez, y por otro la presentación del fenómeno demográfico en términos de globalidad con acciones políticas diferenciadas para el Norte y sur Global. (Arrubla, 2014)

En 1987, el Banco Mundial presentó su agenda para la reforma del financiamiento de los servicios de salud en donde aparecieron nuevos actores en el liderazgo del diseño de las políticas sociales, en particular en lo relativo a la salud. Fueron los economistas de la salud ubicados en las agencias financieras multilaterales como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional quienes comenzaron a tener más incidencia que los salubristas y planificadores de los organismos tradicionalmente encargados como OPS/OMS, UNESCO y UNICEF (Hernández & Obregón, 2002)

En la agenda se buscaba incorporar todas las instituciones privadas o públicas al Sistema Nacional de Salud, mediante la transformación del mecanismo de financiamiento llamado “subsidio a la oferta” (sostenimiento de centros y hospitales con recursos

---

<sup>9</sup> Relación de semejantes donde los miembros mantienen relaciones de interdependencia porque disponen de un fondo común y de derechos comunes.

públicos), por lo que se llamó “subsidio a la demanda” de los pobres. De esta manera, la atención médica se entendía ahora como un bien privado y por lo tanto era posible diseñar una forma de pago de los servicios de salud consumidos por los pobres que no afectara el cumplimiento de las metas de ajuste fiscal, manteniendo el nivel del gasto público para cubrir estos servicios (Hernández & Obregón, 2002)

La movilización del capital del Estado hacia el mercado financiero, en medio de la “financiarización” del régimen de acumulación y el discurso de envejecimiento demográfico, que fue establecido bajo la concepción de la vejez como carga económica de los sistemas de pensión y salud, en la década de los ochenta las sociedades occidentales introdujeron recortes presupuestales a la política social y propusieron la transformación de los sistemas pensionales, mediante el fortalecimiento de los fondos privados de ahorro individual. (Arrubla, 2014)

Básicamente eran tres los argumentos que se utilizaban para sostener que el envejecimiento era generador de carga y de crisis económica: el envejecimiento demográfico, la inequidad entre generaciones que incluso pronosticaba la lucha generacional de los recursos, y la idea de riesgo como aspecto central del aseguramiento. (Arrubla, 2014).

La Agenda política para América Latina formulada en el Consenso de Washington en 1989 hablaba también, de un agotamiento del modelo de industrialización y la necesidad de reformas estructurales de las políticas económicas y sociales para cambiar el rumbo económico de la región. Se proponía disminuir la carga económica producida por la política social siguiendo dos caminos: la focalización para asignación de recursos públicos y el ahorro individual como base del sistema pensional (Arrubla, 2014)

A su vez, siguiendo las tendencias de la economía occidental, las élites de América Latina planteaban la necesidad de un nuevo paradigma económico fundamentado en las medidas propuestas por los organismos internacionales, y las principales potencias que consistía en el fomento a la privatización, la desregulación de la economía y la eliminación de las trabas que impedían el libre mercado (Hernández & Obregón, 2002)

Los desarrollos alcanzados en relación con un mayor conocimiento de vejez y envejecimiento y la visión de un nuevo siglo permitieron nuevas formas de interpretación de este fenómeno y de nuevas salidas, reconociendo en las personas ancianas un potencial un recurso productivo y de consumo, acreedor de los beneficios del desarrollo, y por tanto favorable al mercado. Del mismo modo, involucrar el proceso de envejecimiento abre mucho más un sin fin de posibilidades.

### **2.2.2 Contexto nacional.**

A nivel nacional se generaron cambios en la estructura económicas dados por la disminución del sector agropecuario y una mayor presencia del proceso de semi-industrialización y transformaciones en la composición de las familias. Lo que llevó a un mayor proceso migratorio y de dificultad para las personas ancianas de permanecer en sus núcleos primarios, además de la exclusión de los procesos productivos, ubicándolos en una situación social bastante precaria, sumada a la representación social negativa que se tenía respecto a la vejez (Arrubla, 2014, pág. 128)

De este modo la década de los años ochenta comenzó con una de las peores crisis económicas para el país debido a la caída de los precios del café, el deterioro progresivo de la balanza comercial y la crisis financiera (Hernández & Obregón, 2002)

Para el año de 1973, la tasa de analfabetismo en las personas ancianas eran del 35,4% , con tasas del 54% para las mujeres y de 41,5% para los hombres, solo el 15.6% de la población anciana tenía nivel de estudios de secundaria y por supuesto de nivel universitario solo era el 1.7%. Únicamente el 4.6% de las personas ancianas estaba jubilada, de ellos el 13.1 eran hombres y el 1.2 % mujeres, y el 56.7% de la población anciana era trabajador independiente en las ciudades. Así mismo era notable la presencia de las personas ancianas en estado de indigencia en las calles. (Arrubla, 2014, pág. 130)

Como elemento adicional que agudizó esta crisis se puede mencionar la violencia generada por el fortalecimiento de las guerrillas y el auge y consolidación del narcotráfico y el paramilitarismo. Las guerrillas se habían convertido en un problema nacional y por primera vez el gobierno del presidente Betancur, reconoció que era más que un asunto

de orden público, y que existían causas como la injusticia social y la exclusión política que habían llevado a muchos a optar por las armas; por eso, con el gobierno de Betancur se inicia el primer intento de proceso de paz, que termina en el gobierno de Virgilio Barco y César Gaviria con la desmovilización del M19 y otros grupos (Arias, 2013)

Entre 1987 y 1993 la violencia se acrecentó, alcanzando su punto máximo en 1989, cuando el narcotráfico sembró un terrorismo sin precedentes con múltiples atentados, el asesinato de Luis Carlos Galán, Jaime Pardo, Bernardo Jaramillo, Carlos Pizarro entre otros y una estrategia de corrupción que afectó muchos sectores incluyendo el político (Pécaut, 2006)

De esta manera este es un periodo caracterizado por la pérdida de legitimidad de régimen político, que se expresaba en la abstención electoral y el crecimiento militar de las guerrillas así como la conformación de nuevos grupos, aumento de la inversión militar. Un período funcional al interés de los intereses económicos que favoreció el proceso de acumulación. (Arrubla, 2014, pág. 125)

Esto hizo que una gran parte de la sociedad buscara definir sus propias normas, sus redes de influencia, sus códigos de transacción, sin entenderse con las regulaciones estatales y jurídicas, a no ser que fuera para desviarlas en su propio beneficio. Desaparecieron las fronteras entre lo legal y lo ilegal aumentando los niveles de corrupción y generando más violencia mediante el secuestro, la extorsión a hacendados y multinacionales así como el desplazamiento forzado generando una gran movilización de poblaciones (Pécaut, 2006)

De igual forma, se amplió la brecha entre la sociedad y el Estado debido a la desconfianza que se tenía a éste último por la corrupción y la violencia que fue haciendo que la sociedad se fuera quedando sin razones para confiar en un Estado ausente, autista y corrupto (Pécaut, 2006)

A finales de los años ochenta y comienzos de los noventa el mismo clero denunció la situación de miles de desplazados entre los que se encontraban muchos niños y ancianos presionados por los actores en conflicto y agravado por la situación de indigencia del anciano en las ciudades. Según el informe de desplazamiento y vejez de

Saldarriaga Concha se reporta que 249.023 son ancianos, 51.2% hombres y 48.8 % mujeres.

### **2.2.3 La vejez en la esfera pública del país.**

La situación social del anciano ubicó a la vejez en la esfera pública, provocando varias discusiones de proyectos sobre el reajuste de la mesada pensional, creación de instituciones para el anciano desprotegido, la propuesta de ayudas domiciliarias y la organización del gremio de los pensionados. (Arrubla, 2014)

En 1971 se inició el trámite legislativo del proyecto de ley número 151, que buscaba dar respuesta a la problemática de la vejez indigente entendida como cuerpo viejo y enfermo carente de recursos económicos y que es la concepción tenida como criterio para la asistencia pública. Sin embargo, solo hasta finalizar la década de los setenta se aprobó la reglamentación para pensiones por invalidez, vejez y muerte, y se plantearon las primeras iniciativas parlamentarias para la protección de la ancianidad desprotegida (Arrubla, 2014)

En el año de 1974 se presentó en Cámara el proyecto 29 por el cual se adoptó el Estatuto del pensionado, el cual contó con el respaldo de la Confederación de Pensionados de Colombia y las asociaciones de pensionados, quienes denunciaban la situación social en la que se encontraban las personas pensionadas. Sin embargo, en este mismo año el Ejecutivo realizó declaración de emergencia económica y se estableció una reforma fiscal con aumento de impuesto sobre la renta, revisando disidencias, deducciones y la nacionalización de la banca, lo cual generó reacciones negativas en los grupos económicos y de industriales (Arrubla, 2014, pág. 135)

Mediante la ley 29 de 1975 se facultó al Gobierno Nacional para establecer la protección a la ancianidad desprotegida, y se le otorgaron facultades por el término de un año para que dictara las disposiciones necesarias tendientes a favorecer a los mayores de 60 años que carecieran de recursos económicos que les permitan subsistir dignamente. Con base en las facultades concedidas en la ley, se expidió el Decreto 2011 de 1976 por el cual se organizaba la protección nacional de la ancianidad. Se creó el Consejo Nacional de Protección al Anciano, entidad asesora del Ministerio de Salud, se habla de los centros

de bienestar del anciano privados sin ánimo de lucro y subsidiados por presupuesto del Ministerio de Salud; sin embargo, la ley no fue reglamentada sino parcialmente, el Consejo no se reunió, ni se asignaron los recursos financieros para el funcionamiento del fondo (Ordoñez, Ochoa, & Paez, 1987, pág. 14)

Mediante ley 5 de 1976 se buscó para los pensionados jubilados reajustar o revalorizar la mesada pensional teniendo en cuenta que cerca del 45% de pensionados del ISS recibían valores inferiores a los establecidos por ley, además de que la mesada pensional no se revalorizaba desde 1968 y hasta 1979. (Arrubla, 2014)

Dado que se anuncia crisis en el Seguro social, se promulgó la ley 12 de 1977 por la cual se delegó facultades extraordinarias al Ejecutivo para que realizara cambios en la estructura, régimen y organización de los seguros sociales obligatorios, es así como se reestructuró el ICSS y se dio origen al ISS. Hubo rechazo por parte de la Asociación Nacional de Instituciones Financieras (ANIF) quien señaló que la reglamentación se había realizado sin un proceso concertado y en cambio propuso la liquidación del ICSS y la separación de la atención en salud y riesgos financieros de largo plazo con la idea de un manejo privado de la seguridad social (Arrubla, 2014)

A finales de los años sesenta, teniendo en cuenta la situación por la que atravesaba la población anciana en ese momento, se iniciaron reuniones de pensionados para crear las asociaciones mutuarías de pensionados amparados por las leyes que regulan la organización sindical. Estas asociaciones, identificaron las problemáticas de los pensionados y establecieron formas de solidaridad y protección en la vejez y contra la enfermedad que buscaba reemplazar la previsión individual como alternativa a la seguridad social o como complemento de la misma, pues su objetivo era mejorar la calidad de las pensiones y en general aportar a una mejor calidad de vida del pensionado (Arrubla, 2014)

Se conformaron así las asociaciones de jubilados del Litoral Atlántico con personería jurídica en 1960, La confederación de pensionados de Colombia en 1968. Con el trabajo realizado en estas asociaciones se establecieron acciones encaminadas a construir la identidad del pensionado edificada sobre el carácter de haber sido trabajador activo y no sobre la identidad de la vejez; la defensa de las personas mayores como consumidores

de algunos servicios como crédito para vivienda, educación, servicios de salud, recreación y uso del tiempo libre. Se reconoció la inequidad del ingreso como una de las problemáticas centrales del sistema pensional y se reconocieron a sí mismos, como un gremio con fuerza política lo que les ha permitido acompañar luchas solidarias para negociar el pasivo pensional entre el Estado colombiano y las empresas (Arrubla, 2014)

En los años 80 el tema de la vejez en la agenda pública volvió a girar alrededor de la creación y mantenimiento de instituciones para el anciano desprotegido en medio de los intereses a nivel local regional y de las instituciones privadas. De este modo los ancianos desprotegidos quedaron subordinados en vínculos clientelares que venían de tiempo atrás (Arrubla, 2014, pág. 144) la política social asistencialista es residual en términos de importancia porque el desarrollo económico era prioritario, el gasto social se redujo. Las políticas sociales marginales generaron tensiones y malestar político que llevaron a un quiebre en el 90.

Por lo tanto la formulación de políticas en salud en este período se comienza a inscribir en corrientes neoliberales que toman auge dentro de la concepción del desarrollo económico y social desde mediados de la década del 70 . (Yepes, 1990, pág. 72)

#### **2.2.4 Nacimiento de la geriatría y la gerontología en Colombia**

Aunque en salud desde los años 50 se venían desarrollando algunas acciones relacionadas con la vejez, como cursos, publicaciones este periodo fue prolijo en el desarrollo de acciones. En los años setenta se despertó por parte de la academia colombiana y de estudiosos de la geriatría y la gerontología un interés por ahondar en los estudios relacionados con la vejez.

La Gerontología y la Geriatría comienzan en Colombia un proceso de organización como sociedad científica y posicionamiento en la sociedad. En 1973 el doctor Guillermo Marroquín, primer geriatra que abrió consultorio privado, fundó la Sociedad Colombiana de Gerontología y Geriatría e hizo figurar esta especialidad en la esfera gubernamental siendo asesor de la presidencia para asuntos de la tercera edad.

En este mismo año se realizó en Bogotá el primer Seminario Nacional del Anciano patrocinado por el Ministerio de Salud, el Instituto de Bienestar Familiar y la Cruz Roja Colombiana, que se ocupó de temas relacionados con la institucionalización, la asistencia social y la salud del anciano, la situación demográfica y la geriatría en el mundo. Este evento fue la puerta de entrada a la relación entre un saber experto de la gerontología y la geriatría con el Estado colombiano (Arrubla, 2014) De este modo se nombran representantes del gobierno para participar en las Asambleas Mundiales sobre envejecimiento realizadas en Viena y Madrid, adquiriendo compromisos.

En 1974 se fundó la Asociación Nacional de Instituciones Privadas de Asistencia al Anciano (PRÓVIDA), y en 1976, nació el Centro de Psicología Gerontológica en Bogotá (CEPSIGER), con el propósito de realizar investigación, actualización, formación y asesoría psicológica e interdisciplinaria y en En 1977 el Ministerio de Salud creó la sección de Geriatría que posteriormente se llamó la sección de enfermedades crónicas y degenerativas (Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, 2008)

En el año 1979, la sección de Geriatría del Ministerio diseñó el Plan Nacional de atención integral a la tercera edad en Colombia 1986-1990 el cual estaba dirigido para la población mayor de 55 años. Se plantea el envejecimiento como un proceso en donde se subraya la interdependencia y la participación en la sociedad conconsiderando al anciano como ser humano y por tanto, merecedor de dignidad y respeto. El plan priorizaba su atención para tres grupos de personas ancianas pobres , los ancianos que no estaban cubiertos por la seguridad social y no estuvieran institucionalizados, los institucionalizados y los indigentes que vivían en la calle. (Ministerio de la Protección Social, 2007, pág. 7)

En 1980 el doctor Guillermo Marroquín elaboró la primera clasificación de la vejez con criterios biológicos, sociales y psicológicos, señalando que la vejez inicia a los 49 años. Con esta clasificación se reitera la concepción de persona vieja asociada a enfermedad. (Echeverri, 1994, pág. 9) (Anexo: clasificación de la vejez. Según el doctor Marroquín)

Hay gran preocupación por la crisis de la jubilación por lo que en ciudades como Medellín y Bogotá se instauran cátedras de psicología gerontológica en facultades de Psicología de universidades privadas, se realizan también se simposios, congresos y se

establecen programas académicos a diferentes niveles: auxiliar en el SENA y pregrado o postgrado en varias universidades; es decir hay todo un despliegue académico en relación con el asunto de la vejez. Se destaca también el papel de diferentes universidades como la Nacional, la de Antioquia y la Javeriana con respecto a la problemática del envejecimiento y el trabajo investigativo desarrollado; así mismo, resalta la asesoría a comunidades y municipios.

De igual forma, desde esta época se ofrecen por parte de las cajas de compensación de varias ciudades programas de recreación, en algunas empresas realizaron programas de prejubilación y se promueve el trabajo voluntario de los adultos mayores, y en Medellín se funda el club de la edad dorada.

Ante la crisis económica mundial, en la conferencia de Alma Ata realizada en 1978, se planteó la meta de “Salud para todos en el año 2000”, utilizando como estrategia la Atención Primaria en Salud (APS) que dentro del nuevo orden económico significó una relación diferente entre salud y desarrollo. La APS se adaptó a la realidad histórica e institucional reduciéndola a un primer nivel de atención y el desarrollo de acciones simples realizadas por personal auxiliar y promotores de salud (Hernández & Obregón, 2002)

Se trataba de proporcionar los elementos esenciales de la salud ampliando las coberturas con el mínimo costo. Se inició así el desarrollo de programas preventivos para el nivel local de atención que recayeron sobre la promotora de salud, el promotor de saneamiento y la auxiliar de enfermería esta situación condujo a una prestación de servicios de baja calidad. (Yepes, 1990, pág. 79)

La APS fue un plan de desarrollo nacional que intentó proporcionar los elementos considerados mínimos para llevar una vida social y económicamente productiva. De este modo aparece la productividad como un valor importante en la definición del nivel de salud alcanzable. El saber científico y técnico cumple un papel fundamental en la construcción de los estilos de vida. La salud pública y la medicina clínica con campañas preventivas de educación para la salud crean una conciencia colectiva y una responsabilización individual. (Yepes, 1990)

Como lo plantea Hernández, & Obregón, si bien, la crisis fiscal afectaba la disponibilidad de recursos en salud, la idea de garantizar los servicios básicos de salud para toda la población se vio fortalecida. Es así como después de 1985 la estrategia de APS adquirió un lugar preponderante como eje de la política de salud, con los programas materno-infantil, control de enfermedades prioritarias y para fortalecer la prestación de servicios en el segundo y tercer nivel, se incluyeron los programas de crónicos por enfermedad cardiocerebrovascular y cáncer, de una alta incidencia en las personas ancianas. (Hernández & Obregón, 2002)

En 1988 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) propuso los Sistemas locales de salud (SILOS) para fortalecer y desarrollar los sistemas de asistencia sanitaria. Se plantearon como una respuesta para acelerar la aplicación de la estrategia de la APS y así alcanzar la meta de Salud para Todos en el año 2000. En Colombia en el marco de los SILOS se desarrollaron nuevos programas de atención y prevención como el de Salud del Adulto, que abordaba las enfermedades crónicas no transmisibles y con ellas a las personas ancianas. “Este programa implicó un cambio en las prioridades políticas de los organismos de salud del país y de la OPS, sobre la base del reconocimiento de las variaciones que se producían en los patrones de morbilidad y mortalidad de la población, así como, la generación de una conciencia sobre la transición epidemiológica, donde las poblaciones viejas dejaban su cuota con las enfermedades crónicas no transmisibles, y el fortalecimiento de la formación y el trabajo epidemiológico” (Hernández & Obregón, 2002, pág. 41)

Ligado a estos programas, en los SILOS se buscó la formación de un nuevo tipo de profesional de la salud, preparado en el manejo de tecnologías de práctica médica que se articularan a las APS, por esto se abordó el campo de la Medicina Familiar y la Salud Familiar (Hernández & Obregón, 2002)

Es así como desde este momento se habló de autocuidado y se implementaron programas que incidieran en el comportamiento de los miembros de las familias como fue el Plan Nacional para la Supervivencia y el Desarrollo infantil (Supervivir) que integro los sectores salud y educación.

En este momento se habló de autocuidado y se implementaron programas que

incidieran en el comportamiento de los miembros de las familias como fue el Plan Nacional para la Supervivencia y el Desarrollo infantil (Supervivir) que integro los sectores salud y educación.

En síntesis, este período que comienza a inicios de los años 70 hasta 1990, la idea de envejecimiento y vejez va cobrando fuerza dentro del ámbito político y económico. La representación social de la persona anciana se va transformando de una imagen de improductividad se transforma a una de recurso productivo y de consumo. El discurso de envejecimiento demográfico es legitimado como una verdad que se ubica en el centro de todas las discusiones y decisiones tomadas en el ámbito económico, político y social.

### **2.3 Tercer período de 1991 a 2015. Medicalización del envejecimiento y la vejez; de la salud como unproducto de consumo a la gestión del riesgo en salud**

Este último período se caracteriza por el reconocimiento del envejecimiento y la vejez dentro de las agendas políticas mundiales y nacionales que instan a los países a formular políticas de envejecimiento y vejez. Es un período donde el mercado se impone como lugar de verdad, que hace ver los procesos de envejecimiento y vejez como un gran potencial. Se amplía también el terreno médico y por ende la red de medicalización a los riesgos para gestionarlos gubernamentalmente, mediante la gestión del riesgo en salud.

A nivel internacional en el año de 1992 diez años después de la primera asamblea mundial sobre envejecimiento se establecieron orientaciones generales para que los países siguieran aplicando el plan de acción mediante la proclamación sobre el envejecimiento y se proclamó 1999 como el año internacional de las personas de edad . En el año 2000 por recomendación del Consejo Económico y social, se convocó a la segunda Asamblea Mundial sobre envejecimiento que se desarrolló en Madrid en el 2002, en el cual se adoptó el Plan Internacional de acción 2002 ,se presenta el envejecimiento global como un logro histórico, y por tanto, como un potencial para

contribuir al desarrollo de las sociedades y se compromete a los gobiernos a incluir el envejecimiento en todas las políticas de desarrollo social y económico.

De otro lado, dadas las recomendaciones sobre reformas dadas por el Banco Mundial a finales del siglo XX, Colombia inicia su proceso de reformas a partir del gobierno de Cesar Gaviria.

### **2.3.1 Las reformas en Colombia**

Con la elección presidencial de César Gaviria (1990-1994) se produjo un primer pacto político que condujo a la participación en el gobierno del nuevo partido Alianza Democrática y a la búsqueda de una reforma política por la vía de la convocatoria a una Asamblea Nacional Constituyente, que tuvo lugar en 1991. Allí comparecieron las diversas fuerzas políticas del país. Se contó con la presencia de militantes de varios grupos de reinsertados de la guerrilla así como de partidos políticos de izquierda haciendo posible que la nueva Constitución política fuera el resultado de numerosos actores sociales que buscaron moldear un proyecto de nación que apuntara a una sociedad más democrática para superar los viejos problemas del país. Así mismo, la carta constitucional al tiempo que proclamó todo tipo de derechos para una mayor igualdad, oficializó el modelo neoliberal que se venía implementando en el país. (Arrubla, 2014)

Algunos de los planteamientos que resultaron de la Asamblea fueron: la necesidad de incorporar, como categorías específicas de la política social, a poblaciones particulares como: los indígenas, los negros, las mujeres, los niños, los jóvenes y las personas ancianas. La familia fue confirmada como la unidad básica de la sociedad y como una de las instituciones del bienestar. Aunque da fuerza al principio de corresponsabilidad legítima y formaliza el papel del mercado en la prestación de los servicios que operan la seguridad social. (Arrubla, 2014) La constitución también deja establecido que la atención en salud al igual que el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado quien debe garantizar servicios de promoción, protección y recuperación de la

salud, pero también establece que las personas tienen la obligación de procurar cuidado integral de su salud y de su comunidad. (Gomez A. , 2014)

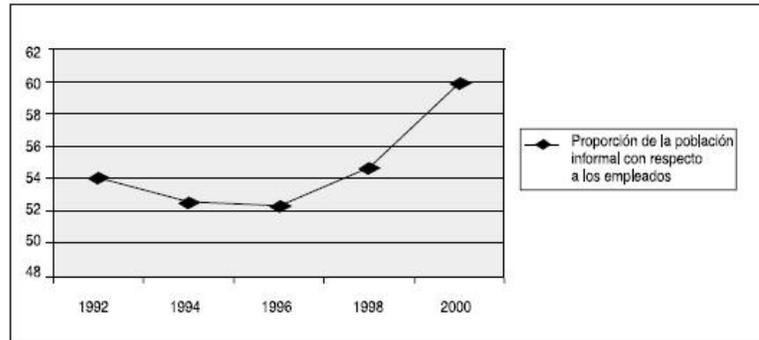
La constitución reconoce al anciano por primera vez, considerando su problemática y se habla de su protección y asistencia. Y delega en el Estado garantizar los servicios de seguridad social integral pero también hace una diferenciación para la atención a los ancianos indigentes con un subsidio alimentario.

De otro lado el plan de desarrollo de César Gaviria Trujillo (1990-1994) recoge conceptos claves del discurso neoliberal predominante de las organizaciones financieras internacionales, así como el pensamiento de grupos económicos nacionales que promovían la apertura para buscar nuevos mercados, aspectos que a lo largo de los diversos gobiernos que le han precedido se ha buscado dar continuidad y afianzamiento en el transcurso de este periodo. Esto implicó abrir las fronteras nacionales a la economía mundial con la estrategia de la apertura de la economía colombiana y una transformación al interior de las estructuras productivas con la participación del sector privado en los frentes de producción y servicios que estaban a cargo del Estado. (Hernández & Obregón, 2002)

Acorde con estas prácticas, se realizó una reforma laboral y una gran reforma estructural de la seguridad social en el país, las cuales se han venido ajustando en el tiempo. La reforma laboral, definida por la Ley 50 de 1990, buscó ofrecer mejores condiciones a los empresarios para modernizar la producción nacional eliminando las restricciones laborales para hacer más flexible el mercado de trabajo y bajando el valor de la mano de obra para reducir los costos a los empresarios. Esto ha traído como consecuencia efectos negativos para la sociedad ya que dio origen a nuevas exclusiones, negación de derechos, aumento y aparición de nuevos tipos de desigualdades, pérdida de instituciones, aumento de la informalidad, bajos salarios y baja competitividad y a sí mismo, fue generando mutaciones en la comprensión de ciudadanía, derechos sociales y democracia (Vega, 2010)

#### **Figura 2-4: Evolución de la informalidad y el desempleo**

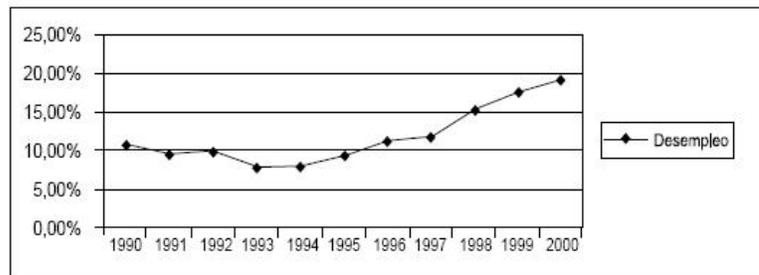
Evolución de la informalidad



Fuente: Estadísticas DANE

Gráficos: Autores

Evolución del desempleo



Fuente: Estadísticas DANE

Gráficos: Autores

Tomado de Ochoa, D y Ordoñez , (2004)

Así mismo provocó un crecimiento masivo de población que vive en condiciones de pobreza, y el deterioro de todos los indicadores sociales a lo cual se le sumó como lo afirma Pecaut, el conflicto armado que generó mayor pobreza, desorganización social y la exacerbación de la violencia en todos los ámbitos. (Pécaut, 2006)

Mediante la Ley 100 de 1993, se reformó el sistema de seguridad social en el país que implicó la reorganización, reestructuración y descentralización del sistema de servicios de salud, de la seguridad social y del sector oficial existente. La salud quedó inmersa en un sistema de aseguramiento por parte del mercado con competencia regulada y un subsidio a la demanda para las personas pobres (Hernández & Obregón, 2002). Se asume así que la salud es un producto de consumo y por lo tanto participa de las leyes del mercadeo, entra en el proceso de libre competencia para asegurar sus niveles de calidad (Yepes, 1990)

El acceso a los servicios individuales de atención médica es definido por un Plan Obligatorio de Salud (POS), el cual es financiado con los aportes de los cotizantes o por el subsidio a la demanda de los pobres, mientras que los servicios colectivos, con altas externalidades, se ubicaron en el Plan de Atención Básica (PAB), hoy denominado Plan de Intervenciones Colectivas (PIC).

En síntesis, se puede decir, como lo plantea Hernández, que es un modelo de mercado regulado de aseguramiento individual, donde cuanto más aporten las familias menor será el gasto público. En el modelo predomina la concepción neoclásica general de la atención médica como bien privado y la integración de los agentes por la vía del mercado. Dentro de este modelo las funciones del Estado son: “definir las reglas de manera concertada con los agentes, incorporar a los pobres al mercado a través de un subsidio de la demanda, concentrar recurso en acciones de altas externalidades demostradas y vigilar y castigar el incumplimiento de los contratos”. (Hernández, 2005, pág. 471)

Es un sistema que legitima y consolida las inequidades propias del mercado en materia de salud, con un régimen contributivo para el trabajador formal, el pensionado o el trabajador independiente que se asegura particularmente y un régimen subsidiado que “es una especie de caridad mediatizada, dado que se trata de un subsidio en virtud del título de pobre” y una medicina prepagada para las personas que tengan capacidad de pago. (Hernández, 2005, pág. 477)

Para la reforma pensional se introdujo el argumento del envejecimiento demográfico para explicaba la crisis de la seguridad social que se estaba viviendo en ese momento en el ISS y de esta manera justificar la introducción de los fondos de ahorro privado como única alternativa a la crisis.

El discurso demógrafo-economicista, configurado en el plano internacional, fue y sigue siendo difundido por la tecnocracia económica colombiana en los diferentes medios de comunicación, llegando a la cotidianidad de la vida de las personas, creando una corriente de opinión de aceptación hacia el ahorro individual y los fondos privados. Este

discurso ha sido fundamental en las decisiones políticas y administrativas que se han tomado en relación con la política social para la vejez (Arrubla, 2014).

La reforma del sistema pensional, propuesta por Gaviria, aumentó la edad y las semanas de cotización y estableció dos regímenes: el solidario de prima media con prestación definida y el régimen de ahorro individual con solidaridad. Para los ancianos indigentes en la ley 100 se plantea el establecimiento de un programa de auxilio .

Los dos últimos años del siglo XX como consecuencia de las reformas implantadas, estuvieron marcados por las altas tasas de desempleo y la crisis de la seguridad social. La propuesta de los grupos económicos fue potenciar los fondos de ahorro privado, los cuales registraban aumento de la rentabilidad y del valor debido a que crecían a expensas del traslado de los afiliados del ISS. (Arrubla, 2014)

Para la década del 2000, la acción gubernamental se centró en tres aspectos: la lucha contra el narcotráfico que se acompañó de la firma del Plan Colombia con el gobierno de los Estados Unidos y que incluyó la puesta en marcha de políticas sociales dirigidas a las poblaciones en conflicto. La crisis de la Seguridad Social y en especial el Seguro Social y la adopción del Sistema Social del Riesgo mediante documento CONPES 3144 de 2001 con el fin de articular y flexibilizar la oferta institucional para prevenir, mitigar o superar los riesgos de las recesiones económicas y del saneamiento fiscal (Arrubla, 2014)

En relación con la crisis del Seguro Social los tecnócratas colombianos buscaron explicarla asumiendo el contexto de la crisis financiera de la seguridad social en el mundo pero sin tener en cuenta el contexto particular de Colombia. Se comunicó a la población que la precariedad de las entidades de la seguridad social ponían en riesgo a los pocos que tenían acceso a la misma y las instituciones del Estado no tenían la capacidad de pagar las pensiones, generando en la gente una sensación de incertidumbre con respecto a la posibilidad de no pago de pensiones por parte del Seguro Social en un futuro cercano. (Arrubla, 2014)

Para la Asociación Nacional de Instituciones financieras, (ANIF), el envejecimiento demográfico aumentaba los costos del sistema de pensiones y en consecuencia, los pensionados inactivos afiliados al ISS se constituirán en una carga para los trabajadores

activos. Se propuso a manera de acto de justicia, aumentar la edad de pensión y el valor de la cotización así como la creación de los fondos privados de ahorro siguiendo el modelo chileno o estadounidense. (Arrubla, 2014)

En el año 2002, respaldado en los planteamientos realizados desde inicios del nuevo siglo sobre seguridad humana<sup>10</sup> aparece en el discurso de Álvaro Uribe Vélez una explicación más a la problemática socioeconómica del país y era la idea de la seguridad democrática, la lucha contra la corrupción y el rechazo a la vieja política. Uribe sostenía que el restablecimiento de la justicia social entendida como la confianza inversionista y la estabilidad macroeconómica, implicaba austeridad en el gasto pública, disminución de privilegios en el sistema pensional, trabajo con vocación empresarial para así emprender la lucha contra el terrorismo. (Arrubla, 2014)

Durante sus dos periodos de gobierno entre 2002 y 2010, se aprobó la reforma laboral que disminuyó garantías para los trabajadores, se hizo un nuevo ajuste al sistema pensional dirigido a aumentar la edad, las semanas de cotización y los valores de cotización, y se hicieron arreglos institucionales para proveer fondos financieros para los subsidios de las personas viejas indigentes (Arrubla, 2014)

Durante el segundo gobierno del presidente Uribe Vélez, por ley 1151 de junio de 2007, se reglamentó al Ministerio de la Protección Social llevar a cabo el proceso de definición y desarrollo de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez, lo cual redefine desde el punto de vista gubernamental el problema de las personas mayores como un asunto que tiene que ver con los servicios de salud y pensiones.

Finalmente, en el gobierno de Juan Manuel Santos (de 2010 hasta ahora), quien en su Plan de Desarrollo 2010-2014 plantea el objetivo de establecer un gobierno de tercera

---

<sup>10</sup> “Derecho de las personas a vivir en libertad y con dignidad, libres de la pobreza y la desesperación...a disponer de iguales oportunidades para disfrutar de todos sus derechos y a desarrollar plenamente su potencial humano”. Busca reorientar la atención de los Estados de la comunidad internacional hacia la supervivencia , los medios de subsistencia y la dignidad de las personas como base para alcanzar la paz , el desarrollo y el progreso. (Fondo Fiduciario de las Naciones Unidas para la seguridad Humana 2015. P 1) Se plantea así una seguridad humana como responsabilidad más que de los Estados de las comunidades y las personas y como un asunto de supervivencia para alcanzar la paz y el desarrollo.

vía que se resume en el principio fundamental “ el mercado hasta donde sea posible y el estado hasta donde sea necesario” (PND. 2010-2014. P 24), se ha dado continuidad a la implementación y afianzamiento del modelo económico neoliberal en el que se acentúa una política social enmarcada dentro de un enfoque de manejo social del riesgo entendido como un instrumento de los gobiernos para regular y complementar las instituciones de mercado y las estructuras sociales haciendo un balance costo beneficio económico. (Ortiz, 2007, pág. 7)

Así mismo, siguiendo las políticas internacionales, el presidente Santos planteó la necesidad de la consolidación de la paz, mediante la terminación del conflicto armado, para lo cual inició los diálogos o negociaciones de paz entre el gobierno y las FARC, también conocidos como “Proceso de Paz en Colombia”, los cuales tuvieron lugar inicialmente en Oslo y en la actualidad se desarrollan en la Habana, Cuba. Propone así un Plan de Desarrollo 2014- 2018 alrededor de tres ejes paz, equidad y educación, señalando que se debe romper con la persistencia de las problemáticas sociales más graves para afianzar el rumbo hacia el desarrollo económico y social. (Departamento Nacional de Planeación, 2015)

En relación con el sistema de pensiones, como responsabilidad personal, se crea por parte del gobierno Santos una estrategia a mediano y largo plazo para el grupo de personas pobres clasificadas en el Sistema de identificación y clasificación de potenciales beneficiarios para programas sociales “Sisbén” 1,2 y 3. Es un ahorro individual realizado por las personas que no pueden cotizar a un fondo de pensiones o quienes han cotizado pero no alcanzan con el requisito de semanas cotizadas exigidos por la ley para alcanzar una pensión. De este modo lo que buscan Beneficios Económicos Periódicos (BEPS), es que las personas ahorren de acuerdo a su capacidad durante su “etapa productiva” recibiendo un subsidio del 20% sobre lo que han ahorrado con el fin de contar con una garantía de ingreso para la vejez. Estos BEPS se incluyeron como parte de los servicios sociales complementarios del sistema de seguridad social integral. (Consejo Nacional de Política Económica y Social, 2012)

### **2.3.2 Acciones para las personas ancianas y la política social**

Durante este período se continua realizando una serie de acciones para la vejez, con la Constitución del 1991 se abrieron las puertas a la persona anciana como ciudadano con derechos y obligaciones. Los gobiernos han desarrollado proyectos dirigidos a esta población como el Programa Presidencial para la Juventud, la Mujer y la Familia PROMOVER, encargado de impulsar acciones como centros día, apoyo a microempresas entre otras, se creó la Defensoría del Pueblo y dentro de la misma, una defensoría delegada para la niñez, la mujer y la vejez. Se impulsó la formación de derechos humanos en la perspectiva de población anciana, se estimula a la participación política.

Igualmente, el Consejo Nacional de Política Social y Económica (CONPES 2722 de 1994 y CONPES 2793 de 1995) asignó a la Red de Solidaridad Social el desarrollo de un programa dirigido a adultos mayores de 65 años en extrema pobreza o indigencia con recursos del presupuesto general de la nación. Las Cajas de Compensación de Subsidio Familiar han desarrollado actividades relacionadas con el cuidado de la salud, programas de bienestar para la población pensionada, preparación para el retiro. En síntesis, a partir de este periodo cada gobierno ha implementado acciones encaminadas a que la persona anciana se autoresponsabilice, se autocuide y ocupe su tiempo realizando actividades.

Se ha implementado también programas de subsidios para las personas mayores más pobres, ayudas económicas, comedores comunitarios, centros día y noche, suministro de gafas y aparatos ortopédicos, y en este último gobierno del presidente Santos se implementó el programa de Colombia Mayor que provee subsidios en dinero o en forma de servicios sociales básicos que proveen los Centros de Bienestar del Adulto mayor y los Centros Diurnos.

De esta manera, la política social en este periodo pasó a ser una función primaria del Estado y se tornó manejo social del riesgo que se plantea entonces como un apoyo a las necesidades del más pobre para amortiguar los riesgos. Para esto, se priorizan los grupos y se invierte valorando el coste en función del beneficio de manera que los limitados recursos sean dirigidos a intervenciones que tengan mayor impacto y sean eficaces para la mayoría. (Ortiz, 2007)

### **2.3.3 Política Nacional de Envejecimiento y Vejez en Colombia**

En el año 2002, representantes del gobierno de Colombia participaron en la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento realizada en Madrid y asumieron los compromisos planteados en el Plan de Acción. De esta forma, Colombia se obligó a construir en forma colectiva, con la participación de los sectores público y privado, una política de vejez de largo plazo ajustada a las necesidades del país y basada en un diagnóstico que fuese el resultado de investigaciones específicas.

Según lo planteado en la Política 2007-2014 se organizaron mesas de concertación con diferentes actores involucrados en la problemática del envejecimiento y la vejez y se elaboran varios documentos como insumo y se efectuó un diagnóstico de las personas mayores en Colombia y la situación del país en el contexto latinoamericano (Ministerio de la Protección Social, 2007)

El Ministerio de Protección Social contrató a la Universidad Javeriana y vinculó a la Fundación Saldarriaga Concha para hacer la revisión exhaustiva del tema y de los documentos de las mesas de trabajo respectivamente, actualizar el diagnóstico y plantear los aspectos estructurales de la política.

En diciembre de 2007 el Ministerio elaboró el documento Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2007 – 2019, enmarcado en cuatro aspectos: el envejecimiento biológico y su relación con el envejecimiento demográfico, los derechos humanos, el envejecimiento activo y la protección social integral que posteriormente es complementado en un segundo borrador propuesto para una vigencia de 2014-2024 que es presentada por vía electrónica para consulta y consolidación final.

El primer aspecto de la política es el envejecimiento biológico y su relación con el envejecimiento demográfico argumentado sobre la base de los discursos demográfico-economicistas. Pone en contraste el envejecimiento individual y el envejecimiento poblacional, para lo cual plantea como los efectos de la medicalización han impactado positivamente las condiciones de envejecimiento generando mayor esperanza de vida y modificando la estructura de edad de la población que ha traído como consecuencia

cambios en los patrones de enfermedad, con una doble carga que impacta las condiciones financieras de los países.

Plantea que “El envejecimiento humano como proceso de construcción social y producción del envejecimiento en las sociedades integra el enfoque de curso de vida según el cual las relaciones entre los eventos históricos, los cambios económicos, sociales, culturales y demográficos configuran las vidas individuales, familiares y las generaciones o cohortes” (Ministerio de salud, 2014, pág. 10)

De este modo, el curso de vida tiene que ver con la manera en que las personas se van configurando y construyendo en medio de una acumulación de riesgos y oportunidades, cuyos resultados son observados posteriormente teniendo en cuenta los recursos disponibles, la capacidad de agencia humana y el contexto socioeconómico e histórico. Por tanto, los cambios en los individuos a lo largo de la vida tienen consecuencias para el desarrollo económico.

En consecuencia, la planeación de la vida cobra importancia porque presupone una ponderación de los riesgos y la elección entre diversas opciones mediada por el conocimiento de los expertos que ayudan a saber cómo evitar los riesgos. Dentro de esta dinámica, incluso a los más pobres se les exige asumir su responsabilidad individual por las consecuencias que los riesgos a los que están expuestos traen, como si las trayectorias biográficas fueran resultado de escogencias individuales espontáneas ignorando su verdadera y profunda naturaleza social.

El segundo aspecto tiene que ver con los derechos humanos. Se da vigencia a los derechos de las personas mayores, como sujetos especiales de derecho, expresados en responsabilidades compartidas y deberes donde el Estado es el encargado de poner a disponibilidad los recursos para que las personas ancianas puedan orientar sus acciones y cumplir con las obligaciones.

A su vez, el envejecimiento activo como tercera característica de la política de envejecimiento y vejez se aplica a individuos y grupos de la población. Le permite a las personas realizar su potencial de salud a lo largo de la vida para participar en la sociedad de acuerdo con los derechos, necesidades e intereses, capacidades y oportunidades. El envejecimiento activo sugiere por tanto un sujeto anciano

independiente, participativo, autónomo con menores niveles de discapacidad y enfermedad crónica para seguir participando de la vida económica y productiva por medio de diversos empleos y una vida familiar, impactando además la atención en salud. En suma el envejecimiento activo le permite a la persona anciana ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida.

El discurso de envejecimiento activo y exitoso ha desarrollado y afianzado la industria de anti-envejecimiento que incluye todos los recursos que se pueden encontrar en el mercado de acuerdo a la capacidad de pago y que se le ofrecen en los medios para alcanzar un autocuidado óptimo y la satisfacción perdida, así como, la posibilidad de intervenciones y tratamientos terapéuticos de alta tecnología.

La cuarta característica es la protección social integral o manejo social del riesgo, que busca intervenir ante amenazas, riesgos, vulnerabilidades mediante estrategias de prevención, mitigación y superación. De este modo el Estado abre las oportunidades para que un individuo, un hogar, una comunidad, una institución aumenten su capacidad para manejar los riesgos, puesto que si las personas no cuentan con las medidas de protección de ingresos y programas de redes de protección social adecuados los individuos son más vulnerables.

Las intervenciones públicas son en tanto, intervenciones en capital humano, para asistir a personas, hogares y comunidades en el manejo de riesgo y proporcionar apoyo a quienes se encuentran en extrema pobreza. Se afirma así en la política de envejecimiento y vejez que la protección social se convierte en el trampolín para que los pobres retomen un trabajo lucrativo (Ministerio de salud, 2014)

De modo que con la política no se busca modificar las causas de la pobreza sino que las personas tengan elementos para hacer frente a sus consecuencias y puedan incluso desarrollar actividades riesgosas de mayor rentabilidad que le permitan salir de la pobreza crónica y así garantizar una seguridad económica general. (Holzmann & Jorgensen, 2000, pág. 3) Así el manejo social del riesgo permite que los pobres cuenten con ingresos para que se puedan asegurar a título individual o colectivo sobre la base de su propia reserva contra los riesgos existentes, con las oportunidades que el mercado ofrece.

La política 2014-2024 plantea tres pilares básicos para la protección social: seguridad de ingreso, salud y organización de servicios de cuidado. Al respecto subraya, que si hay seguridad en el ingreso no se va a competir con los jóvenes por una pensión. En salud se tendrá más recursos para el autocuidado y acceso a los servicios, para preservar la capacidad funcional y autónoma, incidiendo en la doble carga de una transición epidemiológica mixta impactando las condiciones económicas y sociales de los países

En relación con la organización de los servicios de cuidado, para los ancianos dependientes, la política de envejecimiento y vejez señala que es posible tener acceso a servicios que maximicen la autonomía y el bienestar familiar y del individuo de manera que la institucionalización sea la opción menos usada y como última alternativa.

De este modo como lo menciona Hernández, la organización del cuidado legitima la delegación del Estado a la familia de la responsabilidad del cuidado en un sistema de salud reduccionista con tendencia familiarista y de ahorro de capital. (Hernandez, 2015, pág. 226)

A partir de la interacción de estos cuatro aspectos, la política crea una manera de ser y pensar en la vejez desde la responsabilidad y obligación personal para desarrollar la competencia para sí mismo y su familia, la autonomía para procurarse el bienestar y la subsistencia propia y de las personas a cargo. Así mismo plantea una reconstrucción orgánica de la sociedad a partir de pequeñas comunidades naturales, familiares, de vecinos que se protejan contra los riesgos, se sometan a la dinámica competitiva y fomenten el emprendimiento.

El discurso demógrafo-economicista aparece entonces como una estrategia de las tecnologías disciplinares y biopolíticas que genera acciones moralizantes de responsabilización individual y colectiva en las personas ancianas con el fin de que no se conviertan en una carga para las nuevas generaciones, asegurando así la reproducción de un orden social de acuerdo a objetivos gubernamentales.

De esta manera como lo refiere Arrubla 2014, aparece una nueva moral para la persona anciana quien es introducida de nuevo para aportar al desarrollo de donde se le había

excluido. La persona anciana encuentra en la imagen de la vejez activa y productiva una nueva identidad, que puede alcanzar mediante un esfuerzo personal que implica autocuidado para no enfermar o no enfermar más y trabajo productivo o reproductivo para entregar a su comunidad. Esto introduce a la vez otras formas diferentes de relacionarse con el Estado, con las instituciones y con la exigencia de derechos y obligaciones.

De ahí que, la política involucra no solo a las personas viejas sino a toda la población en sus diferentes etapas para alcanzar una vejez saludable, autónoma, productiva y con los recursos suficientes para ser feliz en esa etapa de la vida.

Surge así mismo como lo propone Arrubla, dentro de la concepción de vejez una clasificación de persona vieja-joven saludable, autónoma, productiva y la de la persona vieja-vieja que requiere cuidado de largo plazo y que estaría a cargo de sistemas familiares. (Arrubla, 2014, pág. 108)

En síntesis con estos cuatro ejes que tiene la política nacional de envejecimiento y vejez se promueve el envejecimiento activo ,participativo, productivo, responsable con el cuidado de la salud y el acceso a los recursos, e involucra a toda la población a fomentar estilos de vida saludables desde la niñez.

### **La gestión del riesgo en salud**

En relación con la salud el enfoque durante este período ha sido de gestión del riesgo en salud. El Congreso de la República mediante la Ley 1122 de 2007 adoptó la gestión del riesgo en salud como una función indelegable del aseguramiento y estableció para el Ministerio la tarea de definir un Plan Nacional de Salud Pública. El Ministerio precisó como una de las cinco líneas de política del Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, la prevención de riesgos (Ministerio de la Protección Social, 2007) (Gómez A. , 2014, pág. 5)

De modo que el territorio médico se amplió a los riesgos y esto a su vez redefine la práctica médica, haciendo que la medicalización avance abordando situaciones que

antes no eran consideradas problemas medicos adquiriendo así una dimension politica que devela la forma como la sociedad se gobierna.

Así que el saber científico y técnico cumple un papel fundamental para la construcción de los estilos de vida, del mismo modo la salud pública y la medicina clinica mediante campañas preventivas de educación para la salud, crean la conciencia colectiva de responsabilizacion individual. Entonces, la medicina juega un papel importante en la conformacion de las subjetividades y en la manera como la sociedad está entendiendo la felicidad en términos corporales y vitales.

Incluso como lo afirma Rose la sociedad está viviendo un cambio epistemológico y ontológico sustentado en la tecnología de la optimización que a un bajo costo con medidas preventivas está reconfigurando los procesos vitales con el fin de maximizar su funcionamiento y alcanzar una vejez activa. (Rose, 2012)

Lo anterior lleva a plantear como lo afirma Castro, que somos una sociedad que se entiende en relación con el riesgo y la peligrosidad. La sociedad se ha organizado en torno al concepto de riesgo, el futuro de los viejos es tenido en cuenta con base en cálculos y valoraciones de probabilidad de dependencia. Con la gestión del riesgo en salud lo que se busca es definir el riesgo hasta cuando se considera normal para luego gestionarlo gubernamentalmente. (Castro S. , 2010)

No se impide que suceda el riesgo, es más se le permite que actue pero dentro de cierto intervalo considerado como normal como los limites o rangos de colesterol o glucosa en sangre o los valores de cifras tensionales, valores de sobrepeso, etc. El futuro depende de las decisiones presentes por eso la vida diaria y la eleccion de un estilo de vida adquieren especial importancia. De este modo, el estilo de vida se difunde en el lenguaje cotidiano de las personas, su escogencia es influida por presiones de grupo, los medios de comunicación, las circunstancia socioeconómicas y las personas al seguir ciertos hábitos y orientaciones perciben la sensación de seguridad ontológica.

Se plantea que existen diferentes tipos de riesgos de acuerdo a la percepcion individual y colectiva del riesgo. En la prevención se diferencia las causas que enferman a las comunidades y las causas que enferman a las personas, de ahí que se habla de

intervenciones colectivas e individuales aunque estas dos se combinan para lograr prevenir la mayoría de las enfermedades. El Plan Decenal de Salud Pública es quien direcciona el conjunto de acciones (Plan de intervenciones colectivas PIC) que las entidades públicas o privadas deben realizar sobre una población específica con individuos identificables y caracterizables. A las EPS les corresponden identificar los riesgos que tiene su población afiliada para direccionar las acciones de detección temprana y protección específica con los programas de promoción y prevención o los incluidos en el Plan obligatorio en salud para que cada individuo asuma su gestión mediante el autocuidado y la adopción de estilos de vida con el fin de disminuir los eventos de enfermedad. (Gomez A. , 2014)

De manera que los riesgos se convierten en un determinante de las estrategias de medicalización en el espacio social, que permite categorizar a las personas ancianas y sus familias para hacerlas merecedoras de atención en salud o de un beneficio en un programa de asistencia social.

Así mismo, dado que la lógica del riesgo se adecuó a procesos de individuación y responsabilización en que las personas ancianas se ven forzadas a tomar decisiones especialmente para evitar el riesgo de la dependencia al que pueden estar expuestas lo que lleva a que puedan sentir culpabilidad o temor , haciéndolas cada vez más vulnerables por que las seguridades con que cuentan las consideran insuficientes y el compromiso de las instituciones cada vez es menor ya que la responsabilidad institucional cada vez se diluye más.

#### **2.3.4 La vejez como un recurso productivo y de consumo**

A través del discurso de envejecimiento demográfico y gestión social del riesgo se generan nuevas configuraciones de verdad, poder y subjetividad que se hicieron manifiestas en la política nacional de envejecimiento y vejez, como envejecimiento activo, autocuidado, dependencia del cuidado.

En el estudio realizado por Fedesarrollo y la Fundación Saldarriaga Concha presentado en 2015 se puede identificar a través de las propuesta que realizan la manera en que la

política se hacen operativa, mostrando a las personas ancianas como un recurso productivo y de consumo. (Fedesarrollo & Fundación Saldarriaga Concha, 2015)

El estudio trabajó fundamentalmente cuatro temas: pensiones, salud, trabajo y ahorro y cuidado, sustentados en los procesos de transición demográfica que está viviendo el país y que está llevando a que cada vez la población sea más vieja. En relación con los pensionados señala que hay una baja cobertura del sistema pensional y que cada vez tiene a ser más baja, con diferencias entre hombres y mujeres, de ahí que, haya un alto porcentaje de personas ancianas trabajando informalmente, porque no cuentan con recursos para sostenerse. Aunque un porcentaje considerable de personas mayores cuentan con una vivienda que fue autoconstruida pero no legalizada, la probabilidad que este activo fijo genere flujo de ingresos para cubrir los gastos en la vejez es muy baja. Frente a esta problemática identificada se plantea educar financiera y previsionalmente a la población incentivando el ahorro para la vejez, lo cual resulta rentable para los fondos privados, los bancos, las aseguradoras.

Igualmente señalan que es necesario que se implementen medidas para que las personas mayores tengan la oportunidad de trabajar hasta que quieran y sean capaces. Con el imaginario de envejecimiento activo es posible ampliar el capital humano para que la persona anciana pueda seguir trabajando, sin embargo, no se hace referencia al salario que por lo general tiende a ser más bajo con el envejecimiento del trabajador, lo que puede ser utilizado como atractivo para los capitalistas en el sentido de que se convierte en mano de obra barata o sencillamente ancianos a quienes se les confiere los roles asignados a la mujer en el ámbito reproductivo encargadas del cuidado de los ancianos, niños (nietos) y las labores del hogar sin ninguna retribución.

En relación con la salud de la persona anciana se señala que en la vejez hay una mayor incidencia y prevalencia de las enfermedades crónicas que deterioran la calidad de vida y la salud de la población, aumentando los costos en los servicios curativos y de rehabilitación, afectando la productividad y generando incapacidades. Por lo general en las personas mayores coexisten dos o más enfermedades crónicas y esto se vincula con polifarmacia, uso inadecuado de servicios de salud, eventos adversos entre otros.

La medicalización hoy busca formas de subjetividad como sujetos activos autosuficientes, responsables pensando en función de lo somático, consumidores y apartados de las protecciones sociales. Son sujetos activos que definen el curso de su vida con prácticas de autocuidado en procura de un futuro mejor.

De nuevo la estrategia de envejecimiento saludable y activo aparece como respuesta dentro de los programas de prevención y promoción para disminuir los costos humanos y sociales de las enfermedades crónicas. Para ello, también es importante la búsqueda de casos de alto riesgo y la intervención farmacológica y psicosocial oportuna con un seguimiento a largo plazo e información para la adherencia al tratamiento. En síntesis éstas son las medidas asumidas para hacer un buen manejo social del riesgo en salud que resulta benéfico para la industria farmacéutica y la investigación terapéutica.

Otro aspecto al que cada vez se le da un mayor énfasis tiene que ver con el cuidado que requieren las personas ancianas dependientes, se plantea de nuevo incrementar la atención para la captación de las personas en riesgo, bien sea las personas ancianas o sus familias, hipertensas, hipercolesterolemia, diabetes mellitus, sobrepeso, obesidad, etc. Se resalta el papel de la familia como cuidadora, haciéndolo extensivo a los hombres y a los nietos. Proponen ajustar las leyes laborales para que sean más flexibles y permitan asumir el cuidado de los familiares enfermos. Se refuerza así la idea de susceptibilidad y optimización para reconfigurar procesos vitales con el fin de maximizar el funcionamiento.

Se redefine entonces el futuro vital actuando en el presente vital, a partir de la identificación del riesgo, que conduce a las personas, a pesar de encontrarse sanas, a clasificarse como presintomáticas o asintóticamente enfermas.

En relación con las demandas del cuidado se plantea en el estudio la constitución de una organización social del cuidado en el país, con una corresponsabilidad entre las familias, el Estado y los mercados de servicios privados a quienes se les pedirá generar ofertas asequibles para todos. Se hace claridad que el cuidado no es una obligación del Estado. El autocuidado se ubica así en un modelo de riesgos donde la persona anciana o la familia es la responsable de su salud pero también de su enfermedad.

De igual forma se propone un programa de aseguramiento del cuidado a precios que se puedan costear a partir de la edad legal de jubilación y la formación de personal auxiliar del SENA para brindar el cuidado para lo cual es necesario formalizar la reglamentación de este trabajo. Se esboza así un nuevo negocio en salud muy rentable para los agentes de mercado que plantea la manera en que se pueden diseñar los sistemas de salud en relación con el mercado del cuidado abriendo nuevos campos de acción biopolítica.

Se plantea así mismo, el cambio en el modelo de atención en salud para incrementar la capacidad resolutive en los niveles de baja complejidad, haciendo énfasis en la identificación del perfil de riesgo de los grupos y sus familias, donde la consulta con especialistas sea la excepción, que se hace evidente en el actual modelo de atención integral en salud.(MIAS)

El Modelo Integral de Atención en Salud ( MIAS) es un modelo operacional en el cual se señala que “ trasciende la dimensión técnico instrumental de las acciones en salud, transformándola en medios que propicien la expansión de la libertad fundamento ético de las acciones en salud, donde prima la concepción de la persona como sujeto con capacidad de gestión de su propia vida”, Se centra en acciones de promoción de la salud, la detección de riesgos y enfermedad, la curación de la enfermedad y la reducción de la discapacidad. Y así mismo, vincula las acciones intersectoriales y sectoriales colectivas e individuales, incluyendo los procesos clínicos. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, pág. 46)

Se propone también como prioritario la prevención de ciertas enfermedades por el alto costo. Se enfatiza en el autocuidado, los programas educativos con el objeto de asignar de manera eficiente y equitativa los recursos en salud y evitar una senda de crecimiento insostenible. De manera que con educación y la idea de susceptibilidad las personas son medicalizadas desde adentro con el consiguiente cambio en los modos de subjetivación.

Finalmente, se puede decir que con la llegada del siglo XXI, la medicalización del envejecimiento y la vejez entró a formar parte de la dinámica de mercado, ingresando en el territorio del cálculo y la rentabilidad corporativa a la par de los desarrollos científicos y

tecnológicos, así como nuevas maneras de entender y valorar la vida, la salud y el cuerpo.

Es así como el proceso de medicalización del envejecimiento y la vejez ha abierto muchas posibilidades, se ha ampliado involucrando nuevos actores y tomando así nuevos rumbos, adecuándose cada vez más una lógica de mercado que ve en el anciano un gran potencial así como en el resto de población.



### **3. Dispositivo gubernamental de envejecimiento y vejez**

*“Lo que trato de situar bajo ese nombre es, en primer lugar, un conjunto decididamente heterogéneo, que comprende discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas; en resumen: los elementos del dispositivos pertenecen tanto a lo dicho como a lo no dicho. El dispositivo es la red que puede establecerse entre estos elementos... el dispositivo tiene pues una posición estratégica dominante”. (Foucault, 1985)*

En este capítulo se pretende dar respuesta a cómo se fue construyendo el dispositivo gubernamental de envejecimiento y vejez en Colombia. Para lo cual se hace necesario esclarecer la forma social que lo constituye, ya que éste no es algo externo a la sociedad, ni al sujeto, así como tampoco éstos son externos al dispositivo. En consecuencia, a continuación se da la palabra a las personas ancianas y a su memoria para explicar la estructura social vivida por los ellos a lo largo de su vida.

#### **3.1 Reconstrucción colectiva de la forma social del dispositivo gubernamental**

La reconstrucción de la estructura social vivida por las personas ancianas participantes del estudio se estableció a partir de su memoria individual y colectiva.<sup>11</sup> Cabe señalar que no se trata de una reconstrucción histórica sino una forma de rescatar los recuerdos más significativos que marcaron la vida de los ancianos, como resultado de las relaciones que

---

<sup>11</sup> Por memoria colectiva se entiende como el proceso de reconstrucción del pasado vivido y experimentado por un determinado grupo, comunidad o sociedad. Halbwachs 2002.

establecieron con: otras personas, con las realidades vividas y la forma como los interpretan hoy.

Para presentar esta forma social se identificaron 7 categorías inductivas a partir del análisis de los relatos de vida. Estas categorías son: 1) la familia y sus legados 2) la escuela y sus finalidades 3) La centralidad del trabajo 4) la Religiosidad 5) la cuestión social 6) la intervención del Estado 7) la medicalización de la vida. A continuación se desarrollan cada una de estas categorías

### **3.1.1 La familia y sus legados**

La categoría familia se define como la institución donde se cimientan y reproducen patrones culturales hegemónicos o por el contrario se rompe con éstos y se construye principios, valores y proporcionan legados espirituales que nutren las políticas de vida

En esta categoría se desarrollan 5 ideas: 1) pertenecer a una familia, 2) asentamiento y reproducción de una cultura machista, 3) la familia extensa y el rol de las personas ancianas, 4) la pobreza como diferencial de las familias, 5) la violencia y la familia 6) formas de resistencia

#### **Pertenecer a una familia**

Los participantes del estudio manifestaron que pertenecer a una determinada familia, tener los padres que tuvieron (o no tenerlos), las maneras de ser y pensar de sus padres y demás miembros de su familia, las relaciones de poder que se establecieron, el nivel socioeconómico en el que vivieron y las situaciones críticas que enfrentaron tanto en su familia de origen como en la familia conformada fueron determinantes para sus vidas. Así mismo, la cultura y el lugar de procedencia, juegan un papel fundamental en los modos de subjetivación

Al respecto sólo un participante refiere que sus padres y él nacieron en Bogotá, el resto provienen de otras regiones del país, bien sea porque sus padres fueron los que migraron o porque fueron ellos los que se trasladaron a la ciudad de Bogotá. Esto permite vislumbrar la manera en que se fueron entretejiendo diferentes culturas en un momento histórico determinado, con sus formas de pensar y entender la realidad del

país, que influyeron en las dinámicas sociales, políticas, económicas, y las relaciones de poder y gobierno generadas.

“Yo nací en Calarcá, Quindío, pero la experiencia es que mi papá era de allá, pero mi mamá de la sabana de Bogotá, entonces compartí las dos culturas, la paisa y la de Cundinamarca, soy hecha a dos manos” (Edilma, 81 años).

“Mi familia tiene un origen muy fuerte en Santander... mi papá era un hombre muy rígido, muy fuerte, era un santandereano de carácter, la típica muestra de la cultura santandereana... mi familia, era la mayoría conservadora” (Consuelo, 66 años)

### **Asentamiento y reproducción de una cultura machista**

En las familias de origen de los ancianos participantes, se subraya el predominio de una cultura machista que diferencia los roles asumidos por hombres y mujeres. De esta forma, la imagen de madre que la mayoría de los participantes presentó fue la de una mujer dulce, religiosa, sumisa e incondicional al marido, encargada de las labores de la casa y del cuidado de los miembros de la familia (de los hijos, del marido y algunas veces de los padres). Se resalta también talentos en las madres para la realización de labores manuales con el fin de conseguir un ingreso que le hiciera acreedora al derecho de destinarlo en lo que ella considerara importante.

“Mi mamá fue la típica ama de casa...mi mamá era una mujer muy dulce, muy religiosa.. además hacía muchas cosas de tipo manual, además de atender una casa con tanta gente, le quedaba tiempo para ayudar a que hubiera algún ingresito extra, entonces hacía dulcecitos y cosas como para vender” ( Consuelo, 66 años)

Del mismo modo, se describe las pocas oportunidades de acceso a una educación, para la mujer, tanto para las mamás de las personas ancianas, como para algunas de las mujeres ancianas entrevistadas.

Sin embargo, a pesar de esta cultura dominante sobre las mujeres, en otros relatos se identifica el rol de la madre como mujer enérgica, trabajadora, en algunos a cargo del hogar cuando no vivía con el esposo, o éste había muerto.

Mi madre no tuvo muchas oportunidades de educarse, pero hubiera querido tener la energía y la inteligencia de ella, que siempre digo que era una general en potencia [Edilma....]

“Mi mamá... ella era una persona muy sencilla, la querían mucho, muy brava eso sí, ella era en una mano el pan y en otra el rejo” (Chepe, 74 años)

Para el caso del rol asumido por los padres, la situación es más diversa. Dos mujeres presentaron al padre como un individuo dominante, orgulloso y excluyente con las mujeres.

“Mi madre que era separada porque a mi papá... son cosas íntimas, pero se las voy a contar: mi papá era un hombre muy raro, bueno, tenía sus ideas tontas y a él no le gustaban las hijas mujeres, entonces cuando yo nací él se retiró del hogar, mi hermano fue el mayor entonces él sí tuvo todas las atenciones de papá y todo [...]. Mi papa era muy amigo de Jorge Eliecer Gaitán” (Elvira, 94 años).

La mayoría de las personas ancianas hablaron de un padre consumidor de bebidas alcohólicas, infiel, mujeriego, en algunos casos, con muchos hijos extramatrimoniales y violento con la esposa o con los hijos.

“Mi papá era una persona muy alegre, tomadora de pelo, le gustaba el baile, le gustaba molestar mucho...era fregado , tuvo 25 hijos en diferentes sitios, no nos conocemos todos” (Hugo, 75 años)

Los roles asumidos por los padres de las personas ancianas fueron importantes luego en las familias que ellos conformaron. La mayoría de las mujeres reprodujeron el papel de ama de casa sumisa, con compañeros dominadores, alcohólicos, libertinos y violentos. Se destaca además cómo frente a manejo de poderes ejercidos por los hombres, hubo escasa resistencia por parte de las mujeres; y por lo general, permanecieron con el hombre dominador.

En contraste, se evidenció una tendencia a modificar estos patrones machistas y de violencia, en algunos de los hogares constituidos por hombres, donde se aprecia una valoración diferente de la mujer y el rol ejercido.

“Duré casado 58 años, con Teresita trabajamos y sacamos nuestros 5 hijos adelante, ella era una mujer muy luchadora, por eso es que yo casi me voy ‘detrasito’ de ella cuando murió, porque la compañera de la vida, pues eso es muy terrible” (Arsenio, 85 años).

“Con ella (la esposa) no se puede pelear, entonces aprendí que la vida hay que saberla vivir, que uno no está creado para molestar a otro, uno no es dueño de nadie, uno no puede intervenir en la vida de otro, somos libres, eso me ha ayudado mucho”. ( Chepe,74 años)

De otro lado, dentro de la estructura familiar se destaca la figura de huérfano de padre o de madre en tres de los relatos. Lo que significó esto para los ancianos es diferente para hombres y para mujeres, mientras que para un hombre anciano, (que perdió a su padre cuando tenía 5 años), significó desprotección, para las dos mujeres (una que perdió al

padre cuando tenía 8 años y otra que perdió a la madre cuando ella nació), significó más una pérdida afectiva. También se destaca en los relatos el papel asignado a los hijos o hijas mayores, en relación con el cuidado de los hermanos menores o el de hacerse cargo de la familia cuando falta el padre.

### **La familia extensa y el rol de las personas ancianas**

La familia extensa significó para las personas ancianas un valor. La experiencia de la convivencia, los lazos y las relaciones creadas con los abuelos, las tías y los tíos fue frecuente en los relatos, aunque no compartieran la misma casa. En algunos casos, se identificó cómo las niñas, que hoy soy ancianas, participaron del cuidado de los abuelos o abuelas enfermos.

Así mismo, se subraya que, en la familia constituida por los participantes, el afecto expresado entre los abuelos, los nietos, los padres y los hijos se toma como un valor que se ha cultivado en la familia, aunque vivan en lugares diferentes. Sin embargo, otros relataron la influencia social de la imagen negativa que las nuevas generaciones han recibido y que siente el rechazo, el maltrato o la manera en la que sus hijos y sus nietos los ignoran; situación que, aseguran, les causa tristeza y desilusión.

“Ya esos abuelos no son los abuelos queridos que los nietos volaban a abrazarlos, a besarlos, a ‘arrunchárseles’ en su canto. Ya no, ya los abuelos huelen a abuelo.” (Elvira, 94 años).

Los tíos y las tías también jugaron un papel importante en la vida de las personas ancianas participantes del estudio, en el sentido que establecieron con ellos relaciones afectivas y de apoyo, aunque también en otros relatos se presentaron los tíos que, por su cultura machista o afiliación política, desarrollaron relaciones de dominación con la sobrina o con el sobrino porque el cuñado era de un partido político contrario. De esta manera, se puede identificar cómo la violencia política se introdujo también al interior de las relaciones familiares.

“Había tres tíos que me pegaban mucho, eso era la bronca bárbara que me tenían, había uno que me odiaba, tanto me odiaba que antes de nacer quería que mi mamá abortara. Por la política porque la familia de mi papá y mi papá eran liberales y lo contrario mi mamá y la familia eran conservadores” (Hugo, 75 años)

### **La pobreza como diferencial de las familias**

La mayoría de las personas ancianas mencionó que formaron parte de una familia “pobre”, excepto dos personas: una que señaló que su familia era de clase media y otra que dejó ver en su relato de vida que pertenecía a una clase que contaba con recursos económicos suficientes y mantenía relaciones sociales con algunas personas que conformaban parte de la élite en su época.

“En mi juventud fui muy alegre, yo tenía una tía muy de dedo parado, dentro de las hermanas de mi mamá que eran dos, era una mujer de muchas aspiraciones. Ella crio a sus hijas muy bien porque ellas tenían muy buenas relaciones, tan así, que se casaron ambas con médico, sus hijos fueron también médicos todos. Entonces ellas hacían sus reuniones con todos, en ese entonces los muchachos de universidad todos eran muy respetuosos y ellas hacían sus reuniones con mucha frecuencia y yo iba. Recuerdo el papá de ellas, tío político, tenía una finca aquí en Suba que se llamaba el Tabor, él era de apellido Baquero y pasábamos épocas muy agradables allá. En las vacaciones, él alquilaba un camión donde echaba la ortofónica que era antes lo que se usaba, una radiola, una cosa grande para tenernos música, y pasábamos días inolvidables” (Elvira, 94 años).

Para los ancianos que pertenecieron a una familia pobre, su educación resultó incompleta por tener que buscar trabajo y sustento para el hogar. Incluso, en los casos de extrema pobreza, conllevó sufrir hambre, no contar con servicios públicos, etc. Pertenecer a una familia pobre también fue diferencial para los hombres y para las mujeres, afectándolas más a ellas en relación con: vivir por poco tiempo con sus padres porque eran empleadas internas en el servicio doméstico, contar con poca educación, emplearse en trabajos informales de muy baja remuneración sin ninguna garantía, mayor exposición a violencia por parte del compañero o esposo, y en conjunto, mayor desgaste físico y enfermedad en la vejez, entre otros.

“Yo, después de 8 años, me tocó salir a trabajar [sic], porque, ¿qué podía hacer?, por eso es que ahora me agarra dura la maluquera y como yo trabajé tanto... Me trajeron para Bogotá, una familia que también era de Chiquinquirá, por ahí eso las niñas me estaban enseñando a leer, porque no sabía ni leer” (Paula, 86 años).

Otro de los elementos que se destaca en la familia de origen tiene que ver con la afiliación política. Algunas personas ancianas refirieron que asumían la misma afiliación de los padres, lo cual incidió en sus maneras de pensar y actuar:

“A mí me parecía que era bueno ser liberal porque mis papás eran liberales, entonces yo pensaba que los buenos eran mis papás y los que estuvieran de acuerdo con mis papás, y los conservadores eran los malos” (Eduardo, 71 años).

“Yo he sido liberal siempre, no radical, sino como un liberal bien observador de la realidad, empezando porque mi papá que era liberal decía: ‘mire hijita en este país 20 liberales y 20 conservadores son 40 ladrones’ ja, ja, ja... Eso le dice a usted la parcialidad con que él manejaba la cosas” (Edilma. 81 años)

Se identifica hasta aquí, como la familia ha sido objeto de medicalización de diferentes maneras; a la mujer en su rol reproductivo se le asignó la economía doméstica con funciones de manejo del hogar, criar y educar a los hijos de acuerdo a principios morales y de higiene, fue encargada también del cuidado de los miembros de la familia en especial de los niños y ancianos lo cual ha marcado hasta ahora el traslado de responsabilidades de las instituciones, el Estado y la sociedad respecto a la atención de las personas ancianas. Sumado a esto se destaca como se le encargaba de actividades de beneficencia y caridad por lo que el cuidado a los miembros de su familia, y en especial a los ancianos forma parte de estas prácticas que se realizan como forma de retribución y de manera gratuita, constituyéndose así en una sobrecarga para la mujer.

### **La violencia y la familia**

La violencia política generada por los enfrentamientos entre liberales y conservadores afectó a algunas de las familias de origen y otras de las familias conformadas por las personas ancianas. A uno de los participantes le asesinaron al tío por ser liberal, a otra mujer llegaron por la noche a la casa en el campo a matar al papá, pero, como no pudieron, golpearon a la mamá.

Al respecto, un anciano narra cómo vivieron los efectos de la violencia desencadenada el 9 de abril de 1948 tras la muerte de Gaitán:

“Nosotros vivíamos en pleno centro y al frente había una cuestión de la policía, pero al pie de la casa estaban haciendo un edificio, entonces se metieron dentro del edificio quién sabe quién y le disparaban a la policía, pero entonces cogieron todo ese frente y nos daban plomo. Entonces mi abuela y unas tías me cogieron, se echaron un abrigo por encima y corra a buscar a los hijos que trabajaban en el Edificio Murillo Toro. ¡Uy!, todo quemado, buses, automóviles, tranvías, casas, y esa cantidad de muertos. Los almacenes los saqueaban y los quemaban y la gente corriendo unos con cosas robadas y otros... Pero no encontramos a los tíos. Cuando regresamos a la casa entonces ya empezaron a llegar de uno en uno, yo me metí debajo de una silla y nadie me movía de ahí, me traían leche, me traían pan, solo recibía leche. Mis tíos andaban arrastrándose porque entraba balas [sic]... Lo más duro, ¿sabe que fue?, que como a los 8 días cuando ya se calmó todo, salimos con mi mamá y la hermana de mi abuela, la abuela y una sobrina de ella y nos fuimos a buscar comida, no había nada, nada. La falta de comida y la gente por las calles, no encontramos nada, ni una panela, en Bogotá no se conseguía nada” (Hugo, 75 años).

Así mismo, la manera como se experimentó y enfrentó a nivel familiar la violencia fue determinante para la construcción de las líneas de subjetivación de las personas ancianas, como fue el caso de una anciana que fue desplazada junto con su familia.

“Pero entonces yo me casé y ya él era muy trabajador en las fincas. Tenía sus ‘jeeps’ y sacaba sus frutos para Armenia y después que vino la violencia nos tocó salir porque mandaban cartas si no salía uno, entonces nos tocó volarnos y llegar aquí a Bogotá con la ropita de calentanos, sin cinco. Fue pidiendo que llegamos a Bogotá. Tenía cuatro muchachitos, nos tocaba dormir por ahí en zaguanes en la calle y así...” (Beatriz, 84 años).

### Formas de resistencia

La familia también es presentada por algunas personas ancianas como un espacio de ruptura con los parámetros culturales impuestos. Se menciona así a padres transmisores de valores y afectivos con las hijas mujeres.

“. Un día, en que mi mamá tuvo que hacer, no me acuerdo qué trabajo era, si era cocinar para alguien o... y estaba llorando por eso, entonces mi papá me llamo y me dijo: ‘mija, vea usted llorando a su mamá, ¿sabe porque llora ella? porque tiene que hacer ese oficio que no le gusta, si ella hubiera podido estudiar más, hubiera podido ser otra persona... Usted va a ser mejor que su mamá para que no tenga que sufrir’. Eso fue fundamental para mí” (Edilma, 81 años).

Otros participantes del estudio, especialmente hombres, presentaron una imagen de padre proveedor de la casa, trabajador, responsable, que les enseñaba con palabras y con acciones y que les heredó principios y valores.

“De mi papá heredé la honradez, el respeto por las cosas de la fe, el amor por el trabajo, pero por sobre todo la honradez, él decía el que levanta la cara es el honrado, porque el honrado no miente” (Chepe, 74 años)

“Mi papá, me dijo que no le debía faltar a uno en la casa, una persona que no tuviera nada de nada, para cuidarlo, para proporcionarle ayuda... a él no le faltaba alguna persona... a la casa de él llegaba mucho gente de un credo y de otro, entonces eso es formación para uno y da vida”.(Emigdio, 79 años)

Se destaca también, la resistencia hecha por mujeres que enfrentan relaciones de dominación por parte de tíos o padres, como lo refiere el siguiente relato:

“La situación con mi papá se puso tan tensa que fue necesario salir de la casa, él nos puso unas exigencias tan fuertes a mi hermana y a mí... y era: ‘¡ustedes cumplen con todo esto así o se van!’ Dijimos: ‘eso es imposible ¡nos vamos!’... La cosa fue durísima para todo el mundo...” (Consuelo, 66 años).

De acuerdo a lo encontrado en esta categoría, la familia es una institución constitutiva del dispositivo gubernamental, cuya función es cimentar y replicar patrones culturales

que fijan en las personas modos de ser y de comportarse. Sin embargo, en contraste se identifica a la familia como un espacio desde donde es posible hacer una ruptura con patrones que intenten dominar o reducir a las personas, en este caso a la mujer, para repensarlos de una manera diferente.

### 3.1.2 La escuela y su finalidad

La categoría escuela y su finalidad se define como un espacio de diferenciación social. o de aprendizaje crítico y confrontación con la realidad. Esta categoría incluye las experiencias vividas durante la etapa escolar, tipo de instituciones, educación informal, oportunidades de acceso, aprendizajes adquiridos y relaciones con profesores y compañeros.

Para su desarrollo se proponen 3 ideas:1)espacio diferenciador 2) espacio de aprendizaje y confrontación con la realidad, 3)relaciones de poder y formas de resistencia.

#### **Espacio diferenciador**

En primer lugar, se identificó en los relatos de los ancianos una desigualdad en el acceso a la educación, relacionada con la posición social, la procedencia (rural o urbana) y el género. Para los ancianos que pertenecían a familias rurales pobres, el acceso a la escuela fue más limitado, especialmente para las mujeres. Del mismo modo, los ancianos de familias muy pobres, solo estudiaron muy poco tiempo en la escuela porque tenían que trabajar. Entretanto, aquellos que contaban con más recursos económicos podían acceder a sus estudios de primaria y bachillerato.

“Yo estudié en un colegio que se llama el Colegio Profesional, era de unas señoras de la sociedad de Bogotá, en ese colegio había conmigo como 300 niñas, era femenino, puro femenino, había internado en ese entonces, yo estudié 5 años requiinterna en ese colegio, mi mamá me costeaba los estudios. Después estudié comercio, era que en ese entonces empezábamos por primero y ya los dos últimos años fueron de mecanografía y taquigrafía y tal cual clasecita como de francés, nos tenían por ahí una profesor de francés, profesora, porque allá no entraban machos, eso era grandísimo, era un edificio muy grande” (Elvira, 94 años).

“Yo estudié en la escuela, pero era difícil porque no tenía con qué ni escribir [sic], la escuela ahí del barrio, ahí en la pradera, y me acuerdo que perdí el tercer año, y en público mi mami me dio una muenda. Me acuerdo que yo iba sucia y yo no llevaba las

tareas ni nada, y la profesora me dio también una mano de regla en las manos por eso” (Lucy, 65 años).

Las mujeres que lograron estudiar el bachillerato lo hicieron en colegios privados, algunas de ellas internas en dichas instituciones, las cuales en su mayoría eran dirigidas por religiosas, pero, en general, se observaron mayores oportunidades de estudio para los hombres. En consonancia con los relatos presentados, se identifica el propósito de la educación femenina en ese momento, el cual estaba enfocado hacia una educación para el hogar. Para las mujeres que por sus recursos económicos podían ingresar al bachillerato, la educación estaba dirigida también a que desempeñaran oficios asignados a las mujeres, como el de ser secretaria, profesora, entre otros.

Por otro lado, un anciano que estudió en el colegio Camilo Torres hizo una diferenciación en la calidad de la educación recibida dependiendo de la institución, si era pública o privada, laica o religiosa. La educación pública fue valorada por él como de mejor calidad, puesto que eran personas muy bien formadas y dedicadas que favorecían el desarrollo de un pensamiento crítico.

### **Espacio de aprendizaje y confrontación con la realidad**

Para algunas de las personas ancianas, la educación recibida les dio bases para enfrentar la vida y la universidad. Para el caso en particular de una de las mujeres, le permitió abrir los ojos a otras realidades sociales. En el siguiente relato (relacionado con el párrafo anterior), por ejemplo, se refleja que existían de forma alternativa otras corrientes pedagógicas orientadas a lo social que participaron también en la formación de los hombres:

“Yo donde aprendí mucho fue en el colegio Camilo Torres, porque allá sí enseñaban. Pero era que era muchísimo, allá nos enseñaban cómo las radionovelas, en ese momento, eran una forma de distraer a la persona para que no se diera cuenta de lo que estaban haciendo con ellos. La gente no sabe ni qué es liberal ni qué es conservador ni qué es comunista ni qué es derechista ni que es izquierdista, a nosotros nos lo enseñaron en esa época y si usted supiera quién me lo enseñó, le daría risa. Los hermanos Vásquez Castaño, fundadores del ELN, que llegaban allá al colegio y nos enseñaban mucha política” (Hugo, 75 años).

Los participantes que alcanzaron educación universitaria estudiaron en universidades públicas, mientras que los que intentaron en universidades privadas no culminaron por problemas económicos. Uno, incluso, intentó estudiar en la Fuerza Aérea. El Servicio Nacional de aprendizaje (SENA), por otro lado, fue una opción para dos de los ancianos:

un hombre estudió construcción y una mujer estudió secretariado. Una de las participantes, Teresa de 59 años, mencionó al SENA como la “universidad de los pobres”.

“Hice un curso de 1680 horas que eran 3 años, estudiando de 6 de la tarde a 10 de la noche, Ese estudio era con una nivelación primaria que era dictarle a uno la primaria. Ahí aprendí rápidamente lo que no aprendí en la escuela, pero entonces se capta mejor porque era como en la vida práctica. Yo lo tomé porque a mí la construcción me gustaba, me gustaba el oficio de mi papá. No era carrera, era una técnica de construcción, entonces salía como maestro de obra, pero tenía que saber todo lo de la construcción desde la postura de una piedra, apertura de una zanja, de dónde proviene la piedra, de qué material debe de ser para que sea confiable, bueno y una serie de cosas, entonces eso me gustaba mucho, mucho. Terminamos haciendo, ¡imagínese!, topografía, eso es una cosa que se enseña en la universidad en ingenierías” (Eduardo, 71 años).

La escuela al igual que la familia fueron las instituciones centrales para las tecnologías disciplinares encargadas de transmitir el código moral de higiene pero también la racionalidad liberal instalando en las mentes de las personas formas de pensar, ser y actuar útiles a los objetivos gubernamentales y económicos, dentro de la construcción de un Estado-nación moderno. Juegan así un papel importante en la construcción de estrategias jerárquicas de diferenciación, que comienzan por diferenciar entre los roles femeninos y masculinos, pero también entre ricos y pobres, diferenciación por razas, regionalismos, etnias, lo cual va a constituir las diferentes formas de identidades colectivas así como la generación permanente de tensiones entre la unificación y la diferenciación que van a marcar los procesos sociales, políticos, económicos, culturales vividos en el país.

### **Formas de resistencia**

Otra opción para un anciano campesino fue el Proyecto de Educación Popular de Sutatenza. Esta oportunidad la valora como algo que lo promovió y le permitió unas mejores condiciones de vida para su familia y además lo impulsó a realizar un trabajo comunitario, tal y como lo mencionó en su relato:

“Entonces me salió por allá a Sutatenza unos tres meses y yo acepté. Volví a los tres meses ya con mis conocimientos un poquito despejados, entonces me inventé una plantación de plátano, yo veía en esa época que lo invitaban a uno a que ganara un jornal, pero el jornal era un peso o le daban una poquita de yuca. Todo eso estaba en la cabeza, entonces de ahí me inventé la solución, y me puse a sacar la platanera, entonces la gente me criticaba, pero yo cegado ahí, hice mi platanera y Dios me dio licencia de ya no tener que salir a ganar una raíz de yuca. Ya como que me tranquilicé, entonces ya en la comunidad llegué también con otra idea de escuela radiofónica, entonces yo gozaba con esa gente, hicimos las escuelas en el centro de un caserío ahí, y me dieron la oportunidad de enseñar, como el radio era el que nos enseñaba pues yo era de guía no más. Me

nombraron presidente de la junta de acción comunal, y trabajamos y se vieron unas cositas” (Emigdio, 79 años).

Oportunidades de aprendizaje, como la relatada anteriormente, brindaron a algunos ancianos la posibilidad de iniciar un trabajo comunitario solidario que nació en medio de comunidades campesinas pobres, pero que aparecen como una forma de resistencia en ese momento ante situaciones de pobreza y abandono por parte del Estado.

De otro lado, las relaciones de poder establecidas entre profesores y estudiantes en la primaria mostraron una práctica disciplinaria que incluso permitía el castigo físico para los alumnos. Este castigo era utilizado cuando había problemas de aprendizaje, mientras que a los niños que eran buenos alumnos se les premiaba o estimulaba.

Dentro de las relaciones con las profesoras religiosas, se destaca un relato en donde se muestran formas de resistencia en relación con formas de disciplina, pero esta vez para defender a la hermana menor por considerar que las acciones tomadas por las religiosas eran injustas:

“Yo me seguí sintiendo siempre la hermana mayor de ella, que eso me trajo una serie de dificultades en el colegio porque yo la defendía a capa y espada de todo, a mí me botaron de primero elemental por ladrona, y me botaron de segundo elemental por irrespetuosa. Es que en primero elemental la monjita del curso pasaba una alcancía recogiendo plata para las misiones, mi mamá sólo nos daba dinero el viernes para compartir un helado con la prima. Por supuesto que la moneda que ella nos daba era sagrada para el helado, mi hermana puso la moneda encima de su pupitre y vino la monjita recogiendo la plata y sin decir nada la agarró y la echó entre la alcancía y cuando fuimos a salir, ¿y ahora con qué vamos a comprar el helado? Y entonces yo tuve ningún reparo [sic] en coger la alcancía, abrirla y sacar el mismo centavo, y volví y cerré y nos fuimos al recreo y nos comimos el helado... ¡Ay qué horror!, llamaron a mi mamá porque yo era una ladrona [...]. Un día mi hermana fue a llenar su estilógrafo y se echó encima de su uniforme blanco la tinta. La madre se puso muy molesta y la regañó de manera muy dura, y cogió el lazo, que tenía en el hábito, yo sentí que tuvo la intención de pegarle, cuando ella cogió el lazo y lo blandió así, yo no sé cómo brinqué y le cogí el lazo por el lado del frente, entonces, quedamos la monja con el lazo aquí colgado y yo con el lazo allá, jalándolo y yo le decía: ‘¡usted no le va a pegar a mi hermana!’. Le alegaba que ¡no!, y entonces la monja estaba enfurecida y claro, el lazo se atirantó, y me dijo: ‘suelte ese lazo’ y yo solté el lazo y la monja se cayó” (Consuelo, 66 años).

El escenario escolar fue presentado por algunas mujeres como el lugar en donde vivieron discriminación por parte de las compañeras. Una de las mujeres se sintió discriminada por ser pobre, mientras que otra sintió lo mismo por pertenecer a una religión diferente a la católica y por estudiar en Barranquilla siendo del interior del país. Sin embargo, se destaca en esta última mujer la resistencia que hizo con el apoyo de sus amigas,

convirtiéndose en la mejor estudiante. En relación con esto último, se destaca que, mientras entre las mujeres predominaron las relaciones de amistad en el colegio para crear lazos sólidos como una forma de resistencia para afrontar situaciones o relaciones de poder, entre los hombres se enfatizaron relaciones de competitividad.

Por otro lado, el ser el mejor o la mejor estudiante resultó ser un valor muy apreciado y de diferenciación, en la mayoría de los ancianos y es algo que algunos padres inculcaban en el hogar. Esta también era una manera de lograr reconocimiento y recibir premios como “unos libros y un pedazo de tela” según María (de 91 años), un esfero que le dio Bertha Hernández de Ospina según Arsenio (de 85 años), el premio Coltejer por ser la mejor bachiller según Consuelo (66 años) o ganar el aprecio del profesor según Eduardo (71 años).

En suma, de acuerdo a lo encontrado en los relatos de vida de las personas ancianas, las diferentes opciones que tuvieron para alcanzar una formación educativa estuvo enfocada al fomento de roles masculinos y femeninos, al igual que la división del trabajo al servicio de un sistema económico que ha promovido la inequidad. Sin embargo, se encontraron algunos quiebres que permitieron la pluralidad en la enseñanza.

### **3.1.3 La centralidad del trabajo**

En esta categoría se define a partir de la significación del trabajo como el espacio que acentúa y genera inequidad o permite el desarrollo personal. La categoría incluye la labor realizada según género, el tipo de instituciones en donde trabajaron, el sindicato, los tipos de contratación y garantías, las relaciones con los jefes y compañeros, y las experiencias de injusticia en el ámbito laboral.

Se expone a partir de 4 ideas: 1) el trabajo estable 2) el trabajo en la vida de las personas ancianas, 3) la informalidad e inequidad en el trabajo, 4) formas de resistencia.

#### **El trabajo estable**

Colombia experimentó en las primeras décadas del siglo XX algunos cambios y reivindicaciones que mejoraron las condiciones de trabajo, de salarios y de derechos, así como el reconocimiento de la organización sindical entre mujeres y hombres. Por esta

razón, algunos de los participantes del estudio, fundamentalmente los hombres, tuvieron mejores oportunidades de acceso al trabajo del sector público en instituciones como los Ferrocarriles Nacionales, Telecom, la Caja Agraria y el Ministerio de Obras Públicas, que ofrecían trabajos estables y con beneficios no sólo para el trabajador sino también para su familia en relación con la salud y los subsidios, lo cual les permitió una estabilidad laboral y la opción ahora en su vejez de contar con una pensión.

Sin embargo, ellos mismos reconocen que esas oportunidades ya no existen, dados los sistemas de contratación actual y señalan que para ellos hubiera sido muy lesivo, como lo es para los trabajadores en la actualidad. Destacan la necesidad de que el trabajador tenga conciencia de la labor que realiza y que el Estado le reconozca las garantías como la calidad de su trabajo, así como su derecho a un sueldo digno, la estabilidad laboral y las prestaciones sociales.

“Cuando yo veo a la gente cada vez trabajando 6 meses, pero teniendo que vivir 10 o 12 estirando de una manera tan injusta, eso no es trabajo, eso es una explotación que no tiene nombre. Yo me conmuevo de tal forma que digo: ‘¡no es posible!’” (Consuelo, 66 años).

### **El trabajo en la vida de las personas ancianas**

El trabajo fue muy importante para todos los ancianos desde niños, mencionaron que para ellos y sus familias el trabajo infantil era algo normal y estaba permitido, porque significaba un ingreso más para las familias de muy bajos recursos, aunque en menor cuantía, dado que los niños se constituían en mano de obra barata y les pagaban con muy poco o, en los casos más complejos (como el de algunas mujeres) con solamente alimentación. Los niños trabajaban como ayudantes en la construcción, vendedores o incluso barberos, mientras que las mujeres se empleaban en casas de familia o como ayudantes de cocina. Esto refleja una inequidad de género que se viene perpetuando en todos los ámbitos de la vida de las mujeres (hogar, estudio y trabajo) desde ha, de hacer una carrera magnífica logrando ascensos que a la vez significaron mejoras salariales y el desarrollo de mayores niveles de autonomía y de satisfacción personal.

“Hice una carrera magnífica, magnífica, pasé por alrededor de unos 15 puestos, ascendía, que esos ascensos allá son de pesitos” (Arsenio, 85 años).

En suma, se destaca cómo el trabajo es experimentado por los participantes como un instrumento de desarrollo y subsistencia. Es un valor que se heredó de los padres o tíos

y por ello se constituye en algo central para sus vidas, lo cual refleja el impacto de la ideología liberal en su manera de pensar y actuar. Se reconoce así el ideal liberal de progreso y desarrollo alcanzado con el esfuerzo propio, que a su vez marcaba otra forma de diferenciación en la sociedad.

### **La informalidad e inequidad en el trabajo**

El desempleo, así fuera por muy corto tiempo, fue considerado como algo muy difícil, porque no solo afectaba económicamente, sino porque también impedía el desarrollo como persona y la oportunidad de sentirse útil. La idea de ser útil en relación con la economía se fortalece aún más con el trabajo, incluso el infantil, porque recibían alguna remuneración, aspecto que no siempre fue así para el caso de la mujer, como se aprecia en el siguiente relato:

“Llegué a trabajar ayudando a fritar y a vender, y yo miraba desde lejos la comida porque me daban pero muy poquitico. Después llegué a otro restaurante no sé por qué mi madre me mando allá, era una comadre de mi mamá, yo le ayudaba a despachar a los obreros y todos los almuerzos, y luego a lavar semejantes fondos, pero ahí sí me pagaba la señora, y yo podía comprar mis cositas” (Lucy, 65 años).

De esta forma, se constatan las realidades de inequidad en el acceso al trabajo entre los hombres y las mujeres. Todos los participantes hombres tuvieron mejores posibilidades de ingreso a un trabajo digno, mientras que, para las mujeres, a excepción de las que tuvieron un título universitario, las oportunidades de trabajo fueron muy esquivas. Una mujer bachiller logró conseguir un trabajo en una fábrica en donde le enseñaron a trabajar el cuero y luego decidió poner su propia empresa en casa. Las otras sólo tuvieron la opción de trabajar en servicios domésticos, restaurantes y en trabajo informal, en donde estuvieron expuestas a todo tipo de abusos e injusticias, incluida la imposibilidad de aspirar a una pensión para la vejez.

Con referencia a lo anterior, solo los hombres entrevistados tienen pensión, mientras que entre las mujeres únicamente cuatro (una recibe pensión de sobrevivientes pero solo le dan la mitad porque la otra parte la recibe el hijo) cuentan con este beneficio. El resto de mujeres no recibe pensión. Una de ellas recibe ayuda del programa Colombia Mayor y es la única mujer que hasta el momento trabaja como vendedora ambulante, vendiendo frutas. Esto nuevamente reafirma la inequidad de género en relación con el derecho a una pensión.

“Ah, ese fue otro favor que me hizo el gobierno a mí, la entidad que le da a uno la pensión, resulta que un día fuimos a una oficina de esas, y una señora me dijo que a la hija le daban una ayuda por ser hija única o no sé qué. Eso me quedo sonando, porque no reclamamos para mi hijo por lo que es enfermo, por sus ataques epilépticos, que le den alguna ayuda, bueno entonces fuimos de puros estúpidos e hicimos esa diligencia. Cuando un día me llama un señor y me dice: ‘es de parte de no sé qué, del seguro social o de esa entidad, es sobre la solicitud que hizo usted para ayuda a su hijo, ¿él depende de usted?’, yo le dije si, pues él depende, yo le doy de comer, lo vestía, todo eso, ya siendo un hombre casado y separado, entonces no más no me preguntaron más. Cuando al mes llega la resolución, la pensión suya será repartida la mitad para usted y la mitad para su hijo, de modo que estoy recibiendo la mitad de mi pensión que es una triste pensión mínima, calcule qué recibo yo” (Elvira, 94 años).

Otro aspecto mencionado por los ancianos tiene que ver con el monto que reciben de pensión. Solo los ancianos y ancianas que tuvieron la oportunidad de realizar una carrera universitaria consideran que la pensión que reciben les sirve para vivir, mientras que los que trabajaron en otros oficios y fueron obreros solo reciben el sueldo mínimo y refieren que no les alcanza para cubrir sus necesidades, lo que los lleva a endeudarse.

“Una pensión no es suficiente, cada vez todo es más costoso, todo se va en consumo, los viejos son los que más necesitan plata, un viejo consume mucho, pañales, cremas, medicamentos que toca comprarle, la alimentación de ellos no es como la de unos, es más, y todo eso suma, la calidad de vida mejor la pensión tiene que ser más de un mínimo [sic]” (Lucy, 65 años).

### **Formas de resistencia**

Con respecto al sindicato, los únicos que pertenecieron a éste fueron los hombres porque estuvieron vinculados a empresas estatales, mientras que dos fueron maestros. Aunque reconocieron que muchas de las mejoras laborales fueron alcanzadas por la labor que desarrollaban estas organizaciones, señalan que no comulgaban con las formas de manejo que se daban al interior de las mismas, como lo muestra el siguiente relato:

“Como maestro yo pertencí siempre al sindicato de profesores, aunque no comulgaba con las personas que lo manejaban. Siempre comenzaban con sus discursos ahí todos mamertos y eso a mí no me gustaba. Pero el sindicalismo me gusta porque es un derecho que tiene el trabajador para hacer que sus derechos se respeten” (Chepe, 74 años).

Un anciano señaló que no pertenecía al sindicato por los manejos que allí se daban. Mencionó que, aunque no era sindicalista, participaba de algunas reuniones y tenía liderazgo, pero esto hizo que en una ocasión uno de los trabajadores que tenía un cargo administrativo lo intimidara con un arma para obligarlo a él y al resto de obreros del sindicato a elegirlo en la votación. A manera de resistencia no le demostró temor y le dijo que lo podía matar pero que él no iba a ceder a su imposición.

Por otro lado, en relación con el ambiente laboral, uno de los participantes manifestó que tuvo una serie de dificultades en su lugar de trabajo por persecución política (iniciada por el mismo tío), envidias y corrupción. Sin embargo, el mismo participante afirmó que tuvo la posibilidad de ejercer su libertad, enfrentar a los jefes y lograr independencia en su trabajo.

Otra manera de resistencia frente a relaciones de poder dominantes con los jefes fue romper con ese tipo de relaciones opresoras generando ambientes laborales más equitativos.

“Cuando yo empecé en los Ferrocarriles, yo veía esos conductores de tren, eso parecían ministros, eso parecía que les llevaran flores detrás de ellos, eso era una imponentia tan terrible y con esos uniformes hermosos, y todo bien vestido, yo era ayudante pero como eran como pilotos, entraban con unas gafas y guantes, y como eso es una cantidad de llavecitas, como un avión, y yo mirándolos, eso me decían ‘¡cuidado!, ¡cuidado me toca!’, no sé qué... Cuando yo llegué a ser conductor nunca sentí nada. Yo antes cogía a mi ayudante y ¡venga para acá!, esto se hace así, asá, siéntese y maneje, esto se hace, así, aquí y allá, enseñándole. Lo mismo, llegaban todos los obreros de la línea, ¿Arsenio me lleva?, súbase, si llega un supervisor sí paga la boleta, si no, no, y nunca les decía que no, cómo iba a decirles si ellos tenían un derecho también” (Arsenio, 85 años).

Por otro lado, una mujer que trabajó en casas de familia relató las discriminaciones e injusticias que vivió, a manera de resistencia se reconoce a sí misma como una persona libre.

“Yo no trabajé en empresa porque qué sabía yo, trabajé en el servicio doméstico, pero sufrí mucho. Cómo sería la desgracia de la buena, que en las casas de familia tenían dos portones uno para los dueños de casa y otro para los sirvientes. Porque recibían por ejemplo a una empleada y ni ella ni los otros empujados, hombres o mujeres podían entrar por la puerta de los patrones, tocaba entrar por el garaje, ahí por donde se sacaba la basura y todo, ¡una humillación! Y si les tocaba recibir a una empleada con niños, porque no encontraban libre, entonces las pícitas eran de grandes como esta mesa, apenas cabía el baulito de la ropita. Y el bañito era decir aquí era la tasa y aquí la poma, pero así de grande, entonces, la injusticia... Voy a decirle para mi modo pensar, al trabajador se le debe de atender bien, porque es el que les está trabajando para su bien y no le deben de oprimir así. Y el niño o la niña de la empleada era el mocoso, el gamín, mientras que los hijos de la casa, eran los niños, hasta donde se llegaba. Yo trabajé en varias casas porque no me gustaba el modo, porque yo nací libre y no nací esclava” (María, 91 años).

A lo largo de los relatos, se identifican las redes que se fueron construyendo desde los ámbitos sociopolíticos entre la institución familia, la institución escuela y la institución trabajo, con el fin de mantener las formas de división laboral y la disciplina transmitida

desde la casa y la escuela hacia la población potencialmente trabajadora (o fuerza de trabajo) de acuerdo a unos intereses económicos.

### 3.1.4 Religiosidad

La categoría religiosidad se define como el proceso de transición de la asociación religión-política a una experiencia comunitaria. La religiosidad incluye asociación de religión al poder político, representaciones sociales que las personas ancianas tiene de Dios que llevan a unas prácticas de religiosidad en contraste con una experiencia de Dios.

Esta categoría se presenta a través de 5 ideas. 1) asociación religión y poder político. 2) La religión como instrumento biopolítico, 3) expresiones de la religiosidad de las personas ancianas, 4) la experiencia de Dios como forma de resistencia.

#### Asociación religión y poder político

La asociación entre la religión y el poder político se constituyó en uno de los ejes centrales del dispositivo gubernamental en las primeras décadas del siglo XX. Ello dio lugar a una serie de relaciones de poder y unas formas de gobierno particulares matizadas por las corrientes conservadoras y liberales del momento.

“Lo que yo veo es que los gobiernos y la iglesia están distanciados, primero se comunicaban, llamaban al cardenal, llamaban a no sé quién para que entre ambas partes arreglaran las cosas. Hoy ya a la iglesia la pararon, muchas naciones sacaron a la iglesia de su constitución y aquí al Sagrado Corazón de Jesús lo sacaron ya no para ellos, ellos son ya los dioses, eso es lo que yo veo le digo...” (Emigdio, 79 años).

“Mi familia eran la mayoría conservadores, además había unos que amaban a Laureano Gómez y tú sabes quién era Laureano Gómez. Entonces yo me revelaba y les decía: pero hubo un personaje que escribió una biografía de Laureano Gómez, se llamaba el Mosco (aquí se lee) las guerras de los conservadores contra los liberales acompañados de los curas, que es lo más fratricidio [sic] que uno puede encontrar. A la voz de conservar las buenas costumbres que era lo de los conservadores o de hacer lo que Dios pide desde el púlpito gritado por los curas, cómo no entender que lo que se hizo fue violentar las cosas más esenciales” (Consuelo, 66 años).

“Entonces cuando yo digo que a mí no me interesa ir a misa como así lo dije y yo hoy entro a una iglesia, yo no puedo decir que no exista Dios, pero no puedo decir que es el Dios que me enseñaron en mi casa” (Consuelo, 66 años).

De este modo se encuentra que las relaciones de poder provocaron tensiones y divisiones no sólo entre las corrientes políticas del momento, sino que se extendieron y

permanecieron por un tiempo en las relaciones cotidianas de las personas en los diferentes ámbitos en los que transcurre la vida.

“En ese tiempo la iglesia católica perseguía mucho a los que no eran católicos, entonces lo que le enseñaban a los niños y a los padres era qué éramos, qué eran los masones, aunque masón no era lo que se aplicaba a nosotros, pero era como esa expresión que hacia los masones que eran como una secta rara [sic]. En aquel entonces les enseñaba la iglesia católica eso” (Edilma, 81 años).

“Mi hija tenía una amiguita de colegio, cuya mamá es la más rezandera que yo he podido ver en mi vida, pero también es la más chismosa que haya visto, de todo lo imaginable, desde cosas chiquiticas hasta unas grandes. Un día mi hija estaba en la casa de esa muchachita almorzando por una invitación de la señora y de pronto se presentó una discusión sobre una postura moral sobre una cuestión política que había en ese momento. Mi hija dio su opinión y la señora dijo: ‘¡pero como así, si tú y tu mamá son ateas!, ella ya parte de que son ateas, ¿cómo es posible que tu tengas esa postura correcta?’ Mi hija le dijo: ‘mire distinto si somos ateas o no, mi mamá lo que me enseñó son principios, y eso es lo que yo tengo, principios’. Entonces fíjate que para muchas personas una postura de credo religioso tiene un valor en sí mismo” (Consuelo, 66 años).

### **La religión como instrumento biopolítico**

Fundamentalmente, la religión como instrumento biopolítico buscaba determinar la conducta y dirigirla mediante prácticas disciplinarias empleadas en los ámbitos familiar, escolar y de culto:

“De la familia , nosotros estuvimos muy cerca en la niñez a la abuelita paterna, entonces todos los valores que absolutamente habían en la parte religiosa y además que se inventaban porque el respeto no era respetar a la persona como persona, sino respetarle absolutamente todo, todas las cosas que le pertenecían y fuera de eso cuando uno hablaba con una persona mayor, no la miraba a los ojos. Era tanto el respeto que uno debía bajar la mirada y era prácticamente todo: ¡sí señor!, ¡no señor!, ¡bueno señor!, por eso digo yo que hasta las que se inventaran porque eso tampoco es. En la parte moral los valores eran absolutos, empezando desde no mostrar la rodilla, ¡imagínese, hasta eso!, no mostraba uno la rodilla porque era prácticamente una falta de moral grave, y así sucesivamente. Nosotras fuimos educadas con religiosas, con hermanas de La Presentación, o sea lo que no llevaba uno de la casa lo aprendía de ellas” (Teresa, 59 años).

“La braveza mía con el cura era porque a mi hijo no lo llevaron a un estudio, lo metieron en cárcel de menores, ahí hizo escuela... Yo traté mal al cura, ‘¡usted mire la obra que hizo con ese muchachito, eso Dios se lo va a cobrar!’, le dije” (Beatriz, 84 años).

### **Expresiones de la religiosidad de las personas ancianas.**

La imagen de Dios es fundamental para las personas ancianas en relación con sus prácticas de religiosidad. En algunos casos es visto como un Dios que impone cruces o pruebas a las personas.

“Tenía mi defecto, la limitación de mi pierna porque yo la tuve desde muy pequeña, siempre fue una cruz pues que Dios me puso desde muy niña” (Elvira, 94 años).

“Yo no decidí ser cuidadora, el de arriba me lo puso y a veces le digo bueno deme fuerzas porque las mías se acabaron, porque como humano también decaigo, entonces a veces le digo a mi Dios: ‘pilas porque yo también me canso’” (Teresa, 59 años).

Las prácticas religiosas también se relacionan con sus experiencias personales de pertenecer a una determinada Iglesia o por elementos transmitidos en la tradición y la cultura donde Dios es percibido como alguien lejano en ocasiones inalcanzable, pero del que se pueden recibir favores. Incluso tienen matices de la racionalidad liberal.

“Nosotros éramos miembros de una iglesia presbiteriana y entonces ahí fui educada yo al estilo de los presbiterianos, es decir, siempre íbamos a la iglesia los domingos. Los miércoles y los domingos teníamos escuela dominical, entonces yo era una niña que iba a escuela bíblica, pero para los niños teníamos comedias, preparábamos cosas para el día de la madre, preparábamos cosas para la navidad, nos disfrazábamos y bueno, teníamos como esa vida normal familiar pero como dentro de un pequeño grupo como distinto” (Edilma, 81 años).

“Íbamos para SENDAS de Rojas Pinilla a ver si nos ayudaban con algo, había una iglesia y entramos, entonces cuando llegué allí a mi manera, como religiosa natural porque yo no había recibido el evangelio como es sino con las monjitas ahí rezando y así, y entonces pues yo recé: ‘ayúdame Dios mío, ayúdame, ¿yo qué hago con mis hijitos y este hombre que quedó hecho un ente?’. Bueno, estaba expuesto el Santísimo y le dije a él, recé aun cuando sea un Padre Nuestro y salimos, los niños eran muy chiquiticos” (Beatriz, 84 años).

“A Dios yo lo amo con todo mi corazón, pero siento que no es suficiente, siento que me falta mucho para estar cerca de él, pero mucho, porque uno tiene muchas fallas, uno tiene dudas, uno tiene orgullos a veces pendejos, uno tiene egoísmo, uno a veces es falso en sus apreciaciones, entonces para estar muy cerca de Dios necesita tener todas esas cosas en perfecta sanidad, creo yo” (Elvira, 94 años).

“Quizás ahorita no recuerdo exactamente, las palabras exactas de San Francisco, pero hay una oración muy linda en la cual hace referencia a cambiar lo que se pueda cambiar, aceptar las cosas que no se pueden cambiar, aprender a convivir con aquello que inevitablemente sea así, él lo rezaba mejor que yo, no lo recuerdo, pero es un poco eso...” (Consuelo, 66 años).

“Yo veía un tipo que progresaba y Dios mío, cuándo yo llego allá, ¿cómo hago?, ¿qué debo hacer? Le pedía todo eso al Señor” (Arsenio, 85 años).

“La vida hay que tomarla, no como viene, sino procurándose uno ayudarse porque aquello que dicen nuestros viejos, nuestros abuelos que decían ‘Dios dijo ayúdame que yo te ayudaré’, y así debe ser” (Eduardo, 71 años).

De otro lado, se destaca la imagen de Dios como una alternativa para el mercado de la salud, que es comúnmente ofrecida y utilizada en el contexto de religiosidad popular:

“Yo trabajé con un señor como tres años, lo llamaban Zaratustra, que atendía enfermos, la gente venía mucho, tal vez porque el hombre le ponía un poco de la medicina vegetariana y un poco de la fe en Dios” (Eduardo, 71 años).

A partir de sus experiencias religiosas las personas ancianas van haciendo para sí mismos otras imágenes de Dios como un padre bondadoso que es maestro, fuente de refugio y fortaleza.

“La humildad pasa por reconocer lo que Dios le da a uno. Yo creo que él ha sido muy bueno conmigo y me ha dado muchas cosas que como he tratado de vivirlas así me gustaría que todos las vivieran [...]. Yo no podría prescindir de Dios, uh no, no, no me imagino la vida, no me la imagino sin Dios, para mí, para mí no, no sé las demás personas” (Chepe, 74 años).

“Si Dios no existiera yo no existiría porque con tanto la que he comido [sic], yo creo que Dios tuvo mucha voluntad para hacerme, es que una cosa es contarlo por encimita, otra cosa por debajito” (Margarita, 58 años).

“La muerte de mi padre fue un acontecimiento tremendo para nosotros, para mi madre, ver llorar a mi madre fue terrible, después nos sobrepusimos y seguimos adelante porque mi madre era vigorosa y además que ella es cristiana, fue cristiana toda la vida, y tenía como ese apoyo espiritual muy, muy fuerte, eso nos ayudó a nosotros mucho” (Edilma, 81 años).

“Me quedé sin un centavo y después mi amiga eso me calumnió todo lo imaginable de la vida, pero al fin la vencí, Dios es muy grande, le doy testimonio de Dios. Dios ha sido mi amparo, mi fortaleza, mi luz, mi guía, y en el espero todavía que me dé mi salud, para ayudarle a la gente” (María, 91 años).

“Mi mamá era una mujer muy dulce, muy religiosa, ella ponía todo en manos de Dios, Dios no siempre remedia todo, pero ella creía firmemente que así era” (Consuelo, 66 años).

“Al principio iba a misa, pero ya adulto... Cuando empieza de pronto una crisis es cuando uno se acuerda que Dios existe” (Hugo, 75 años).

“En momentos en que yo no tenía trabajo, siempre se lo pedía yo a él y encontraba la respuesta, si no era inmediata por lo menos se acercaba a cuando se lo pedía yo, en momentos críticos que fue cuando yo perdí mi trabajo que para mí fue un momento crítico, le entregué todo a él a pesar de las angustias, a pesar de porque eso fue angustiante [sic], y crítico, por eso le dije: ‘en sus manos está, se murió mi trabajo, pero usted no se ha muerto’. Las experiencias de él siempre son respuestas específicamente, más bien tengo un diálogo con él y él me da la respuesta. Hay momentos que son críticos y lógico que como humana me desespero, me angustio, pero luego él mismo es el que me dice: ‘hola china, deje la bobada y siga adelante, más adelante tendrá lo suyo’” (Teresa, 59 años).

Todo lo anterior manifiesta las formas en las que las personas ancianas participantes del estudio, a manera individual, establecen un tipo de relación con Dios a partir de una necesidad particular y esperan recibir su ayuda para atender sus necesidades o intereses.

### La experiencia de Dios como forma de resistencia

Sin embargo, dentro de los relatos de vida, aparecen también otras maneras de relación con Dios especialmente en la vivencia de situaciones límite o cuando parece que la realidad vivida es tan hostil y ya todas las alternativas se han agotado, aparece Dios como respuesta.

“[Después de un ACV] Me preguntaba qué me quiso enseñar a mí la vida y más siendo yo una mujer medianamente religiosa, qué me quiere enseñar Dios con esa experiencia, entonces a mí sí me enseñó, me cambió mi apreciación de los demás, me cambió esa gratitud con la naturaleza, con Dios por no morirme, fue enorme. Entonces yo podía entender qué pueden pensar las personas que sobreviven y puedo identificarme con ellos, puedo entender sus dolores, sus cosas, y el dolor a mí me sirvió mucho” (Edilma, 81 años).

“Un día me traía de la mano mi marido y habían tres jóvenes ahí en una esquina [sic], los vi con guitarra, yo solté de la mano a mi marido y les dije: ‘muchachos, ¿ustedes cantan?’. Me dijeron ‘sí’, les dije: ‘yo los quiero escuchar’. Les conté mi historia, y les dije: ‘no tengo plata, pero yo quiero escucharlos’. ‘¡Estás invitada de honor!’ me dijeron, venga a las 7:30. Eso era lleno, y ellos me tenían un puesto especial, cuando veo el cura con quien había peleado le dije al que estaba en la puerta: ‘no, eso es para curas y para esas viejas beatas, yo no entro’. ‘Ellos vienen porque les dio la gana venir, pero esto es para usted’, me sentí apoyada por él y fui y me senté adelante y ni miraba para donde estaba el cura ni nada. Entonces empezó uno a hablar, yo no entendía nada ni me gustaba entonces yo [pensaba]: ‘¿a qué horas cantan?’, yo miraba esa guitarra. Cuando cogió la guitarra y se me pararon esas orejas así, ¡canta hermoso!... Y yo cantaba feliz... entonces dijo: ‘vengan mañana’. Pasaron 5 días, el sexto día, ¡ay mijita! Cuando me miraba y me dijo: ‘Dios, así como tú eres, Dios te ama’. Vea, con eso, eso fue lo que a mí me salvó. En ese momento sentí su misericordia y me salían lágrimas pero a chorros, sentí que quedaba curada totalmente” (Beatriz, 84 años).

En este último relato se destaca la participación de otras personas dentro de la experiencia de Dios que a manera de cuidado de sí, la liberó y le permitió volver a sentirse incluida y acogida socialmente.

“Beatriz es una rescatada por el Señor Jesús, porque antes de conocerlo yo vivía sumida en la desesperación, en la angustia [...]. Entonces al finalizar cantamos y yo le daba la paz a todo el mundo, antes no. Abrazaba y besaba a todo el mundo y a unas señoras, yo las abrazaba y a los catequistas también los abrazaba y los besaba feliz, yo me sentía otra, es un milagro, y yo quede curada ahí. Me fui corriendo a buscar al padre y el curita me abrazo. ‘Yo la quiero mucho a usted, usted me ha ayudado mucho, ¿porque se volvió tan rebelde? Por Óscar...’. Y nos abrazamos y después quedamos de amigos” (Beatriz, 84 años).

De igual modo la experiencia de Dios es valorada por algunas de las personas ancianas como una posibilidad de volver sobre sí y hacer conciencia de la realidad, replantear

otras maneras de pensar el ser humano y su sentido de vida que los impulsan luego a actuar de otra manera.

“Yo creo que el autoconocimiento a la luz de Dios, a la luz de esa experiencia de Dios, me lleva a replantear mi estructura mental, mi escala de valores, etc., eso me pone a mí a funcionar en otra clave, me debe llevar a un trato distinto con los otros, entonces es poder ir creando una sociedad diferente, o por lo menos espacios distintos. Uno quisiera a veces cambiar el mundo y yo no sé hasta qué punto el mundo quiera cambiar...” (Salomón, 56 años).

“Lo fundamental para mí es mi experiencia de Dios, una experiencia de Dios vivida por su puesto en comunidad” (Salomón, 56 años).

“Todo lo que uno haga siempre en beneficio de los demás y pueda ayudarle a otra persona, porque eso lo puede uno hacer y Dios le da a uno licencia de hacerlo. Pero uno se encierra, no desarrolla las otras facultades que mi Dios le ha concedido, se encierra uno en sí mismo y de ahí no sale uno, y eso es muy malo porque uno le puede hacer bien a mucha gente, en alguna forma, le puede hacer bien a la humanidad y al ambiente” (Emigdio, 79 años).

“La falta de conciencia social de la gente y la ambición al dinero, la ambición a posiciones, pues las posiciones se las pelean para poder subirse para coger más dinero y la otra que es más profunda, ¿sabe qué es?, la falta de amor al prójimo. Sí, la falta de amor al prójimo, cuando uno piensa que no valgo sino yo y mi familia cercana y los demás no, entonces principalmente eso sea. Si no fuéramos ni conservadores ni liberales ni de izquierda ni ningún partido político, pero siquiera fuéramos buenos cristianos...” (Edilma, 81 años).

En suma, la religión ha sido empleada como una estrategia de disciplinamiento dentro de las tecnologías de poder, sin embargo la vivencia espiritual por parte de algunos ancianos les ha permitido descubrir en la experiencia de Dios una manera de resistencia a manera de fuga que por un lado los llevó a ser conciencia de la realidad, romper con lo que les oprime y buscar otras alternativas a través de un trabajo colectivo y solidario.

### **3.1.5 La cuestión social**

La categoría cuestión social se define como el espacio generador y reproductor de desigualdad e inequidad que se opone al desarrollo social y personal.

A través de los relatos de vida, se logró reconstruir una memoria de algunos hechos acontecidos en la sociedad colombiana a lo largo de la vida de estas personas ancianas, entre los que se identifican cuatro ideas centrales: la primera, relacionada con la entrada de Colombia en un proyecto modernizador, la segunda, la violencia y la firma del tratado

de paz, la tercera, la transición a la tecnología neoliberal y la cuarta idea es una propuesta a manera de resistencia ante la realidad social vivida.

### **Inserción de Colombia en el proyecto modernizador**

Para los ancianos en los primeros cincuenta años del siglo XX, se presentaron tres hechos (que caracterizan el proyecto modernizador iniciado en Colombia), y que fueron: 1) la transición del campo a la ciudad, 2) el crecimiento de la ciudad de Bogotá y la situación social vivida, y 3) el crecimiento de la industria. Sin embargo, estos hechos sólo han favorecido a unos pocos y al mercado, creando una sociedad sumida en una dinámica de individualismo, indiferencia, violencia y consumismo.

### **Transición del campo a la ciudad**

La mayoría de la población se encontraba en la zona rural en los primeros años del siglo XX, sin embargo allí existía una economía simple de subsistencia que mantenía a los campesinos en pobreza y abandono, esto llevó que las personas buscaran en la ciudad una alternativa.

“De un momento a otro me salió la salida para acá, entonces me vine y me salió un trabajito. Como enseñaba a arar y todo eso ya uno tenía como fuerza, entonces aquí me salió trabajo para revolver cemento y arena mientras. Pero yo contento, porque ya veía la plata, porque allá no la veía uno para nada. Aquí pues me dio contento porque la veía y bajaba [al campo] por ahí cada mes a llevarles el mercadito y a saber cómo estaban” (Emigdio, 79 años).

En la ciudad de Bogotá el campesino encontró oportunidades de trabajo: en construcción, en algunas fábricas y en el comercio, mientras que las mujeres consiguieron empleo en casas de familia. Gracias a las posibilidades que ofrecía la capital el país, los hombres lograron conseguir una propiedad o un lote para construir una vivienda de acuerdo a los recursos con los que contaran.

“Ya a los tres años [de estar en Bogotá] mi Dios me dio licencia de conseguir por aquí un lote, hice dos piecitas y cocina, y los traje [a los padres y hermanos] para acá. La familia yo no los abandonaba [sic], pues yo era como la mano fuerte ahí” (Emigdio, 79 años).

“Yo adquirí mi lote soltero, de puras chepas, mi hermano vivía donde un señor y yo llegue allá y me dijeron que iban a vender el lote y me lo vendieron, en esa época me valió a mi como que cuatro mil quinientos pesos me parece, pero era que en esa época valía la plata

tremendamente y ahí fue donde empecé, yo decía: ‘Dios mío yo tengo que tener mi casa’, fuera como fuera, yo me iba cada mes, cada dos meses, cada tres, hacía yo mis cositas, le hacía esto, le hacía aquello, hasta que terminé mi casa. Una casa grande hermosa, porque no era porque era mía, era porque era muy buena la casa” (Arsenio, 85 años).

### **El crecimiento de la ciudad de Bogotá y la situación social**

La ciudad de Bogotá, que en un inicio giraba alrededor del centro, empezó a expandirse y fue modificando sus medios de transporte.

“Para nosotras el centro de Bogotá era pan comido, porque vivimos siempre en el centro, nosotros teníamos un hotel, donde llegaba mucho comerciante de Santander con garbanzo, con lenteja, con todos esos granos. El hotel quedaba en un sitio comercial y debajo del hotel que era segundo piso quedaban los almacenes de grano y todo eso, entonces ellos llegaban ahí porque les quedaba fácil el negocio, surtir los almacenes, negociar y tener ahí cerquita donde ir a almorzar, quedarse, dormir, bañarse, todo, entonces el hotel les quedaba ahí de manos a boca como dicen. El hotel era de unos tíos, pero como nosotros fuimos como le digo una familia que vivimos siempre todos hasta última hora...” (Elvira, 94 años).

“Aquí llegaban y cogían un terreno, lo loteaban, se llenaba eso de vecinos, empezaban a hacer cambuches o casonas y así fue creciendo y así se empezó a desarrollar la construcción. No necesariamente tenía que ser un ingeniero o un arquitecto, sino un maestro de obra. El transporte era bus, taxi, yo conocí el tranvía porque donde iban mis papás yo iba con ellos. Había una ruta de San Fernando al Ricaurte, donde estaba la zona industrial y había otro que era al 20 de julio. El tranvía estuvo por ahí hasta el 52 o hasta el 50, después vinieron los ‘trolis’” (Eduardo, 71 años).

La situación social para algunos de los protagonistas del estudio fue bastante precaria, vivían en barrios de las periferias, no contaban aún con servicios públicos, sufrían hambre y pobreza. Sumada a esta situación, se desencadenaban otras realidades como la violencia intrafamiliar, que se replicaba en las relaciones entre los hijos, agudizada por el consumo de bebidas alcohólicas por parte de los padres.

### **Figura 3-1: Situación de pobreza**



(Foto tomada y donada por una de las participantes)

“Nosotros teníamos que ir a coger el agua, como a 2 cuadras, en unas pilas que se llamaban. No teníamos luz en los primeros años, yo creo que la luz la vinimos a conocer como cuando tenía 10 o 12 años, por ahí velas. Cuando dejé de estudiar es que ya empezaron a instalar la luz en cada casa, sí era por los alcaldes, no me acuerdo si ya estaba Mazuera” (Eduardo, 71 años).

“Mi madre le ayudaba a trabajar a mi papá en las obras y después para la taberna, a veces dejaban para cocinar unas papas y arroz y era un fogón de leña y un fogón de petróleo, y yo tenía que hacer eso. [Entonces] yo andaba con mis dos hermanos de la mano pidiendo comida, y yo no los dejé morir de hambre, pero les andaba muy duro, muy duro, muy ‘guache’ con ellos, hasta que ellos se me revelaron” (Lucy, 65 años).

### **El crecimiento de la industria**

Con respecto al crecimiento de la industria se habla de un incremento en las fábricas y su ubicación en una zona industrial.

“Había por ejemplo fábrica de pegante para la madera, se hacía con piel de res, a eso se le llamaba cola, cocinaban la piel y luego lo fundían prácticamente, lo cocinaban entre unos fondos hasta que quedaba como una gelatina, la tiraban en unas mallas, y eso se cristalizaba, se quedaba como un cristal, lo partían y lo vertían en un recipiente, lo derretían y eso le echaban para sellar la madera, eso hasta cuando nació el ‘colbón’ en el año 1963. Mi mamá trabajaba en una de esas fábricas, eran fábricas de colombianos. Pero había fábricas de extranjeros, de jabones, se empezaron a hacer jabones los que hoy en día se llaman Varela, la fábrica del Triunfo que todavía existe, conocí las empresas pero yo no trabajé en ninguna, quedaban en el Ricaurte, mejor dicho el Ricaurte era la industria, era el barrio industrial por excelencia” (Eduardo, 71 años).

### **Afianzamiento de la ideología liberal**

Otro elemento que no es mencionado por las personas ancianas pero que se reconoce en los relatos fue el afianzamiento de la ideología liberal que se fue incorporando en la mente de las personas, en su actuar reafirmando valores como el progreso y el esfuerzo personal, entre otros que se constituyeron en uno de los móviles de algunos ancianos especialmente los hombres.

“[Para] mí la vida ha sido siempre un poco difícil, pero he tenido mis logros. Yo, la fortuna que he tenido es ser de aspiración, yo es aspirando, yo pienso, ya hoy día inclusive, pero ya es difícil hoy en día. Pero si toda la vida yo aspiraba a superarme siempre, en todo, para poder progresar, yo veía un tipo que progresaba: ¡Dios mío!, ¡cuándo yo llego allá!, ¿cómo hago? ¿Qué debo hacer? Entonces, trabajar en lo que fuera. Luego trabajar yo por todos los hijos para sacarlos profesionales, porque todos son profesionales, los 5 hijos que tengo son profesionales...” (Arsenio, 85 años).

### **La violencia**

Un elemento común que han tenido que vivir las personas ancianas ha sido la violencia en sus diferentes formas: violencia política, desplazamiento forzado, narcotráfico,

paramilitarismo, delincuencia común, violencia contra la mujer, violencia intrafamiliar, familiar o social con sus respectivas consecuencias a nivel personal.

No obstante, en la actualidad las personas ancianas también piensan en la posibilidad de una firma de un acuerdo de paz.

### **Viviendo en medio de los diferentes tipos de violencia**

“Yo nací en el 42, del 42 al 48 estaba la violencia política, partidos contra partidos, mandaba un partido y los otros se sentían achicopalados, bueno esa violencia, después a los 6 años yo me acuerdo cuando el 9 de abril, yo no entendía por qué esas cosas pero, y del 9 de abril violencia política hasta el 64 pues en que nació la guerrilla, yo me acuerdo cuando leía en El Espectador cómo se habían creado las FARC y el partido revolucionario del pueblo, y bueno... Toda la vida ha sido violencia, y cuando nacimos nosotros también estaba casi acabándose la Segunda Guerra Mundial, mejor dicho a nosotros...” (Chepe, 74 años).

“Porque la mujer es la que lleva, dejémonos de cosas, eso es de toda la vida, y la mujer es la que hace maravillas. En cambio, el hombre, el trabajo y no más. Ahora es que se han despertado las cosas, pero sin embargo ahí las matan todavía y les pegan y de todo, porque el hombre es como un poco animal” (María, 91 años).

Otro de los recuerdos impactantes para una anciana fue la violencia generada por el narcotráfico y la guerrilla en los años 80 y 90:

“Todo eso que pasó cuando fue la etapa que en que los narcotraficantes estuvieron tan supremamente agresivos, hicieron tanto daño, eso sí me impactó. También me impactaron terriblemente dos cosas que sucedieron muy cercanas: la toma del Palacio de Justicia<sup>12</sup> y lo de Armero, eso fue terrible. Imagínese si no me va a impactar una cosa tan injusta, me pareció que el gobierno no tomó las medidas que debía tomar, y dejó morir a estos inocentes allá dentro, no solamente a los magistrados” (Edilma, 81 años).

La violencia generada, la falta de credibilidad en los gobernantes, unido al narcotráfico y la corrupción llevó a que la sociedad busque definir sus propias normas, y redes de influencia, así como sus códigos de transacción, buscando el propio beneficio, desaparecen así las fronteras entre lo legal e ilegal aumentando los niveles de corrupción y generando más violencia. Todo esto ante un Estado ausente, autista y corrupto que provoca una brecha entre la sociedad y el Estado.

### **Posibilidad actual de cese al fuego.**

---

<sup>12</sup> Toma del Palacio de Justicia en Bogotá en el año de 1985 por parte de la guerrilla del M19.

Respecto a la posibilidad de la firma de un acuerdo entre la guerrilla de las FARC y el gobierno, la paz, una de las ancianas lo considera como una forma de frenar la violencia de los grupos al margen de la ley, aunque también se señala sobre los intereses económicos que están detrás de esto.

“Una vez se firmen los acuerdos de paz no implicará el restablecimiento de la justicia esperada y continuará el pago de responsabilidades individuales, pero será la única manera de poner un pare a la violencia” (Consuelo, 66 años)

“Aquí, no tiene por qué haber guerra, ¿por qué tenemos que matarnos? En Colombia los gobiernos no están acostumbrados a una oposición, se convierten en enemigos que hay que eliminar, eso es lo que han hecho siempre, por eso, si no hay firma, no es por la guerrilla, porque a la guerrilla le conviene, para tomarse el Estado y ellos lo saben, pasa lo mismo que pasó en Nicaragua...ellos saben muy bien dónde está la plata, la plata que han trabajado miles de colombianos” (Hugo)

### **La transición a las tecnologías neoliberales**

Las personas ancianas han experimentado una transición de la sociedad a partir de la implementación de las tecnologías neoliberales, explicada por 5 aspectos: 1)prácticas que reducen y quieren dominar la vida,2) imaginarios negativos respecto a la vejez,.

#### **Prácticas que reducen, dominan o quieren eliminar la vida**

Se mencionan en primer lugar prácticas individualistas, el aumento del consumismo, el daño al medio ambiente y la falta de conciencia social entre otras, en segundo lugar las personas ancianas participantes del estudio señalan que la familia está en crisis, lo que afecta principalmente a los niños, a los jóvenes y a los ancianos:

“La familia está viviendo su crisis, en primer lugar, por los mismos medios de comunicación. Cuando por ejemplo los divorcios entre grandes personajes y como desgraciadamente los medios de comunicación están influyendo directa o indirectamente sobre las personas, ya las demás quieren obrar o quieren ser como esos personajes. Entonces vemos una crisis tremenda en los matrimonios, por cualquier cosa se van separando, no les importan los hijos. Yo viví varios casos de esos de muchachos que se sentían solos, aburridos porque no tenían papá, porque no tenían mamá. Yo creo que está en crisis desde el punto de vista social, religioso y moral, que es lo peor. Y lo otro, uno ha visto muchos viejitos suspirar por sus hijos, que ellos no soñaban eso de sus hijos, hay maltrato, se ha visto mucho maltrato, ya con el solo hecho de no atenderlo, ya hay un maltrato” (Chepe,74 años).

Para las personas ancianas participantes del estudio, una situación que hoy afecta a los jóvenes es la drogadicción:

“Puedo ser joven pero vivir indignamente, si yo soy joven y estoy consumiendo drogas, yo mismo me estoy deteriorando y no tiene sentido tener 18 años y ya estar en la calle consumiendo, perdido, porque me quemé las neuronas chupando mariguana o consumiendo perica o éxtasis o lo que sea, yo creo que eso no es vida” (Salomón, 56 años).

Por otro lado, una anciana considera que la cárcel de menores es para un joven el lugar donde se forma como delincuente. Al respecto narra su experiencia, luego de haber vivido el desplazamiento armado y haberse ubicado laboralmente en Bogotá. Dice que tenía que trabajar todo el día y el hijo mayor quedaba solo en la calle. En el colegio un día rompió unas tejas y de allí lo enviaron a una cárcel de menores por un mes, pero “ahí salió mariguanero y aprendió a manejar cuchillo, ese muchacho hizo hasta para vender y más tarde, cuando tenía 19 años, se suicidó” (Beatriz, 84 años).

Así mismo se menciona el estrés y las fatigas del día a día que abstraen de la realidad a las personas

“Siento que somos un pueblo que esta tan cansado, tan agobiado por las circunstancias, por las luchas del día a día que lamentablemente no va a pensar en los problemas sociales macro que son los que nos llevan a estar jodidos. Yo creo que necesitamos una resistencia civil, pero la concientización no es fácil” (Salomón, 56 años).

Las construcciones sociales negativas que ha hecho la sociedad sobre la vejez afectan, como lo expresa este hombre, no solo a los ancianos:

“Yo creo que es una sociedad muy ‘light’ que ha canonizado la juventud, es una sociedad donde no se puede demostrar la debilidad porque si usted se muestra débil lo arrasan. Entonces usted de pronto tiene 40 años y se quedó sin trabajo, salga a buscar trabajo a ver si es fácil para esa persona”. (Salomón, 65 años).

“La vejez se convirtió en un estorbo. Y los adultos mayores, entonces dicen los hijos: ¿quién se encarga de mi mamá o de mi papá?, ¿quién se va a encargar? Hay culturas así, donde el anciano sí es valorado por su sabiduría, por su criterio, ¿pero aquí?...” (Salomón, 56 años).

En suma, la sociedad se ha ido transformando, en medio de la pobreza, la violencia, el abandono del Estado, la corrupción, asumiendo concepciones dadas por el neoliberalismo respecto a felicidad, progreso, vida, en función de la adquisición de dinero de manera rápida y el consumismo, de esta manera la vida se ha reducido a esto, se ha afianzado el individualismo, la diferenciación, la indiferencia y las múltiples formas de violencia.

### **Propuesta de resistencia ante la realidad social**

A manera de resistencia ante la realidad social vivida se plantea como primer paso la necesidad de hacer conciencia de la misma, y un reconocimiento de lo es el ser humano:

“Creo que en la medida en que nos vayamos dando cuenta que yo como ser humano no me puedo reducir a un quehacer diario, que no puedo reducir mi existencia, o que no me debo dejar reducir mi existencia a un materialismo... Cuando tengamos la capacidad de levantarnos sobre eso y descubrir que nosotros no somos únicamente un montón de carne, y que nos descubramos como somos seres trascendentes, seres que tienen sueños, ilusiones, esperanzas que vamos tejiendo realidades con mi manera de ser, mi manera de actuar... y poder ir creando una sociedad diferente, o por lo menos espacios distintitos...” (Salomón, 56 años).

Y en segundo lugar crear espacios diferentes, más justos, en lo que se vive en lo cotidiano, en la casa, en el trabajo, en las relaciones sociales, que muchas veces implican perder, pero que buscan un bien común, un bien del otro.

“A mí me han pasado algunos chascos, le falta a uno previsión o lo que sea, a mucha gente le preste sin pedirle nada, hubo muchos que igual me devolvieron sin haberme firmado un papel, hubo otros que me tomaron del pelo, y ¿por qué lo hice?, porque a mí me prestaron, a mí me respaldaron, si a mí no me hubieran ayudado yo no hubiera podido avanzar en cosas, entonces, por qué no puedo hacer lo mismo con otros” (Consuelo 66 años)

Estos espacios tienen un propósito y un fin diferente al que plantea las formas del gobierno Estatal, de manejo social del riesgo, su propósito es romper con la indiferencia y la comodidad en procura de la solidaridad con el otro.

A manera de síntesis, la inserción de Colombia en un proyecto modernizador, a lo largo del siglo XX y lo que ha transcurrido del siglo XXI, ha conducido a la sociedad colombiana a adoptar unas formas de pensar respecto al desarrollo, la prosperidad, el progreso, el ser humano en función de la productividad económica. Lo cual, ha favorecido a unos pocos, mientras que en la mayoría de la población se perpetúan y acrecientan realidades de injusticia e inequidad. Aun así, se propone a manera de resistencia la construcción colectiva en lo local y cotidiano, de espacios diferentes, solidarios y más justos.

### 3.1.6 La intervención del Estado

Esta categoría se entiende como el proceso de sustitución de las seguridades sociales por responsabilidad individual. Se expone a partir de 4 ideas: 1) Estado interventor y asistencialista, 2) Estado regulador de los agentes de mercado, 3) las políticas públicas al servicio del mercado. 4) Forma de resistencia

#### Estado interventor y asistencialista

Con respecto a los gobernantes, las personas ancianas dicen que muchas de las cosas que han hecho no han favorecido al país, y han dejado de lado el preocuparse por los problemas y necesidades de las personas, en consecuencia se ha perdido la credibilidad en ellos.

La intervención del Estado en un inicio permitió el desarrollo de entidades estatales que proveyeron empleo, tales como el Ministerio de Obras Públicas, la Caja Agraria, Telecom o Ferrocarriles Nacionales, entidades en las que los hombres trabajaron. Así mismo se crearon algunas fábricas algunas colombianas y otras, pero pertenecientes a extranjeros. Adicionalmente, se constituyó la Federación Colombiana de Cafeteros, por lo que hubo apoyo también para los cultivadores de café.

Para las personas menos favorecidas, se impulsaron programas de asistencia como la Secretaría Nacional de Asistencia Social (SENDAS), del cual algunos de los ancianos se beneficiaron.

“Instauraron una forma de ayudarle a los niños ya sus familias que llamaban SENDAS, no sé qué quería decir SENDAS. Entonces allí en la escuela nos daban refrigerios, queso extranjero amarillo en tarros, nos daban pan y nos daban como un refresco como decir un agua de panela. Y en diciembre entonces, un regalito navideño, entonces yo hacía la fila y me daban el regalito. Sí, eso no lo olvida uno nunca y lo que digo yo, lograba su objetivo, entonces se sentía esa alegría” (Eduardo, 71 años).

De esta manera, la figura de Estado interventor y asistencialista fue muy importante para estas personas ancianas en su momento histórico y de alguna manera fue parte de las seguridades que hoy tienen como la posibilidad de tener acceso a una pensión, por haber trabajado en una entidad del Estado.

#### El Estado, regulador de los agentes del mercado

Las personas ancianas identifican una transición entre las funciones del Estado durante su niñez y juventud (de acuerdo a la experiencia vivida) con respecto a la actualidad y que se manifiesta en el acceso a los servicios de salud, educación, entre otros.

“Fui enviado al hospital de la Hortúa, estuve muy, pero muy bien atendido, no pagamos ni cinco centavos, porque todo eso era gratis, en esa época todo era gratis, ahí es cuando yo pregunto cómo es que todo era gratis, el estudio era gratis, la salud era gratis, la policía no cobraban tampoco [sic] porque era gratis, los impuestos eran muy bajitos, sin embargo, se hacían obras y se hacían cosas... Cómo es que hoy en día es lo contrario, se paga la salud, se paga el estudio, se paga todo, no hay nada gratis. Si queremos seguridad tenemos que pagar el celador de la calle y todo es plata, ¿qué pasa?” (Hugo, 75 años).

Las razones que explican sus preguntas tienen que ver con la tecnología de neoliberalismo y que uno de ellos presenta de la siguiente manera:

“El partido de Galán era nuevo liberalismo, el neoliberalismo. Que es lo que nos tiene así de mal, tiene mal a todo el mundo. Porque cayó en manos de los ricos, de los millonarios que no quieren soltar un peso, entonces todo esto esta manejado es por ellos. Lo que hizo Gaviria fue implementar las políticas que Galán trajo y después Pastrana siguió, porque les convenía, les convenía porque hay plata.” (Hugo, 75 años).

De este modo las protecciones sociales con las que se contaba se fueron sustituyendo a partir de las reformas laborales, de pensiones, de salud, etc., Al respecto de las reformas laborales una anciana refiere que eso hubiera sido un descalabro para ella y que le conmueve la situación que hoy viven muchas personas por esto, dentro de ellas su propia hija. (Consuelo, 66 años).

La credibilidad en los gobernantes, en la justicia y en las leyes se ha perdido por parte de estos ancianos.

“Porque hay muchas leyes que uno, que lo perjudican a la humanidad, tantos impuestos que ya la humanidad no alcanza a pagar” (Emigdio, 79 años).

“Hoy en Colombia por ejemplo se bajaron las tasas o los rangos para decir que usted va a declarar o no va a declarar. Es decir, ¿cómo yo a usted lo mantengo ahí siempre?, ¿cómo lo margino yo a usted?, ¿cómo lo exploto yo a usted? Y más ahoritica esas políticas porque ya el gobierno vendió todo lo que tenía que vender, ahora necesita dinero porque tiene que cumplir y pague con lo que se empeñó. Entonces ahoritica se viene toda una reforma de impuesto y todo [...]. Yo creo que necesitamos unas políticas mucho más justas, mucho más éticas, porque todo lo legal no necesariamente es ético. Entonces políticas que busquen no cuidar los intereses de unos pocos, sino pensar en el otro, en el de a pie, en el anciano que no tiene posibilidades” (Salomón, 56 años).

A su vez, afirman que hay mucha corrupción desde los estamentos que gobiernan el país. En particular, uno de los participantes se pregunta: “¿dónde está la plata de los

impuestos que pagan, especialmente los estratos 3 y 4?, ¿porque los estratos altos no pagan impuestos? (Hugo, 75 años). Así mismo, otro anciano se pregunta por el dinero que las personas que hoy son ancianas cotizaron toda su vida, o los que cotizaron por muchos años y no alcanzaron a pensionarse porque ya murieron. Por eso afirman que el problema más grande en este país es la corrupción.

“Hay una guerra peor en Colombia que la misma guerrilla, es la corrupción, y eso sí creo que daña más que la misma guerrilla... Hay una propaganda por ahí que dice que pasa un señor untando como de una gel a todo el mundo [sic], y todos lo va untando a otros [sic]. Desgraciadamente ese es un virus que eso sí afecta y yo digo Dios no quiera que en mi familia haya alguno que participe del ‘serrucho’” (Chepe, 74 años).

En relación con los subsidios, dentro de las personas entrevistadas hay una mujer que recibe apoyo económico y los hermanos de un anciano que están a cargo de él , pero que debido a sus pocos recursos económicos, decidió solicitarlo como un derecho.

“Yo me metí a Familias en Acción, ¿sabe cuánto llegue a recibir yo? Eso me toco hacer una cola ni la ‘verraca’ y amanecer hasta allá, que no salía favorecida porque no sé qué... Bueno, lista, salí favorecida y como tres veces recibí de a veinte mil pesitos, dije no. Ahorita en la tercera edad me dijeron que me iban a ayudar y cuánto hace que estoy anotada, tengo 58 años, esa ayuda la dan después de los 52 años, a cada ratico me decían, venga yo iba y me decían, está en espera, al fin salió, por cada dos meses nos dan 240, yo no sé por cuánto tiempo será, es como una pensioncita, en Efecty se lo dan a uno, lleva uno la cédula y se lo dan ahí” (Margarita, 58 años).

“Ahora les da la nación, les da la voluntaria que no le exigen a uno nada, solamente tiene que participar en las reuniones donde a uno le enseñan cómo alimentarse y reclamar las ayudas que dan para el cuidado de la alimentación y sí, ir a las reuniones para uno hacerse al derecho” (Emigdio, 79 años).

Estas prácticas de subsidios que son dirigidas y asumidas a nivel individual conducen a que las personas desvíen la conciencia de derecho hacia una conciencia de limosna. Al respecto, uno de los ancianos participantes señala que el gobierno actual cree que está haciendo justicia regalando casas, en lugar de abrir oportunidades de trabajo digno y facilidades para que la gente pueda tener su casa.

“Hay mucha injusticia social y el gobierno actual está creyendo que regalando cosas está siendo justicia [sic], eso no es así, a la gente dice un refrán chino: hay que enseñarle a pescar y no darle el pescado. Entonces cree que manteniendo un poco de gente dándoles... Yo eso de política no entiendo, pero veo las cosas, la gente por ejemplo está recibiendo las casas gratis y el día que no tenga con qué pagar los servicios, y ya se está viendo... En vez de abrir industrias y darles trabajo, darles la facilidad de que tengan casa, no regalárselas, unas cuotas pequeñas, pero que sean ellos los que...” (Chepe, 74 años).

### **Las políticas públicas al servicio del mercado**

En relación con las políticas públicas, una anciana señala que, pese a todo, ella cree que, aunque “las políticas son deficientes, últimamente se ha dado un poquito más de apoyo y hay una actitud nueva hacia los viejos, diferente a la que yo conocí cuando era más joven, donde los ancianos estaban tan desamparados y tan mal” (Edilma, 81 años).

Sin embargo, se plantea entonces por parte de algunos ancianos que las políticas públicas no pueden formularse como paliativos ni respuestas inmedatistas que respondan a intereses de unos pocos, sino que se deben construir con responsabilidad, teniendo en cuenta a la gente a las que van dirigidas, es decir, que sean a favor de las personas y que resuelvan sus problemas reales. (Consuelo, 66 años) (Salomón, 56 años)

### **Forma de Resistencia**

Se plantea así, a manera de resistencia la necesidad de un Estado que piense en las personas, en el ser humano, en los ancianos desprotegidos, que el Estado y los gobernantes asuman un compromiso con las personas que los eligen, que no sea indiferente a los problemas que viven y que construya políticas éticas, justas, que no sigan oprimiendo a las personas

“La política vuelva a pensar en que las mayorías posibles logren llegar a ser ancianos, pero porque tuvieron condiciones de empleo, de bienestar que les permiten llegar allá, pero también porque los que ya llegan a la ancianidad tengan una serie de recursos estatales y de instituciones con los que pueda contar de acuerdo a su realidad” (Consuelo, 66 años).

Así mismo, se plantea la necesidad de una resistencia civil, y no renunciar a las cosas esenciales.

### **3.1.7 La medicalización de la vida**

Esta categoría se define como la imposición de un saber médico sobre la vida de las personas y la transformación de la salud en un negocio. A manera de resistencia se propone una resignificación de la vida, la salud y la enfermedad que incluye la aceptación de la muerte como un hecho natural en los seres vivos.

En los relatos de vida de las personas ancianas entrevistadas se destaca como la mayoría manifestó que en general durante su vida han tenido una buena salud, aunque ahora con el tiempo sí presentan algunas molestias y enfermedades como la

hipertensión. No obstante, los protagonistas del estudio a lo largo de sus trayectorias de vida y cuidado han convivido con el desarrollo de los procesos de medicalización empleados en Colombia en función de un afianzamiento capitalista. Estas formas de medicalización se fueron articulando en redes desde donde se han ido generando múltiples relaciones de poder y prácticas que las personas han experimentado a lo largo de su vida.

A continuación, se presentan las diferentes formas de medicalización que han experimentado las personas ancianas expresadas en 9 ideas que se destacaron en sus narraciones. 1) el aislamiento como práctica de higiene y la atención médica por clase. 2) medicalización del trabajo, 3) la medicalización de la mujer y la familia, 5) la medicalización de la vejez 6) El mercado de los productos farmacéuticos y la polifarmacia la percepción de salud 7) el autocuidado y el cuidado familiar 8) el sistema de salud y los médicos 9) Resistencia a la medicalización de la vejez.

### **El aislamiento como una práctica de higiene y la atención médica por clase.**

La lepra fue una de las enfermedades que más preocupó a los médicos colombianos durante las primeras décadas del siglo XX. Para su control se emplearon prácticas de aislamiento que separaban a las familias como lo que se vivió en el lazareto de Agua de Dios.

“Mi abuela tenía una enfermedad, ella tenía Hansen y tuvo que viajar a Agua de Dios, entonces dejó sus hijos con varias personas, con varios parientes. Mi madre quedó a cargo de alguna de sus parientes, tal vez fueron sus padrinos y estuvo con ellos como hasta los 14 años, luego mi madre se fue con la abuela a Agua de Dios. Se conoció con mi papá, entonces vivimos esos primeros años allá” (Edilma, 81 años).

Y respecto a la atención médica recibida desde el Lazareto, para los familiares que vivían en Agua de Dios se menciona que eran deficientes.

“En Agua de Dios ahí teníamos servicios médicos, pero ... Se imagina usted que iban a hacer las prácticas rurales, recuerdo que a mi papá vinieron médicos, por cierto, que era un médico ¡póngale cuidado!, que venía a caballo y llegaba hasta la puerta de la casa y preguntaba si estaba el enfermo y qué le pasa... Y a veces desde el caballo formulaba, ¡cómo te parece!” (Edilma, 81 años).

Otra práctica de aislamiento, involucraba a las personas diagnosticadas como enfermas mentales, las cuales eran confinadas en clínicas psiquiátricas para recibir el tratamiento médico, como lo narro una de las mujeres entrevistadas.

“Me llevaron a una clínica, La Inmaculada, allá me ponían choques eléctricos, me ponían camisa de fuerza y un pocotón de pepas para dopar y yo no sé, por instinto yo rechazaba esas pepas y las botaba. Si la reacción de los choques, queda ahí uno como revolcándose como gusano, horrible [sic]. Dure tres años allá, la historia dice amnesia parcial y esquizofrenia, estaba esquizofrénica” (Beatriz, 84 años).

Al respecto, se hace manifiesto por parte de la anciana, el reconocimiento de factores como la pobreza, el hambre, la violencia, las políticas públicas, que no son tenidos en cuenta en las prácticas de la medicalización, pero que juegan papel muy importante en el desarrollo, en este caso, de una enfermedad mental.

“Trabajé en una empresa donde me daban una ‘valera’ para almorzar en el restaurante, yo las guardaba y los sábados me llevaba a mis chinitos a almorzar y yo feliz de verlos cómo almorzaban, pero yo aguanté mucha hambre. Pasaron 6 meses, cuando un día, como aguantaba tanto me dio una cosa rara, sentí que me desvanecía, y de pronto vi que la gente se iba creciendo y las máquinas se volvían gigantes, y entonces yo grité porque me dio susto, y dicen que yo tenía una fuerza... [luego, la llevaron a la clínica psiquiátrica]. Después que me pasó todo eso, me daban salidas parciales cuando ya me veían mejorcita y yo llegaba aquí bien, no me acordaba ni que estaban solos los chinos ni nada y encontraba esto vuelto una miseria, esos colchones todos orinados y esos chinitos unos pelos largos, ahí mijitica pegaba un grito y otra vez para la clínica, llegaba aquí y no aguantaba ver la pobreza, escandalizada de la pobreza” (Beatriz, 84 años).

Los servicios médicos brindados en los primeros 50 años del siglo XX en Bogotá, son considerados por algunas de las personas ancianas como de buena calidad, aunque, eran fraccionados y clasistas. La atención médica se ofrecía de tres maneras: la atención particular para los que tenían medios económicos con qué pagar, la atención ofrecida por instituciones públicas como hospitales y centros de salud para las personas pobres, y la que se prestaba en instituciones de caridad, como la del Padre Campo Amor.

“Que yo me acuerde, una vez y me llevaron a un centro de salud, que quedaba en Chapinero. Debió ser alguna gripa de esas duras que daban y me llevaron a un centro de salud que había cerca de una institución que llamaban el Padre Campo Amor, por ahí me llevaron. Era de caridad sí, uno conocía las de caridad, no conocía las que había que pagar, ni siquiera las oía mencionar, no eran muchas seguro, había médicos y enfermeras, hasta inclusive ambulancia, ambulancias que llegaron donadas creo que era de los gringos” (Eduardo, 71 años).

### **Medicalización del trabajo.**

La medicalización del trabajo fue vivida por los hombres, en las mujeres no se hace ninguna mención al respecto, para ellas operó otro tipo de medicalización en la familia.

Se destaca el discurso de los riesgos y la prevención en el trabajo, así mismo se menciona la atención médica recibida en las empresas públicas, como un beneficio ganado que beneficiaba así mismo a la familia, incluyendo a los padres del trabajador.

“Si la salud no se controla bien, entonces cualquier enfermedad atenta contra la vida. Pero también contra la vida hay otros atentados, como caminar descuidadamente sin fijarse por dónde va, es decir distracciones, no estar en lo que se está. Si yo estoy haciendo algo, me distraigo con un tercer caso o segundo caso o con otra cosa, inmediatamente mi mente está en el segundo caso, y mi cuerpo va descuidado, ahí se generan accidentes y la vida peligra. Pero si la salud es buena, entonces la mente es buena y los miembros del cuerpo son buenos, responden y entonces hay un equilibrio y mientras haya equilibrio entonces hay protección de la vida. Cuando uno se confía, se confía, cuando hay mucha confianza entonces... Y justamente en un ‘volao’ y por un descuido se mató el tío, un error terrible, en un momento crucial de la vida de mi tío...” (Eduardo, 71 años).

La familia, incluyendo a los ancianos, fue incluida también dentro de la medicalización a través de su inclusión como beneficiaria en las entidades pública donde trabajaba el padre.

“En el Ministerio teníamos servicio médico y funcionaba en el primer piso. Habían varios médicos y el servicio era excelente [sic], era lo mejor que nosotros teníamos. Por ejemplo, ella iba al médico, o llevaba los niños, o iba mi mamá y necesitaba alguna cosa y el médico le decía: ‘salga a ver qué especialista’; era una lista tremenda y buenos médicos. A ella, por ejemplo, la operaron de las vérices en esa época un doctor Ernesto Tirado Plata, y le daban a uno cantidad de medicamentos” (Hugo, 75 años).

### **Medicalización de la mujer y la familia**

La mujer y la familia fueron medicalizadas, a través de diferentes prácticas: durante la gestación, asignándosele el cuidado de los hijos, los padres, los miembros de la familia en general.

“He cuidado a mi familia con humanidad, con cariño, con buena voluntad, les di a mis hijos lo que pensé que les serviría para un futuro. Yo, por ejemplo, en mis embarazos, comía mucha sustancia de cabeza de pescado, y le cuento una cosa: les di jarabe yodotánico, les di Emulsión de Scott, nos les faltaba y procuraba hacerles una comida agradable, especial, sana” (Elvira, 94 años).

Por otro lado, se aprecia dentro de las narraciones que las mujeres ancianas muestran la manera en la que se fue transformando la atención de los partos. Algunas de ellas

refirieron haber nacido en las casas con la ayuda de parteras, luego todas las ancianas fueron a instituciones de salud para tener sus hijos.

Así mismo, se menciona, la atención pediátrica ofrecida dentro de una práctica de higiene que buscaba la regeneración o mejoramiento de la raza.

“A mí me atendió el doctor José María Montoya, un famoso médico que fue el que fundó el hospital de San José, y el doctor Barberi, famosos ellos eran los que me atendían. Yo estuve mucho tiempo, pero tiempo en el hospital de la Misericordia que era ahí donde es ahora, y ellos eran los que me veían. Yo serví allá de conejo de indias, porque me acuerdo que el doctor Montoya me llevaba, eso era dirigido por monjas, el doctor Montoya me llevaba a mí al salón de clase donde estudiaban los que iban a ser médicos y me paraba en la mesa de cirugía y ahí, como conejo de indias, les explicaba a los muchachos. Yo era una niña, estaba chiquitica, mi madre cuando me calzaba notó que la rodilla izquierda era más grande que la otra, entonces ahí mismo me puso en manos de médico, entonces, los médicos que ya le digo que me vieron y me trataron toda mi niñez, fueron ellos los dos” (Elvira, 94 años).

“Tenía mi defecto, la limitación de mi pierna, porque yo la tuve desde muy pequeña, no se supo la causa ni los médicos nunca vieron de qué era, no fue polio, unos decían una cosa, otros decían otra, que era tumor blanco, otros que era reumatismo, pero nunca se supo, pero yo llegué pues a caminar muy bien, a bailar, a subirme al monte de Suba, todo eso lo podía hacer a pesar de que tenía pues el título de coja, por la limitación que no me dejaba caminar bien” (Elvira, 94 años).

De otra parte, se subraya la existencia de familias con muchos hijos, como en la mayoría de las personas ancianas, quienes tuvieron varios hermanos. A excepción de dos mujeres que fueron hijas únicas y otras dos mujeres que solo tuvieron un hermano, no obstante, algunos de los ancianos mencionan que unos de los hermanos murieron cuando eran niños o jóvenes.

“Mi hermanito Hugo murió por pulmonía, neumonía yo no me acuerdo bien, pero sí me acuerdo que lo velaron y todo, tenía por ahí unos 2 añitos. De pronto muy lejos el servicio médico, y desconocimiento, no conocían bien cómo tratar un caso de esos. Los niños se morían de eso, cuando no los cuidaban se morían, iniciaban con las bronquitis” (Eduardo, 71 años).

Dentro de los relatos, también se identifica una transición en el número de hijos, En las mujeres ancianas más jóvenes se evidenció la influencia de la planificación familiar hacia los años 60, en contraste con las mujeres que tuvieron sus hijos en las décadas anteriores.

“Sí yo en ese tiempo planificaba mamita, yo sí, ya una señora me explicó eso y yo planificaba, yo tuve el dispositivo, me lo colocaron en la 34, pues como cuando yo iba por ejemplo al hospital a mí me decían, entonces yo preguntaba y la enfermera me decía.” (Margarita, 58 años).

“Cuando uno recién casado que tenía que diera el agua donde diera [sic], pero que tenía que atender al marido a toda hora, así nacieran mellizos, quintuples y en el otro parto lo mismo, pero que uno no podía rechazar ese momento. ¡Pues no!, eso es falta de consideración, claro que como todo extremo es vicioso, tampoco uno limitarse a que no, no quiero un hijo, no quiero, si esa fue la ley de la vida. Pero anteriormente todo era pecado, si uno evitaba los hijos con un medicamento o algo, era pecado, pero bueno eso como ya no es tan aguda la cosa ahora, yo no he oído decir...” (Elvira, 94 años).

En este mismo sentido se destaca un componente político-demográfico de la planificación familiar.

“Fueron unas tendencias muy fuertes...políticas surgidas de sistemas económicos que dieron origen a la disminución de la natalidad, que vendieron la idea de tenga un hijo y téngalo bien....entonces, surgen sueños ambiguos, los de clase baja tienen la aspiración a llegar a la clase alta, y eso es una estupidez, porque eso nunca va a pasar, porque los ricos siempre tendrán el poder y la riqueza... la gente llegó tuvo un hijo y siguió jodida como antes o de pronto peor” (Salomón, 56 años)

### **La medicalización de la vejez**

Esta categoría se desarrolla de un lado, a partir de tres elementos que tienen que ver con el poder médico, el mercado de los productos y la polifarmacia así como, el autocuidado y el cuidado, de otro lado, se mencionan el sistema de salud como un negocio y una atención médica deshumanizada .

Se identifica en primer lugar el poder médico en relación con los procesos de salud y enfermedad que viven o vivieron las personas ancianas o sus familias en relación con la atención médica a sus familiares ancianos.

“Cuando mi mamá se enfermó del corazón, empezaron los médicos a proponer cosas pues siempre le retumbaba a uno. Los médicos nos hicieron una propuesta que era hacer varias cosas con corazón abierto. Entonces nosotros nos reunimos un día en casa y dijimos ¿qué íbamos a hacer? No era justo exponer a mi mamá a todo eso, mi mamá tenía en ese momento 81 años. Pero los médicos son tontos, son necios, ellos quieren imponer el poder de su saber, ¿qué hicieron?, nos cogían de uno en uno, sacaban la historia, y firme que lo que su mamá necesita es esta cirugía. Nosotros, ¡no señor! Un día me llamó el jefe de la unidad y me dijo: me parece ilógico que ustedes le estén quitando una oportunidad a su mamá, mire cómo ha avanzado la ciencia, la cirugía es lo que ella necesita. La realidad es que como no dimos el brazo a torcer, nos la sacaron de cuidado intensivo, mi mamá era una de las candidatas para que en las pantallas todo el mundo viera cómo cortaban aquí, cómo hacían allá, por fortuna no dejamos que le hicieran toda esa cacharrería” (Consuelo, 66 años).

### **El mercado de los productos farmacéuticos y la polifarmacia**

Otro elemento importante que se incorpora ampliamente a la medicalización de la vejez es el mercado de los productos farmacéuticos, con respecto a esto, los participantes señalan que la influencia de los medios de comunicación es muy alta, lo cual favorece el mercado de la salud:

“Desgraciadamente así uno no quiera, de algo se unta, porque son tantos los chispazos de esa cantidad de comunicación, que tales jabones, que tales cremas, que tales alimentos. Y entonces le dicen que esto es bueno para curar el colon y esto para tal cosa y en eso he sido: ‘de pronto este remedio me sirve’” (Chepe, 74 años).

“Para mí, eso es solo comercio, pero yo pienso que hay artículos que de pronto le llaman la atención por su contenido o porque alguien le comentó a uno. Si le ayudan a uno y si viene de una fuente fidedigna ¿por qué no comprarlos?, yo los utilizo. Pero realmente la mayoría son solo comercio” (Teresa, 59 años).

Por otro lado, con respecto a la polifarmacia en las personas mayores, se advierte dentro de las personas ancianas algunas que por prescripción médica consumen múltiples medicamentos durante el día, otras que hacen resistencia, otras que buscan en otras ofertas del mercado de la salud, el remedio para sus males y otras que se automedican:

“Estoy tomando droga más que.... tomo 3 en ayunas, después del desayuno tomo otras 4 pastillas y por la noche otras 3. Tomo metformina, enalapril, genfosida, omeprazol, bera nose, para la tiroides, hidrocortisona, andolopido, ácido acetílico” (Paula, 86 años)

“Le pedí a mi hijo que me cambiara el médico porque me tenían en Saludcoop y una lista como de aquí a aquí de medicamentos, de cucharadas, de pastillas y tomar una pastilla cada 8 horas, pero nada. Entonces le dije de un remedio que dan en la televisión, de omega y un remedio... Entonces no me llevaron allá sino a algún médico que trabaja con electricidad: la Energía rige tu cuerpo, y por allá cada mes una ida. Energía rige tu cuerpo es una cosa que tiene que llevar uno cobija y sabana, porque dura 2 o 3 horas allá acostada, y viene el médico y será así como esta pieza y entra el médico y con una mano le pone así sin tocarlo y con la otra le empareja. No volví a tomar las pastillas que me formulaba, tan solo lo último que él me mandó unas cápsulas rojas, para tomarme cada tercer día, me mandó 50 para tomar en 100 días y sí, sí me hizo...” (María, 91 años).

“He tenido toda la vida la tensión alta, tomo enalapril, sí yo no he cambiado casi nunca de medicamento, eso sí yo me tomo mis vitaminas, mis calcios, pero por mi cuenta, que me mandan mis hijos” (Elvira, 94 años).

### **El autocuidado y el cuidado familiar**

Otros aspectos mencionados por las personas mayores tienen que ver con el autocuidado y con el cuidado familiar si ha hecho parte de sí, en unos ancianos más que en otros, hay una mujer que dice que sabe que debe cuidarse pero que dados los

recursos económicos con que cuenta no es posible, se requiere de medios para alimentarse bien.

“Uno debe cuidarse en su comida, que sea una comida sana, que si le gustan los chicharrones y la grasa procurar uno abstenerse porque eso lo va a perjudicar, , procurar hacer lo mejor que se pueda para defenderse de tantas enfermedades, tener vivienda con aseo, con higiene, y no irse a meter digamos a una alcoba de un enfermo que tenga enfermedad contagiosa, eso es buscarle 3 patas al gato” (Elvira, 94 años)

La cultura también tiene influencia en las formas de autocuidado, el empleo de los “remedios caseros” que consumen las personas ancianas por tradición o por recomendación de otros , dentro de sus conversaciones cotidianas.

“En si he sabido cuidarme, hace unos 8 años me vengo tomando una sal de magnesio que llaman y ahí usted me ve, me gusta mucho el limón, el ajo, la cebolla, las frutas, eso todo a mí me gusta comer y me siento bien...medicamentos formulados pero a veces, el de la tensión lo tomo cumplidamente, pero hay otros que recetan , pero no les hayo razón, y no le explican a uno, entonces...” (Emigdio, 79 años).

Así mismo, los ancianos participantes reconocen que en la vejez se presentan limitaciones, enfermedades propias del desgaste, que requieren de apoyos familiares e institucionales, de acuerdo a cada situación particular.

Por su parte, las mujeres cuidadoras destacan el cansancio y la sobrecarga que significa cuidar. Por lo general, la labor de cuidadora no la excluye de las responsabilidades y actividades cotidianas, lo que lleva en ocasiones a sobrepasar su capacidad física y mental, haciendo del cuidado un evento estresante generador de carga con repercusiones para la salud del cuidador, de ahí que una anciana cuidadora diga: “¿Pero por qué me pasa todo esto?, ¿por qué nadie tiene ni idea de cómo es mi mundo tan difícil?” (Lucy, 65 años)

### **El sistema de salud y los médicos.**

En relación con el sistema de salud, los participantes refirieron que “el sistema se creó para favorecer a los que tienen plata” (Edilma, 81 años). Los ancianos plantearon que, en la medida en la que la salud se convirtió en un negocio y se perdió su verdadero sentido, los procesos administrativos de asignación de citas y autorizaciones, etc, demoran la atención y llevan a que las personas cansadas de esperar una cita o la programación de

una cirugía, busquen con los recursos con que cuentan la atención médica que requieren.

“Yo tengo la atención en lo mejor que es lo de los Ferrocarriles, eso es la vaina de médicos asociados, y eso no es porque yo este allá, pero en lo que yo veo es una de las mejores empresas, estamos muy bien, allá uno está yendo es donde los especialistas y eso es un servicio magnifico. La cirugía de las vistas fue particular, porque allá se demoran mucho, conseguí un particular y me mandé a operar ambas vistas, me costó 5 millones de pesos, pero estoy bien, es que yo no veía casi, yo por ejemplo no distinguía eso, eran las cataratas, ahora, gracias a Dios, perfecto” (Arsenio).

Así mismo hay queja sobre: la atención con especialistas porque las citas son muy demoradas, los fármacos formulados en algunos casos no son efectivos para las dolencias que les aquejan y la entrega de los medicamentos tarda mucho tiempo, sumado esto a la deshumanización de la atención.

“Cuando yo voy a donde un médico que no me mira ni la cara, uno sale y a veces ni los remedios se los toma, porque sabe que no... Y hoy en día uno está con un especialista y a otra consulta ya hay otro especialista de manera que... Hoy en día es el computador no...” (Chepe, 74 años).

“La gente se fatigó un poco de una medicina tan indolente de las realidades humanas y entonces en esas otras medicinas se piensa más en las particularidades y en las circunstancias esenciales de cada persona...” (Consuelo, 66 años).

Con referencia a los médicos, los ancianos participantes manifestaron que tienen la responsabilidad de salvar vidas y no de quitarlas, pero que en ocasiones niegan la atención a las personas mayores y cometen errores que afectan el bienestar de las personas, todo por intereses económicos: “Desgraciadamente los médicos hoy en día no son lo que deberían ser, los médicos son tipos que entre más enfermos les manden, más plata les cae” (Chepe, 74 años).

### **Resistencia a la medicalización de la vejez**

De este modo, se plantea a modo de resistencia una opción en la casa, como oposición a un poder/sabe médico que quiere imponerse. Se presenta además la necesidad de aceptar la muerte y el derecho a morir dignamente entendido como la posibilidad de morir sin ser sometido a procedimientos extremos para mantener la vida.

“Hay algo que nos enseñaron desde pequeñitos y que lo rezábamos y digo que lo rezábamos en términos que lo repetíamos al pie de la letra, porque es que eso no lo enseñaron en religión, sino en biología, cuando a uno le decían: ¿quiénes son los seres vivos?, son aquellos, que nacen, crecen, se reproducen y mueren, esas tres, nacer, crecer y reproducirse nos parecían lindas, pero morirse no. ¿Cómo no hemos entendido que esa

es la esencia de los seres vivos?, ¿cómo no hemos entendido que todos llegaremos al día de la muerte?, ¿cómo no hemos entendido que tenemos que intentar llegar en las condiciones más dignas posibles para cada cual? Lo más digno posible es intervenir en la medida de lo requerido [...]. No quiero que hagan conmigo ninguna cosa extraordinaria” (Consuelo, 66 años).

En este mismo sentido plantean como una opción cuando están enfermos, el estar en casa y no en un hospital y así mismo, tener la posibilidad de morir en su hogar rodeado por las personas de su familia.

Por otro lado, se destaca por parte de una de las ancianas una resignificación de la salud y la enfermedad señalan que la salud y la vida no se reducen sólo a lo biológico, sino que tiene un sentido más espiritual que se hace manifiesto en lo físico.

“Después de mi enfermedad aprendí que salud es encontrar el sentido a la vida en lo que está, cómo se está, porque muchas [veces] no se puede rechazar una enfermedad, entonces para mí salud es ser flexible en aceptar incluso la enfermedad, y la salud viene como un regalo espiritual, a veces con respuestas físicas, fisiológicas naturalmente, pero es más de orden espiritual” (Edilma, 81 años).

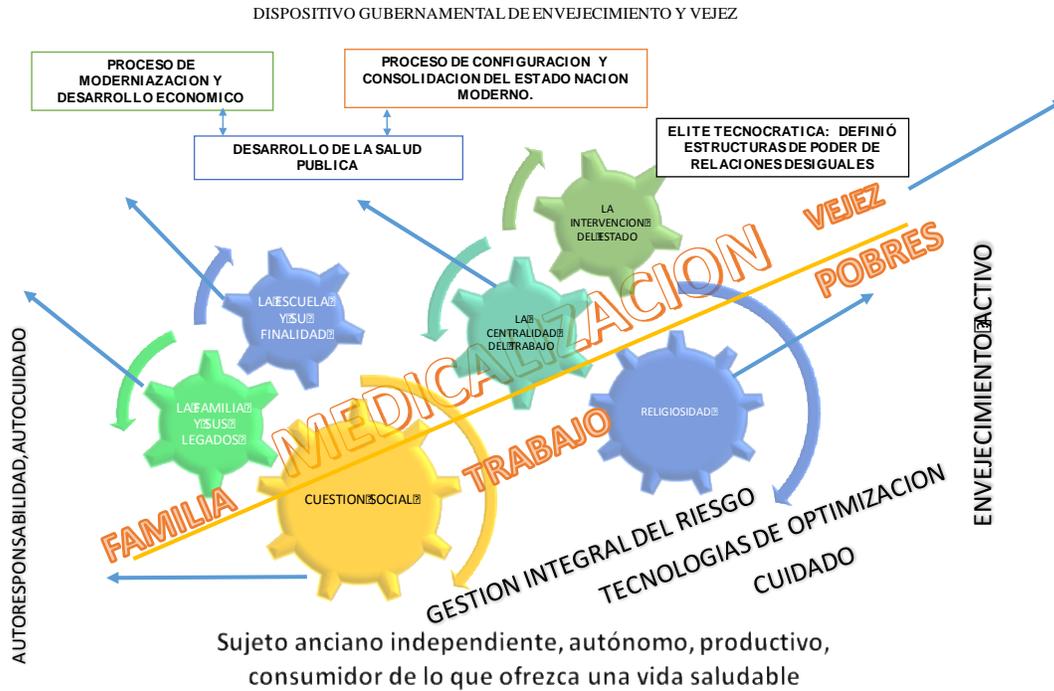
En síntesis, esta categoría, reúne las diferentes formas y prácticas empleadas por la medicalización, que las personas ancianas experimentaron a lo largo de su vida y fundamentalmente, ahora en su vejez. La cual busca adentrarlos en una dinámica de; salud como un negocio y donde predomina la imposición de un poder biotecnológico. No obstante, se plantea por parte de algunas personas ancianas formas de resistencia relacionadas con el control sobre el propio cuerpo, así como, una manera distinta de pensar la salud y la vida que supera lo biológico y corporal.

### **3.2 La construcción del dispositivo gubernamental de envejecimiento y vejez en Colombia**

Luego de identificar la genealogía de la medicalización del envejecimiento y vejez y haber reconstruido la forma social vivida por las personas ancianas es posible reconocer los elementos que integran la red del dispositivo gubernamental de envejecimiento y vejez en Colombia.

Desde esta perspectiva es posible reconocer las diferentes formas de poder/gobierno empleadas a nivel micro y macro en la sociedad así como las formas de resistencias y así mismo permite identificar la red de saber/poder en la que está inscrito.

**Figura 3-2: Dispositivo gubernamental de envejecimiento y vejez**



La vejez pasa de ser un hecho sin trascendencia política en los primeros años del siglo XX, en medio de la preocupación central de alcanzar el progreso y desarrollo capitalista, que por un lado constituía un asunto de las familias extensas en ese momento donde había una valoración hacia el anciano, y por otro se asociaba a pobreza, decadencia y enfermedad en medio de un proceso de medicalización de la higiene pública y su asociación con el discurso eugenésico. Los pobres eran atendidos con medidas de higiene por la caridad y beneficencia y más tarde será abordada por la asistencia pública, desde donde sí se van cimentando la bases para incluirla al proceso de medicalización de la vida, a partir de tres formas de medicalización u objetivos estratégicos del dispositivo, que continúan en el tiempo con algunas variaciones, medicalización de los pobres, que se atiende hoy mediante subsidios como el programa de Colombia mayor, medicalización del trabajo cuyo énfasis eran los riesgos de accidente de trabajo,

enfermedad e indigencia en la vejez, continúa haciendo énfasis para la vejez en la enfermedad y la indigencia en la vejez, para lo cual se plantea un enfoque de abordaje desde la gestión integral de los riesgos y las tecnologías de optimización del capital humano, extendiendo por más tiempo su vida útil, y la medicalización de la familia, a quien tradicionalmente se le ha asignado el cuidado, se ajusta asignando la responsabilización del cuidado del anciano, ahora involucrando a los hombres y nietos y pues por supuesto puede contar con el mercado de servicios de cuidado privado al alcance de acuerdo a su capacidad de pago.

El momento que llamamos de constitución del dispositivo propiamente dicho que inicia hacia los años 70 y se extiende hasta los 90. Donde aparece un discurso verdadero como es la transición demográfica y el envejecimiento de la población, el cuerpo de la persona anciana se hace visible a la política y por tanto objeto de estudio desde la tecnocracia, el cuerpo de la persona anciana es incluido así en la red de medicalización, donde aparecen nuevos profesionales como son los geriatras y los gerontólogos, se divide la vejez de acuerdo a estadios de enfermedad y se estudia el cuerpo biológico de los ancianos enfermo y en decadencia. De esta manera, la vida del anciano entra en el juego político y económico donde es apropiado y administrado por un poder cada vez con más derecho de intervenir para hacerlo vivir, determinando la manera de vivir y el cómo de la vida de la persona anciana.

En un tercer momento de proceso de sobredeterminación funcional del dispositivo de envejecimiento y vejez, de acuerdo a los efectos esperados o no y su relación con otros, es necesario realizar ajustes buscando nuevas estrategias, mediante la formulación de una política pública . Este proceso se ubica desde 1991 hasta la actualidad, donde se busca que el cuerpo del anciano se inserte de nuevo, de manera controlada, en el aparato de producción de donde había sido expulsado, empleando el discurso de envejecimiento activo y productivo, gestión integral del riesgo, tecnologías de optimización y cuidado, bien sea como capital humano productivo, o reproductivo para construir un sujeto en función de una sujeción de acuerdo a los objetivos gubernamentales.

De inicios del siglo XX se ha ido configurando el dispositivo de envejecimiento y vejez en Colombia donde confluyen tres elementos claves; 1) la pobreza, y las formas de diferenciación de la población 2) El abandono y la indiferencia por parte del Estado de

las realidades que vive la sociedad, 3) el manejo medicalizado que se ha intentado dar a los problemas sociales.

Un primer tipo de relaciones que se identifican dentro del dispositivo tiene que ver con la forma como se conectan estos tres elementos con el contexto capitalista cuya meta es la ganancia económica a través del mercado, para lo cual en primer lugar plantean un discurso modernizador y de desarrollo económico bajo premisas liberales y neoliberales de progreso y felicidad en función de lo económico, individualismo y esfuerzo personal, desarrollo de la ciencia y la tecnología, consumismo, y libertad.

La forma operativa del capitalismo se estructura a través de la conformación de grupos de poder económico locales, nacionales e internacionales que iniciaron siendo los hacendados de las zonas cafeteras, luego se constituyeron en la clase burguesa industrial y ahora conforman los grandes grupos económicos del país. A nivel internacional, está el Banco Mundial, el fondo monetario internacional, además de los industriales y sus grupos macroeconómicos de influencia mundial, cuyas redes van estableciendo formas de poder /gubernamentalidad internacionales con afectación en las formas de gobierno nacionales .

Los efectos de esas estructuras de poder/gobierno se reflejan especialmente en la realidad de injusticia, inequidad social, corrupción, y las diferentes formas de violencia que se viven en la sociedad colombiana con unas estructuras de poder/gobierno establecidas que buscan dominar y controlar a la población para lo cual emplean tecnologías disciplinares y biopolíticas entre las que se encuentra la medicalización.

El Estado se ha configurado a través de instituciones como la familia, la escuela, el trabajo, la iglesia, el gobierno y las instituciones de salud que a su vez se constituyen en instrumentos para el ejercicio de las tecnologías de gobierno disciplinares y biopolíticas y desde donde también se tejen relaciones de poder a nivel micro. Así mismo sus responsabilidades y compromisos cada vez se han ido diluyendo y se han trasladado a los individuos y sus familias. Se destaca aquí como en las redes establecidas a nivel micro se han empleado formas de organización locales como redes sociales comunitarias, familiares cuyo fundamento es la solidaridad que son aprovechadas, manejadas e inducidas desde estructuras de poder macro para hacerlas

económicamente rentables y políticamente útiles bajo figuras de grupos o comunidades autosostenibles y de emprendimiento.

Otra tecnología empleada dentro de las formas de gubernamentalidad es la medicalización a cargo de la salud pública, en donde se estructura un tipo de relaciones de saber/poder que han sido muy útiles para los objetivos económicos del capitalismo y que ha tomado como blanco a los pobres, los trabajadores, la mujer, la familia y las personas ancianas. Ha empleado también como formas de medicalizar, la higiene, la medicina preventiva, la gestión del riesgo en salud y el envejecimiento activo. La principal herramienta de la medicalización son los métodos disciplinarios aunque sin dejar de lado los biopolíticos cuyos efectos de saber/poder han reducido la vida a lo corporal en función de la enfermedad.

En relación con la medicalización del envejecimiento y la vejez a nivel internacional se ha manejado el discurso de envejecimiento demográfico como un discurso verdadero que en primera instancia manejó un discurso de vejez de improductiva, carga, enfermedad y dependencia y que desde finales del siglo XX se ha querido imponer como envejecimiento activo. La medicalización de la salud se ha estructurado sobre desarrollos investigativos sobre la vejez, surgimiento de nuevos campos del saber como la geriatría, la gerontología, la psicología geriátrica, etc. A nivel de salud pública la atención en salud ha girado en torno a las enfermedades crónicas con un enfoque de manejo de gestión del riesgo con autocuidado, adopción de estilos de vida saludables para el mejoramiento de capital humano.

Como práctica de poder que permite la regulación de la conducta se ha diseñado la actual política nacional sobre envejecimiento y vejez en Colombia que ve la persona anciana como un recurso. Dentro de los discursos que se han legitimado como verdaderos y que son vehículo propulsor de los efectos del poder a través de la política de envejecimiento y vejez están gestión integral del riesgo con contingencias como la vejez y la dependencia, el envejecimiento saludable y el cuidado, discurso demógrafo-economicista. A manera de síntesis de como se ha ido construyendo el dispositivo gubernamental de envejecimiento y vejez se presenta la tabla 3-1

**Tabla 3-1: Dispositivo gubernamental de envejecimiento y vejez**

<b>Dispositivo gubernamental de envejecimiento y vejez</b>	
Génesis	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Como antecedente: guerra de los mil días y enfrentamiento político con Estados Unidos por la separación de Panamá. País devastado, debilitó el poder del Estado y de la economía, hizo al país vulnerable a la intervención extranjera.</li> <li>✓ General Reyes: pretende construir un Estado-nación moderno que responda al mercado internacional. Da paso a la inserción de Colombia en los procesos de capitalismo mundial. En el quinquenio de Reyes se descubre la línea de ascenso de la burguesía, constituida por empresarios que hablan sobre el Estado que quieren.</li> <li>✓ El desarrollo de la economía cafetera y la construcción de ferrocarriles aumentó la morbilidad de las poblaciones y desplazamiento a regiones cálidas que desencadenan enfermedades tropicales. El modelo agroexportador requiere controlar la propagación de epidemias hacia fuera y en lo local garantizando buena salud en los trabajadores.</li> </ul> <p>Se vislumbra así los tres ejes que sustentan la génesis del dispositivo: 1) prácticas de modernización y desarrollo económico, 2) constitución de Estado-nación moderno y desarrollo de una salud pública norteamericana.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Con tres objetivos estratégicos: medicalización de los pobres, (caridad-beneficencia/asistencia social). medicalización del trabajo, (riesgos accidentes de trabajo, enfermedad, indigencia en la vejez). medicalización de la mujer y la familia. (cuidado)</li> </ul>
Función que cumple	Atender al problema de la vejez: 1) Abandono e indigencia, 2) carga, 3) recurso productivo que abre opciones para la tecnología y el mercado. Gestionar útilmente a la población anciana para la economía
Racionalidad	1) Envejecimiento activo y productivo 2) Gestión integral del riesgo: responsabilización individual y familiar para el manejo de sus propios riesgos para no ser una carga ni para el Estado ni para los otros. Obligación personal 3) el cuidado.
Prácticas	<p>Esfuerzo personal, autocuidado, Estilos de vida saludables, consumo de productos (farmacéuticos, alimenticios, estéticos, etc.) para mejorar la salud y la vitalidad con el fin de aumentar el capital humano. Contribuyen a la producción de una vida ética y políticamente cualificada.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Familiarismo: familia como cuidadora se involucra los hombres y los nietos.</li> <li>✓ Organización social del cuidado: Estado, familia y mercados de servicios privados. El Estado no es responsable.</li> <li>✓ Se recogen los objetivos estratégicos: 1) para los pobres programa Colombia mayor, BEPS, 2) Pensiones fondos privados, ahorro voluntario, En salud: Modelo de atención integral. 3) familiarismo, mercado de servicios privados.</li> </ul>
Tecnologías	1) Tecnologías disciplinares: educación para la salud, medios de comunicación, servicios médicos de prevención; programas para adulto mayor. 2) Tecnología biopolíticas: tecnología de optimización y susceptibilidad, para reconfigurar procesos vitales a bajo costo con medidas preventivas.
Red de saber/poder	Envejecimiento demográfico. Discurso demógrafo-economicista. Vehículo propulsor de los efectos del poder a través de la política

<b>Dispositivo gubernamental de envejecimiento y vejez</b>	
	pública.
Modos de subjetivación	<p>Busca que el individuo anciano que adopte la práctica deseada para convertirse en objeto útil ypreciado. Personas ancianas consumidoras de todo aquello que ofrezca una vida saludable.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sujetos productivos y útiles respecto del tipo de subjetividad política y modelo de ciudadanía que se promueve</li> <li>✓ Anciano independiente, participativo, autónomo con menores niveles de discapacidad y enfermedad crónica, impactando en la atención en salud. Que siga participando en la vida económica y productiva que le proporcione autonomía para procurarse su subsistencia. Trabajo reproductivo para entregar a la comunidad.</li> <li>✓ Reconstrucción orgánica de la sociedad a partir de pequeñas comunidades, para aumentar la capacidad de manejar los riesgos, y conformen redes de protección socialmente adecuados para hacerlos menos vulnerables. Para que los pobres tengan como hacer frente a las consecuencias de los riesgos, e incluso asuman actividades riesgosas que les permita salir de la pobreza y garantizarse seguridad económica.</li> <li>✓ El sujeto establece otras formas de relación con el Estado y con las instituciones respecto a la exigencia de derechos y obligaciones.</li> </ul>



## **4. Modos de Subjetivación de las personas ancianas**

“Aquí tenemos el punto central de esta nueva ética de la vejez, es preciso, en relación con nuestra propia vida, ponernos en una situación tal que la vivamos como si ya hubiera culminado. En el fondo, es necesario que cada momento, aunque seamos jóvenes, aunque estemos en la adultez, aunque aún estemos en plena actividad, tengamos, con respecto a todo lo que hacemos y todo lo que somos la actitud, el comportamiento, el desapego y la consumación de alguien que ya haya llegado a la vejez y cumplido su vida” (Foucault, 2011. P117)

### **4.1 Construcción de las trayectorias de cuidado**

Las trayectorias de cuidado de las personas ancianas participantes del estudio se entienden como el recorrido emprendido a lo largo de sus vidas, que les ha permitido realizar y proteger su vida de formas de control biopolítico. Pero este recorrido no se hace en solitario, ya que implica una serie de interacciones que se van aconteciendo con: con otras personas, consigo mismas y con la realidades históricas e inmersas en una realidad histórica compleja de ahí que, no se pueden interpretar separadas de la realidad que cada una de las personas fue reconstruyendo en las narraciones de sus diferentes relatos de vida, ni alejadas de la concepción de vida y ser humano que tienen los ancianos como categorías estructurales de sus trayectorias de cuidado

A continuación, se exponen en primer lugar los conceptos de vida y de ser humano que las personas ancianas mencionaron en sus relatos de vida y luego se presentan las trayectorias de cuidado donde se hace énfasis en las relaciones de poder y de gobierno establecidas entre la persona anciana y los otros, que pueden ser personas,

instituciones, grupos, etc., y entre la persona anciana consigo misma. De igual forma se exponen las diferentes formas de resistencia que la persona anciana empleó como respuesta a esas diversas formas de poder dependiendo de la manera como las fue interpretando y asimilando.

### **El significado de vida para las personas ancianas.**

Para el total de las personas ancianas entrevistadas, la vida es un don y además tiene un propósito. La vida por lo tanto el significado de vida tiene dos connotaciones, por un lado es sustantivo en tanto es un regalo y por otro lado es verbo, que implica la acción de vivir.

“La vida es un don de Dios y nos puso aquí para algo, ¿no?” (Beatriz, 84 años).

Por lo tanto, lo que hace el ser humano es vivir la vida, lo que ha significado para las personas ancianas luchas, trabajos, dificultades, desilusiones, enfrentar retos y resistir a aquello que niega una opción de vida, pero también ha sido alegrías, satisfacciones y esperanzas, como lo refirieron en los siguientes relatos:

“Vivir para mí ha significado pues muchas cosas, yo creo que concretarlas es complicado. Vivir es alegría, es esperanza, es lucha, es trabajo, son ilusiones, es construir, es edificar siempre con los demás, es reconocer y poder comprender... Son muchas cosas, muchas cosas” (Salomón, 56 años).

“A ver... Vivir para mí ha sido una experiencia de enfrentar retos, ha sido una experiencia incluso a veces de tener que ser exageradamente dura para empoderarme de tal manera y tener la capacidad y la fuerza de enfrentarme a aquello que me quería negar alguna opción de vida... pero, aunque me haya tocado enfrentar la vida en algunos momentos con esos retos tan particularmente violentos, también eso me dio la oportunidad de saber qué tanta fortaleza era capaz de acumular” (Consuelo, 66 años).

### **El significado de ser humano para las personas ancianas.**

Respecto al significado del ser humano se plantea como un proceso de construcción, es un algo inacabado y que está asociado al hecho de vivir. Y de acuerdo a los relatos de vida está enmarcado dentro de tres elementos: el ser humano es insaciable, y en ese sentido es quien puede vivir a plenitud la vida, y quien al ser consciente de la realidad se cuida a sí mismo y busca las mejores opciones para realizar la vida

“Yo creo que el hombre es un ser insaciable, el hombre que se conforma con lo que tiene o es bobo o no sabe vivir la vida... Es diferente ser conformista a ser conforme, el conforme se conforma con lo que tiene, pero busca superar, el conformista dice no, hasta aquí no más, esos son los peligrosos” (Chepe, 74 años).

“Yo como joven debo vivir dignamente, como adulto debo vivir dignamente, yo como adulto mayor debo vivir dignamente, es vivir a plenitud el día, sabiendo que, como se dice, cada día trae su propio afán. Hace parte de todo un proceso de existencia y de realización por supuesto, eso le ayuda a uno que cuando viejo mire atrás y diga valió la pena haber vivido, viví profundamente, que tuve problemas, que tuve dificultades, pero eso hace parte de la vida [...]. La vejez hace parte de la vida, envejecer hace parte de la vida, uno va tejiendo la vida, tejiendo la vida. Entonces la vejez hay que mirarla en la totalidad en cada momento de la existencia que se va viviendo a profundidad” (Salomón, 56 años).

### **El significado de cuidado de la vida en las personas ancianas**

El cuidado de la vida referido por las personas ancianas ha significado búsquedas singulares para construir la vida y realizarla, a partir de la relación con los otros, reconociendo sus fortalezas pero también sus limitaciones y que requiere de la ayuda de otros.

“Para mí por ejemplo cuidar de mi vida fue buscar opciones de trabajo más o menos seguro permanente y creativo [sic], fue mantenerme en contacto con mi familia, con mis amistades y mantener como una red de cercanías, pero también es saberme una persona que vive sola, que tiene que dar cuenta de una cantidad de cosas que yo misma determino y pongo a mi servicio, pero así mismo saber que yo misma no me puedo atender en todo, por tanto no desconozco los apoyos que me pueden ofrecer las instituciones o personas. Saber aprovechar las oportunidades que la vida me ofrece de manera pensada y buscada para que me puedan dar los mejores niveles de bienestar posible. Cuando hablo de niveles de bienestar es la capacidad de seguir siendo un ser social, productivo, útil y no solo la producción y la utilidad están en la generación de bienes materiales, están también en la capacidad de una reproducción social, de una capacidad de presencia, de estar activo en proyectos que convoquen a varios, de ser un agente activo dentro de las redes en que uno se mueve” (Consuelo, 66 años).

El cuidado de la vida no es únicamente una responsabilidad personal, intervienen los, la familia, la comunidad donde se mueve, las instituciones, a nivel personal implica el cuidado de sí mediante la reflexión y el cuidado espiritual, pero también participando de los espacios que se le ofrecen para compartir con los otros y estar alegre.

“Sacando tiempo para uno, yo por la mañana primero que todo rezo, no es que yo sea rezandero, pero si dar gracias a Dios por la vida que me ha dado y que me siga dando, por mis familiares, luego mi arreglo personal, mi hija también está pendiente de mí, mi reuniones y también me gustan las fiestas, bailar”. (Arsenio, 85 años)

Cuidar también es estar rodeado de las personas que lo estiman, y saber vivir buscando alcanzar sus aspiraciones sin molestar a otros.

“Cuidar lo que es y lo que tiene y buscar como llegar a ser... llegar a ser es como una meta que uno se propone, entonces unas aspiraciones, (también es) comer bien, una buena alimentación, los achaques en manos de médicos pero tampoco algo así que me preocupe demasiado, cumplir

sus metas y soñar con otras, vivir su vida bien, con gente que le estime, hay mucha gente que me quiere, me estima... la vida es un momento y hay que saberla vivir, sin molestar a los otros, eso me ha ayudado mucho, uno quisiera ver a todo el mundo contento, sin problemas pero no se puede. (Chepe. 74 años)

Teniendo en cuenta los significados de ser humano, vida y cuidado de la vida se puede entender que la trayectoria de cuidado en las personas ancianas ha sido el resultado de la construcción que cada uno ha realizado de sí, como ser humano, viviendo la vida con todo lo que esto ha implicado, es decir que la trayectoria de cuidado tiene un sentido existencial.

#### **4.1.1 Trayectorias de cuidado en las personas ancianas**

A continuación se presenta las trayectorias de cuidado que incluyen de una parte el tono vital o frase que emerge de cada uno de los relatos de vida y que condensa lo que ha sido para las personas ancianas vivir. Se destacan algunos hechos o situaciones que implicaron relaciones de poder o de gobierno con su respectiva forma de resistencia y que fueron relevantes para las personas ancianas a lo largo de su vida.

En las trayectorias de cuidado se distinguieron diferencias significativas por género, que a su vez se reflejan en las formas de resistencia y los modos de subjetivación.

De otro lado, se destacan trayectorias de cuidado en donde no se aprecian diferencias significativas entre hombres y mujeres, así como en relación con aspectos como el nivel educativo alcanzado o el socioeconómico, lo que confirma que las formas de resistencia y los modos de subjetivación dependen más de las formas de poder/gobierno vividas y solidez que encontraron en sus familias de origen, que de los determinantes sociales como tales. No obstante, estos sí son fundamentales dentro de los procesos de desgaste especialmente en las mujeres y presencia de múltiples enfermedades en las personas ancianas que las convierte en blanco de los procesos de medicalización de la vejez.

En los relatos de vida se pudieron apreciar tres formas de resistencia, que tienen que ver con la manera en que cada persona anciana percibió la relación de poder/gobierno, por

ello en unos casos fue una resistencia funcional, otras veces una resistencia adaptativa y en algunas una resistencia como línea de fuga, las tres coexisten en las trayectorias de cuidado.

La resistencia funcional es entendida como la respuesta práctica que obedece a una necesidad de cuidado frente a algo que es percibido como amenaza para la vida, por ejemplo pedir comida o robar por hambre. La resistencia adaptativa es aquella que se presenta cuando se recibe una relación de poder que oprime y cuya respuesta aparentemente es de sumisión pero en realidad la persona termina haciendo lo que quiere y finalmente la respuesta como línea de fuga que es aquella que consigue romper con la relación de poder o de gobierno que reduce, domina o quiere eliminar la vida y se desvía en busca de otras formas de ser, por ejemplo cuando se vive la corrupción y la opresión del pueblo con impuestos que generan más pobreza, y a través de la reflexión y conciencia de esta situación se hace una ruptura y buscando alternativas de manera colectiva y solidaria para construir espacios que permitan el bien común y la realización de la existencia.

“Llegamos a Bogotá (después de ser desplazados), tenía cuatro muchachitos, nos tocaba dormir, por ahí en zaguanes y así, pedir, a veces daban, a veces no. Yo robé. Me metí a un restaurante allá en el centro, sentaba a mi marido, él después que nos sacaron y quitaron todo eso quedó como un ente, casi no hablaba, me tocaba a mi empujarlo para todo como si fuera un chino, eso fue difícil. Yo era la que los dirigía, le decía ‘¡Siéntese en esa mesa!’ y les pedía, yo tampoco abusaba, recuerdo que les pedía mondongo y mazamorra paisa, la vendían ahí, comíamos y les decía: ‘bueno, yo salgo por esta puerta, tú te vas con los niños por allá y les salgo por allá’. Robamos, comimos” (Beatriz, 84 años).

“El trabajo, para mí, un martirio, pero depende del trabajo, porque si era el dibujo, la pintura para mí era delicioso, tanto que yo a veces se me pasaba el tiempo de almorzar y yo no me daba cuenta [sic]. Y el otro trabajo sí era de lo más desesperante, había gente [que] querían quitarme ese trabajo, allá hay mucha guerra por eso, la envidia de porque ese sí tiene y yo no tengo, que porque ese sí consiguió y yo no he conseguido, tanto que yo fui muy independiente, yo digo que trabajé independiente en el Ministerio, tanto así que yo entraba cuando quería y me iba cuando se me iba la gana, yo llegaba tarde y me iba tarde, eso sí, daba un poquito más de mi trabajo y era el que trabajaba más, pero llegaba a la hora que a mí se me diera la gana, yo no me dejaba imponer horarios, yo jamás me deje imponer un horario” (Hugo, 75 años).

“Tuve que abanderarme, estar en primera línea en algunos momentos, para reclamar o para transformar algunos hechos del entorno y poder vivir la vida de una manera más plena [...]. ¡poniendo a disposición de otros lo que para mí resultó siendo favorable o siendo un camino!” (Consuelo, 66 años).

De igual modo, en los relatos de poder se reconocen tres formas de poder/gobierno; 1) el que reduce la vida de la persona como se hace desde la medicalización que centra al ser

humano y lo pone a funcionar en relación con su cuerpo/enfermedad. 2) El que oprime como el ejercido por acciones gubernamentales de Estado o por la misma sociedad con políticas públicas o formas de representación de lo social que se imprimen a través de la cultura como la asignación de roles femeninos y masculinos, el machismo, la idea de vejez, ideas eugenésicas, la estigmatización, etc. Y 3) el que busca eliminar la vida como lo que hace el mercado con el consumismo, o las acciones políticas y sociales que son indiferentes o adoptan medidas excluyentes ante realidades humanas de violencia, miseria y degradación humana entre otras. Unas veces funcionan unos y otros indiscriminadamente, otras funcionan de forma conjunta desde el interior de las personas robándole su libertad.

“Estoy muy enferma, tomando droga más que... tomo 3 en ayunas, después del desayuno tomo otras 4 pastillas y por la noche otras 3. Tomo metformina, enalapril, genfosida, omeprazol, bera no sé qué que es para la tiroides, hidrocortisona, andolopido, ácido acetílico...” (Paula, 86 años).

“Con mamá hubo una serie de cosas que fueron a veces muy duras, ella siempre fue incondicional de mi papá, y ella nos llevaba la razón porque muchos momentos mi papá fue tan duro en su postura que la forma de manejar las diferencias era no hablándonos, entonces el canal de comunicación era mi mamá, cuando mi mamá entraba al cuarto y nosotras, en ese cuarto dormíamos 4 hermanas decía: ‘es que su papá quieren que ustedes...’ y entonces ponía la norma que ahora mi papá se inventaba, a veces eran unas normas fuertes y bastante excluyentes, entonces la discusión era con ella, no era con mi papá, él no daba la cara para la discusión. Se sentía a veces muy duro, ella terminaba en discusión con nosotras o nosotras con ella a través de lo que mi papá mandaba decir, entonces no era algo fácil” (Consuelo, 66 años).

“Entonces después de que ya no pude darles de comer, dormíamos en andenes por ahí, y con ese frío y caía el agua y veníamos de tierra caliente...” (Beatriz, 84 años)

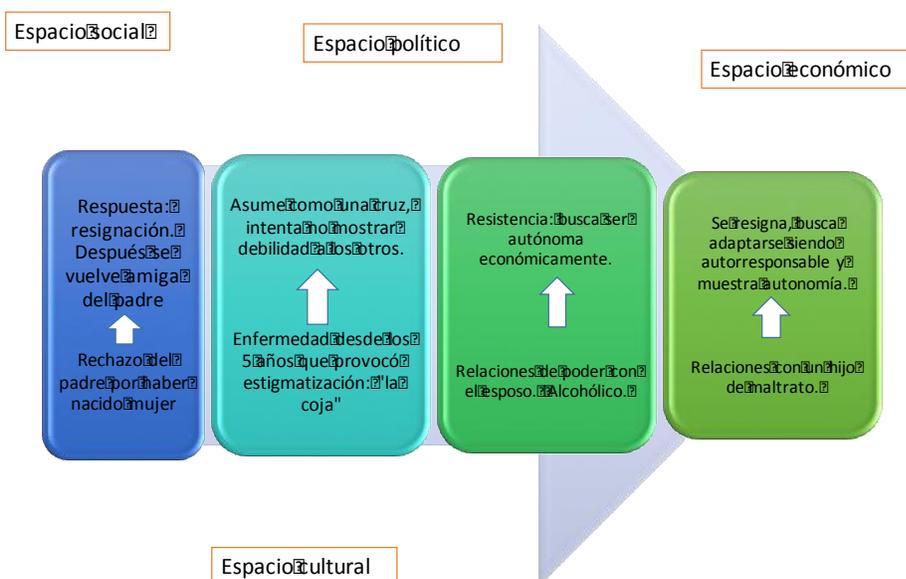
Las trayectorias de cuidado a su vez se organizaron por tipos de trayectoria teniendo en cuenta los tipos de resistencia y los modos de subjetivación identificados.

1. Grupo trayectorias de cuidado caracterizados por unas resistencias predominantemente funcionales. En este grupo se ubican cuatro mujeres que tienen en común familias de origen disfuncionales o porque el tiempo que permanecieron con su familia fue muy corto debido a que tuvieron que comenzar a trabajar como empleadas domésticas. Sin embargo en este grupo resalta la vida de una mujer, la más longeva de las personas entrevistadas, que fue rechazada por el padre cuando nació, por ser mujer y aunque perteneció a una familia acomodada constituida por su madre, hermano, tíos y abuelos maternos, y tener acceso a la educación incluso de bachillerato, fue estigmatizada por un

problema que ha tenido en su pérdida desde los 5 años, esto la llevó a intentar con esfuerzos propios a sobresalir y mostrarse autosuficiente física y económicamente. Sin embargo los modos de subjetivación en las cuatro mujeres sumisas, sometidas, que definen su vida en la vejez como desilusión, tristeza, trabajo difícil, inutilidad.

### Trayectoria de cuidado de Elvira

Tono vital: “Satisfacciones marchitadas por la desilusión”.



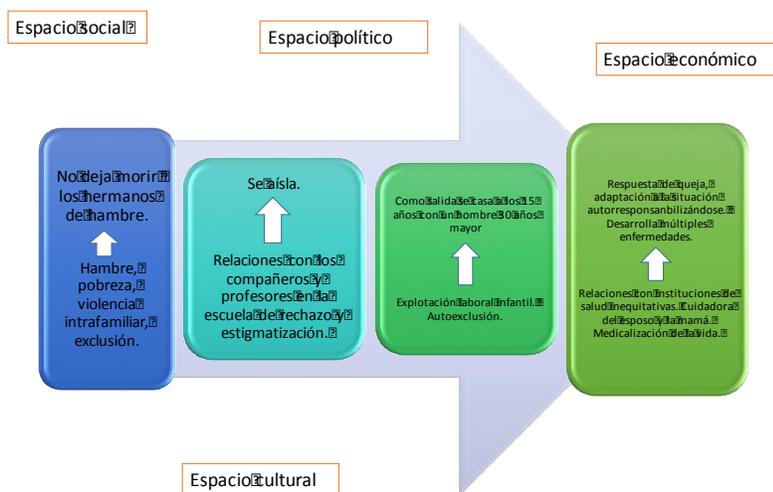
Esta mujer anciana es la más longeva de todos los participantes del estudio. Aunque en su niñez y juventud su familia contó con recursos suficientes, tuvo acceso a educación y vivió en medio de una sociedad burguesa, estuvo influida por las ideas de eugenesia que imperaban en el momento. Por su condición de ser mujer primero y luego por tener una limitación física para desplazarse (por la cual fue estigmatizada), estuvo sometida a unas relaciones de poder que la doblegaron y la llevaron autoexcluirse.

En su relato de vida, se destacan 4 momentos impactantes para ella: 1) en la niñez sufrió el rechazo del padre que, perteneciente a una cultura machista y eugenésica, no aceptaba a las hijas mujeres; 2) desde los 5 años tuvo que convivir con una enfermedad

que le limitó en su movimiento pero, a pesar de ello, resistió y buscó disfrutar de su juventud de acuerdo a los parámetros culturales en que fue formada; 3) ya de adulta, buscó un hombre 22 años mayor que ella para conformar su hogar, quien tenía problemas de alcoholismo y nunca tuvo una manifestación de afecto para con ella, por lo que buscó autonomía económica con labores que realiza desde su hogar; al quedar viuda, tuvo que afrontar la vida con sus hijos, los cuales se fueron de la casa desde muy jóvenes; y 4) en la vejez, con mayor dificultad para la movilidad, se siente sola, maltratada por el hijo que vive con ella, solo cuenta con el apoyo de su empleada, pero se adapta a la situación y estructura su día a día haciendo las cosas que ella puede hacer autónomamente.

### Trayectoria de cuidado de Lucy

Tono vital: “Mi vida ha sido triste”.



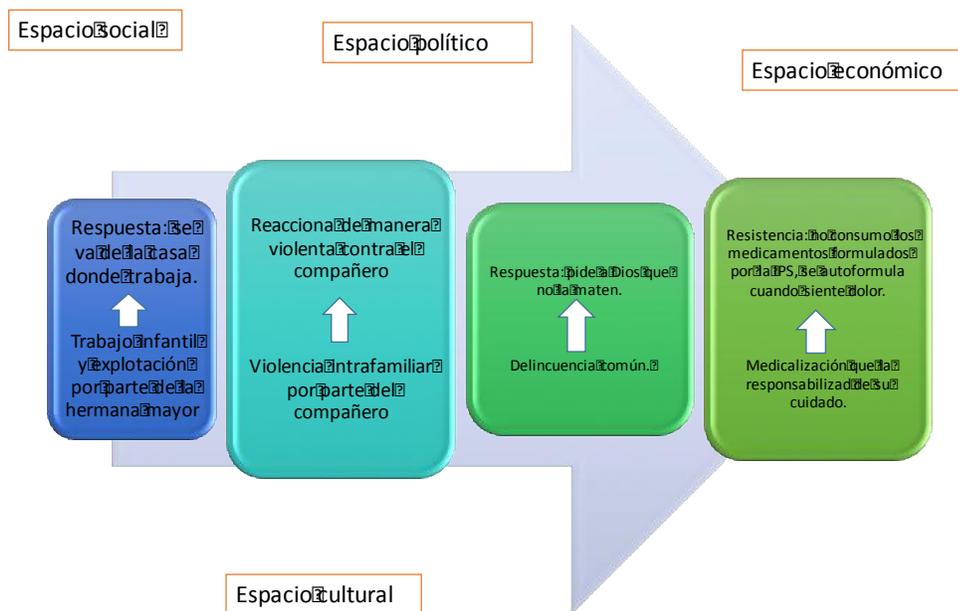
La trayectoria de cuidado de esta mujer anciana refleja los efectos de una vida vivida en inequidad. En su niñez vivió pobreza, hambre y maltrato por parte de sus padres y profesoras, resistió a esta realidad social y no dejó morir a sus hermanos. En la escuela, vivió discriminación por falta de recursos económicos para estudiar, lo que hizo que se aislara y no pudiera continuar estudiando. Empezó a trabajar siendo niña, momento en el cual también vivió la explotación entonces a manera de resistencia funcional a esta situación social, se casó con un hombre 30 años mayor a ella, lo que le permitió superar

la pobreza y el hambre, sin embargo, se establecieron otro tipo de relaciones de poder de dominación afectiva por parte del esposo.

En la vejez, ha vivido la inequidad de los sistemas de salud, teniendo que asumir el cuidado del esposo y de la mamá, lo que le genera una sobrecarga, enfermedad y mayor desilusión. Debido a sus múltiples enfermedades, es subsumida por el sistema médico en el cual busca una salida para sus afecciones, además que se automedica. A pesar de toda esta cadena de opresión, busca ser solidaria con otros que viven dificultades y anhela contar con los recursos económicos suficientes para tener mejores condiciones de vida y mayor autonomía.

**Trayectoria de cuidado de Margarita.**

Tono vital: “Toda la vida ha sido trabajando”

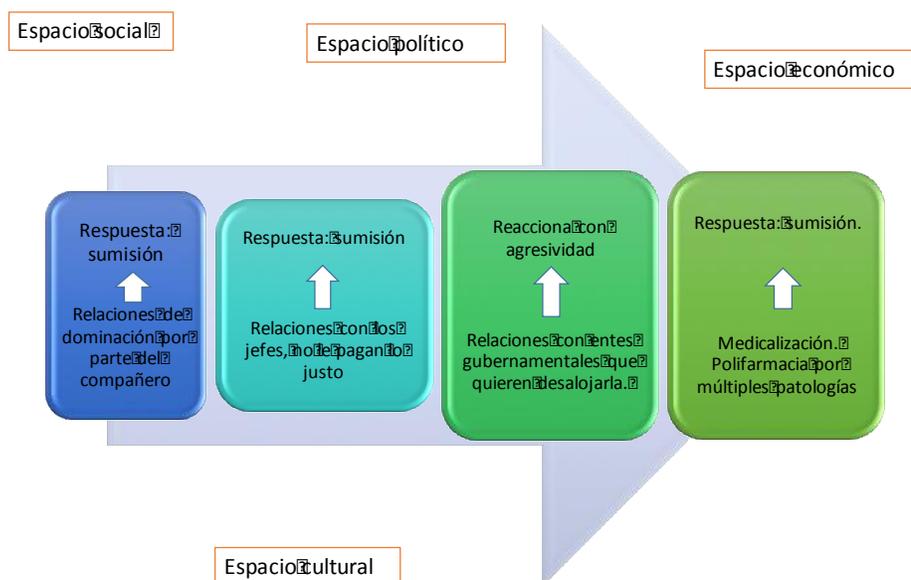


Esta mujer destaca en su relato de vida cuatro aspectos relevantes para ella. 1) es traída de una zona rural del departamento de Caldas a Bogotá desde niña por la hermana mayor, argumentando que la pondría a estudiar, sin embargo, lo que hace es explotarla recogiendo el pago que le dan por ponerla a trabajar en una casa de familia. Decide irse

de la casa donde trabajaba, comienza a trabajar en otras casas de familia, recibe el apoyo de lo que ella llama un Telecentro, lugar donde los niños y jóvenes sin recursos podían estudiar, allí aprende a leer, escribir y algunas operaciones matemáticas básicas. 2) En la trayectoria de su vida se refleja una cadena de efectos de violencia intrafamiliar por parte del compañero, y la exposición a violencia por delincuencia común por su trabajo. 3) Dados los desgastes en su salud presenta varias enfermedades y dolencias pero se resiste a una medicalización con los fármacos que le suministra el servicio de salud y en ocasiones prefiere automedicarse 4) ha trabaja en múltiples actividades como : vendedora ambulante en los semáforos, empleada doméstica, en flores y desde hace varios años trabaja como vendedora ambulante vendiendo frutas en una esquina de un barrio de Bogotá y con su trabajo sostuvo a sus hijas y les dio estudio hasta bachillerato. Dio de comer a sus tres hijas y ponerlas a estudiar , en la actualidad vive con la hija menor, las otras dos ya tiene su hogar y casi no tiene contacto con ella. Actualmente recibe el subsidio dado por el programa de Colombia mayor.

### Trayectoria de cuidado de Paula

Tono vital: “Ahora no sirvo para nada”



Paula es de origen campesino, fue traída en su niñez a Bogotá por una familia para que trabajara como empleada doméstica, aprendió a leer y escribir su nombre porque las hijas de la familia le enseñaron, trabajó durante toda su vida en casas de familia. Se fue a vivir con un hombre alcohólico que trabajaba en construcción, quien la explotó siempre quitándole el sueldo que ganaba y sacándola de un lote que había comprado para entregarlo a otra de las dos mujeres más con quien convivía. La llevó para un lote de invasión en el que poco a poco fue construyendo una casa que es donde actualmente vive, en estrato tres y de la cual en una ocasión la policía la iba a desalojar. Como consecuencia de la realidad de inequidad, injusticia, analfabetismo en que ha vivido presenta varios problemas de salud que la redujeron a la casa al cuidado de la hija menor quien tuvo que dejar de trabajar también en casas de familia. Viven de la ayuda económica de dos hijos más y de los arriendos de algunas habitaciones de su casa. Dice que no recibe ayudas del Estado porque figura en los registros con propiedad y por este motivo se le han negado el subsidio.

En las trayectorias de cuidado se identifica una diferencia bastante marcada en las trayectorias de los hombres y las de las mujeres y en los tonos vitales expresados por ellos mismos. Aunque algunos de los participantes hombres y mujeres vivieron situaciones similares en la niñez, como pobreza, hambre, poca posibilidad de educación, si se ve una diferenciación bastante marcada en la forma como socialmente se ha dividido el trabajo, y así mismo, en las oportunidades e inequidades que éste le ofrece por ser mujer o por ser hombre. De esta manera se identifica que la cuestión más que por la influencia de unos determinantes sociales, está en las formas de poder/gobierno que se han ejercido sobre la mujer desde su interior, en su mente y que inician desde la familia y van trasegando por los demás espacios donde se han movido determinando sus modos de subjetivación.

Otros de los elementos comunes en estas cuatro mujeres son los procesos de desgaste, y las formas de medicalización. Las tres últimas mujeres, vivieron, pobreza, poca o nula oportunidades de educación, trabajo como empleadas domésticas, cocineras o empleos informales, ninguna tiene pensión.

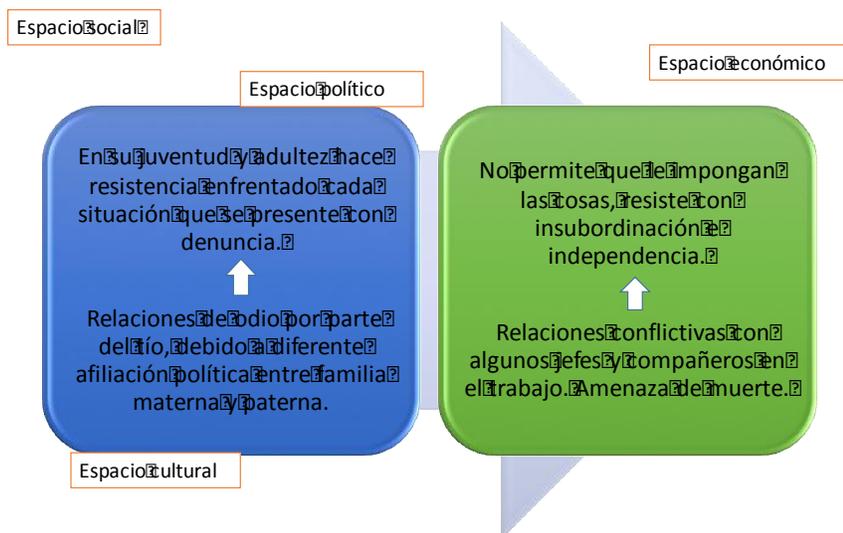
2. El segundo grupo de trayectorias de cuidado caracterizados por unas resistencias predominantemente adaptativas, en el que se encuentran tres

hombres y dos mujeres. Sin embargo por género se observan grandes diferencias en relación a los modos de subjetivación.

Los hombres en su vejez se describen como satisfechos por los logros alcanzados, las mujeres se muestran conformes.

### Trayectoria de cuidado de Hugo

Tono vital: “lucho contra las injusticias, por eso me metí en muchos problemas”.



Este hombre vivió en su familia de origen y en el ámbito laboral los efectos de la violencia partidista, porque la familia del padre era liberal, mientras que la familia de la madre era conservadora. Uno de los hermanos de la mamá, nunca aceptó a este anciano por ser hijo de un liberal, incluso pidió a la hermana que lo abortara. Hugo no vivió con los padres, desde muy pequeño fue llevado donde su abuela materna que le tenía gran afecto, sin embargo allí recibió muchos castigos por parte los tíos, especialmente uno que no lo aceptó nunca y con quien más tarde comparte el lugar de trabajo, debido a que en este sitio por intervención del padre, que era guardespalda,

consiguió un nombramiento en un cargo administrativo, debido a que tenía estudios técnicos en dibujo.

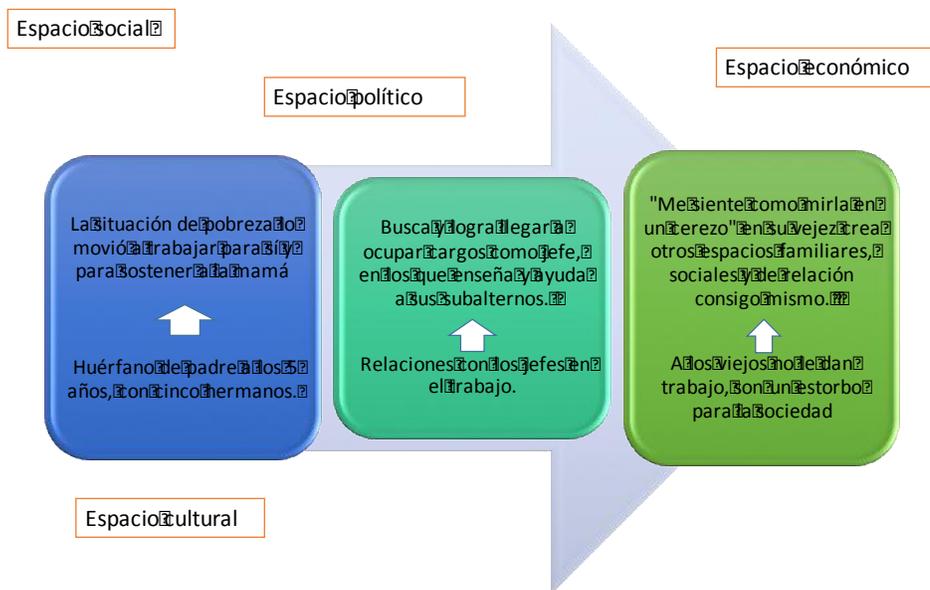
Sin embargo el tío materno, que también desempeñaba un cargo administrativo, nunca permitió que el sobrino asumiera el cargo para el que había sido nombrado, sino otro como obrero, por este motivo aunque Hugo no entendió las razones por las cuales no fue contratado como trabajador en un cargo administrativo, por tanto no asumió el rol de obrero y permanentemente se subordinó ante los jefes que quisieron imponerle un oficio que a él no le gustaba. Denunció las formas de corrupción y malos manejos que se daban entre sus jefes y esto le permitió actuar con independencia, e ir a laborar en algunos puestos

de trabajo donde pudo desarrollar su talento en el dibujo, aunque este hecho también generó envidia entre algunos compañeros.

Participó en las reuniones del sindicato con gran liderazgo, y al trabajar en una entidad del Estado tuvo beneficios como obrero de planta, en sueldos, servicio médico y otras prebendas que los mismos trabajadores no tenían. En una ocasión un trabajador que quería ser nombrado como directivo en el sindicato, lo amenazó con un arma para exigirle, dado su liderazgo, que los obreros votaran por él, el anciano lo enfrentó sin temor y no cedió a la intimidación.

### **Trayectoria de cuidado de Arsenio**

Tono vital: “Toda la vida aspiré a superarme, incluso hoy en día”.



Este hombre quedó huérfano de padre a los 5 años. Fue el menor de 5 hermanos más. Quedar huérfano de padre, dentro de una familia pobre, cuando la mujer no tenía derechos políticos y era confinada al hogar implicaba para un niño huérfano exponerse a una mortalidad temprana o ser llevado a un orfanato de la caridad, con las implicaciones que no solo traería para él sino para su grupo familiar. En primera instancia la mamá y su hermano mayor fueron los que hicieron resistencia y buscaron los medios para hacerse cargo de su hijo menor, cuidarlo con los demás hijos y ponerlos a estudiar en la escuela, que era gratuita. A los 12 años, hizo resistencia a la realidad de pobreza que estaba viviendo y, movido por su deseo de superarse y progresar, movilizó su poder vital, que lo impulsó a salir de su casa en un pueblo de Boyacá para venir a trabajar en Bogotá, para de esta manera contribuir al sostenimiento de la mamá.

Un acontecimiento que marcó su vida tuvo que ver con las relaciones de poder establecidas con algunos de sus jefes en su trabajo en Ferrocarriles, quienes quisieron excluirlo e imponerle un estado de inferioridad con respecto a ellos, que se mostraban superiores y únicos acreedores del conocimiento. Movidó por su principio de superación, además de la integración de otros principios y valores como perdonar, no ser rencoroso, honrado y ser correcto, logró llegar a desempeñar los cargos de los jefes y comprendió que el progreso no estaba en creerse superior al otro, sino en el crecimiento como ser humano, con una actitud de compartir los conocimientos adquiridos con sus subalternos y hacer justicia con ellos. Conforme pasó el tiempo, se fue ampliando su campo de

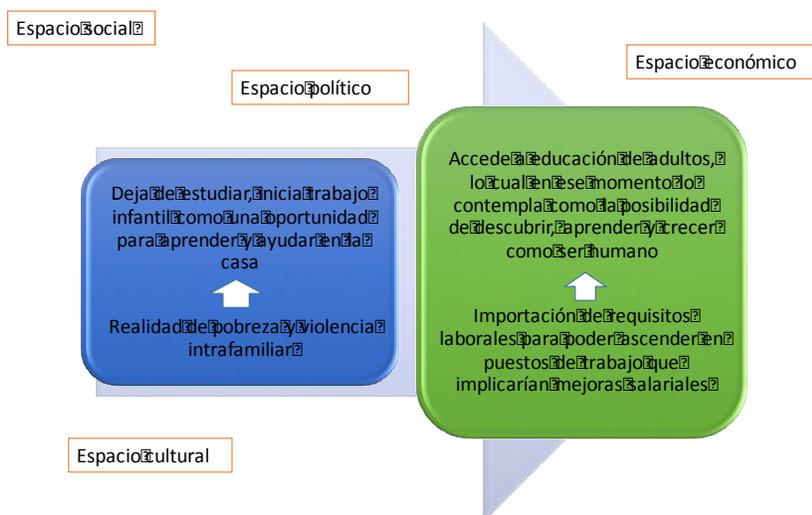
acción y ya no solo pensaba en sí mismo o en su familia, sino también en las personas con quienes trabajaba y estaban a su cargo, generando otro tipo de relaciones más equitativas.

Otro suceso que se destaca en el relato de vida es la construcción de otro espacio en su vejez, ya que trabajó de forma independiente hasta los 80 años, pero la competencia del mercado no le permitió continuar. Afirma que la sociedad considera al anciano como un estorbo, porque ya no lo considera útil, entonces como hombre que se define de aspiraciones resiste a esta forma de entender a la persona anciana y construye una vida fuera de esta racionalidad de utilidad y ganancia económica, que amilana al anciano, lo excluye socialmente y lo considera una carga. En oposición a esto, reflexiona y encuentra otras posibilidades de acción, dedica más tiempo para sí, para su cultivo como persona, para su familia, hijos, nietos, amigos, asociación de pensionados y otras personas que encuentra en su camino, disfruta la vida en medio de las pequeñas cosas y afirma que se siente como “una mirra en un cerezo”.

Aunque este anciano puede ser el prototipo de lo que el dispositivo gubernamental busca de hombre empresa, en su vejez, a manera de resistencia, plantea otra opción de vida. Se aprecia un avance en su forma de ser sujeto, ya que inicialmente se ubica en un primer plano como un sujeto individual con deseo de superación y, secundario a esto, como un beneficio para su familia. Pero a medida que va transcurriendo la vida, va apareciendo como primer plano un sujeto colectivo, en interacción con otros, de modo que se van construyendo otras formas de ser.

### **Trayectoria de cuidado de Eduardo**

Tono vital: “Bregar a sortear las dificultades”.



En el relato de este hombre anciano se identifican unas dinámicas familiares y sociales que consolidan un espacio de relaciones en torno a valores como la fraternidad y la solidaridad. Desde niño, su espacio social no se limitó a una familia nuclear, constituida por el padre, madre y 9 hermanos, sino que se amplió hacia sus abuelos, tíos y primos tanto de la línea materna como paterna, que también provenían de familias extensas, constituyendo una gran comunidad. Este anciano, como hijo varón mayor, fue enviado a trabajar con uno de los tíos maternos en construcción, lo que le implicó dejar sus estudios de primaria cuando aún no terminaba tercer grado. Aunque fue un hecho que se impuso por la realidad de pobreza en que vivía y por influencia de sus padres, lo interpretó como una oportunidad de aprender un oficio para salir adelante y ayudar a la familia. Más adelante, se le ofreció la posibilidad de estudiar construcción en el SENA.

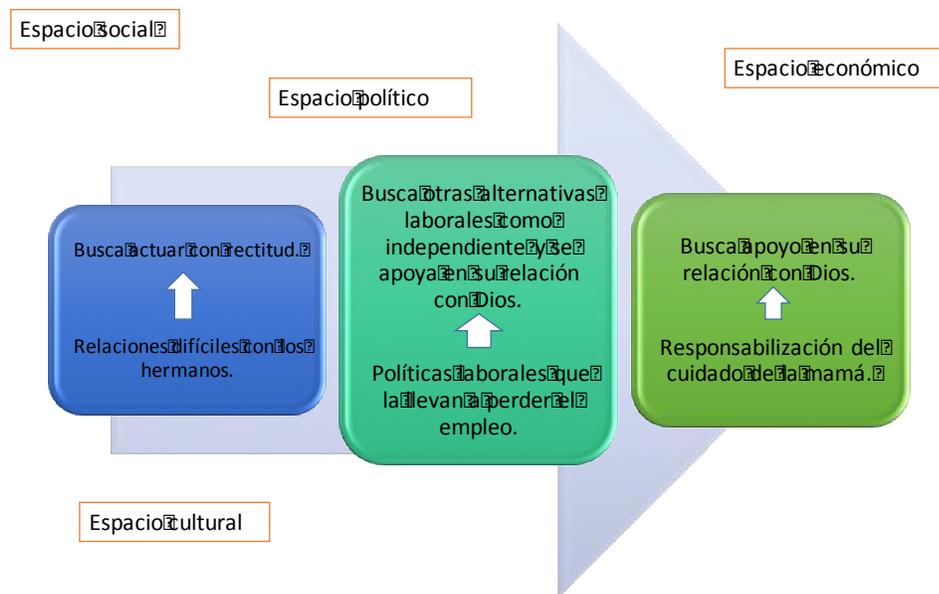
Posteriormente, constituyó un hogar que terminó integrado a su amplia familia de origen, que además incluía a los vecinos, desde donde afianzaron una serie de dinámicas de apoyo, solidaridad y fraternidad en búsqueda de unas mejores condiciones de vida y bienestar bajo criterios de equidad, como, por ejemplo, apoyos en trabajo comunitario para que un familiar o un vecino construyera su casa (experiencias similares a las mingas indígenas). Esta misma dinámica les permitió afrontar momentos difíciles, como el asesinato de un tío por violencia política entre liberales y conservadores, la muerte del tío con quien comenzó a trabajar por un accidente de trabajo en construcción, la muerte

materna de una sobrina por negligencia médica y la crianza de la bebé recién nacida, entre otras, que fueron asumidas como afectaciones propias.

Frente a los obstáculos que suscitaron la imposición de unas normas laborales que le impedían ascender en los puestos de trabajo, decidió estudiar su primaria y bachillerato siendo ya adulto e incluso contemplando la posibilidad de ingresar a la universidad gracias a la motivación y apoyo de su gran familia, aún durante el momento en que se iba a pensionar.

**Trayectoria de cuidado de Teresa**

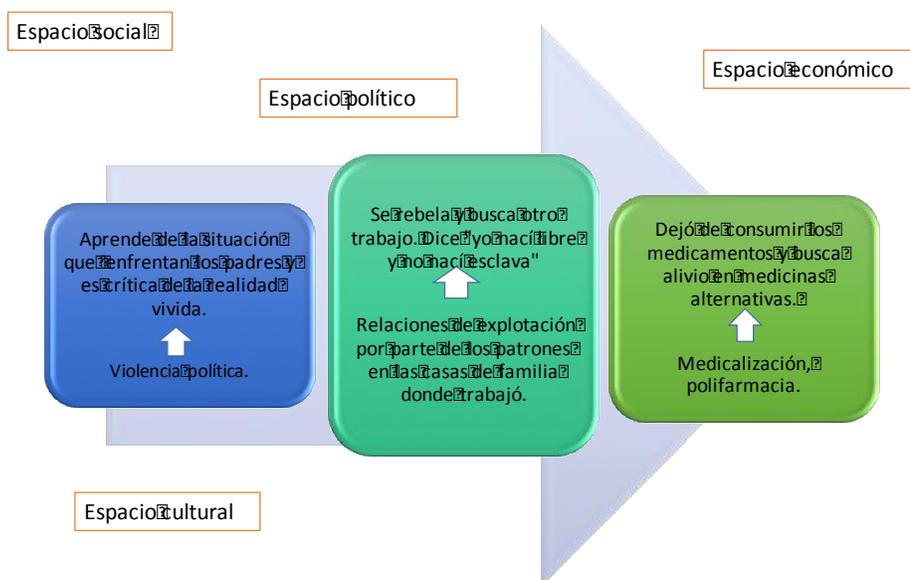
Tono vital: “la importancia del trabajo y el cumplimiento de normas”



Es la menor de la familia, formada dentro de unas normas religiosas y moralidad, que orientan su manera de pensar y actuar. Vive tensiones a nivel de su familia por parte de sus hermanos mayores, en el trabajo por políticas laborales que llevaron a la reducción del personal quedó desempleada a una edad avanzada y no logra conseguir empleo en otro lugar, decide buscar otras alternativas, cuidando niños y asume el cuidado de la mamá. No recibe ningún apoyo por parte de las instituciones de salud

**Trayectoria de cuidado de María.**

Tono vital: "Al fin vencí".



En la narración de esta mujer se destaca una actitud crítica hacia la realidad que ha vivido en relación a: la violencia entre liberales y conservadores, el poder sobre la mujer, las inequidades sociales y la medicalización. Esta actitud crítica ha sido muy importante puesto que le ha permitido resistir a las adversidades que ha vivido.

Sin embargo los procesos de desgaste producto de estas mismas realidades de la que es crítica que han afectado notablemente su salud desde muy joven, padeciendo en el momento de múltiples enfermedades a las que busca un alivio o curación transitado por las múltiples opciones que se le ofrecen en el mercado, de acuerdo a la capacidad de pago de los hijos, sin embargo, hace resistencia a los múltiples tratamientos que cada opción le ha ofrecido y finalmente decide no acudir a ningún lugar.

Otro elemento que caracteriza y a la vez diferencia estas trayectorias tiene que ver con la influencia del contexto externo, en dos de los hombres predomina su modo de pensar y actuar dentro de una racionalidad liberal, en el otro el impacto de la violencia política entre liberales y conservadores en las relaciones familiares y laborales.

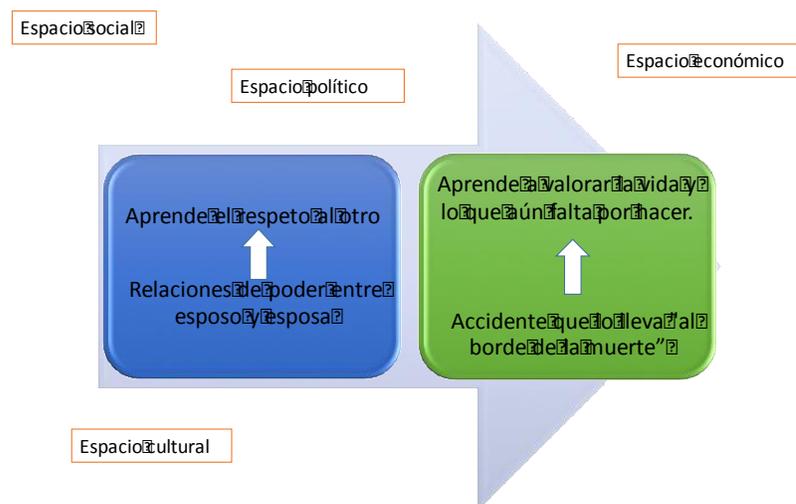
En contraste en las mujeres aunque hay matices de racionalidad liberal, predomina la influencia de la religiosidad popular y de moralidad. Se destaca así mismo en las

mujeres mayores proceso de desgaste y en una de ellas la más longeva la presencia de múltiples patologías.

3. En el tercer grupo de trayectorias de cuidado predominan las resistencias a manera de líneas de fuga. En este grupo se encontraron 6 personas ancianas, tres hombres y tres mujeres. Como elemento común se destacan relaciones de solidaridad, trabajo comunitario, lo cual muestra la importancia de la relación con los otros en la construcción de líneas de fuga. Así mismo, se reconocen como estas 6 personas narraron dentro de sus relatos de vida situaciones límite que las llevaron a reflexionar como practica de cuidado y gobierno de sí para actuar de otra manera.

### Trayectoria de cuidado de Chepe.

Tono vital. “Sentir la vida y vivirla”.

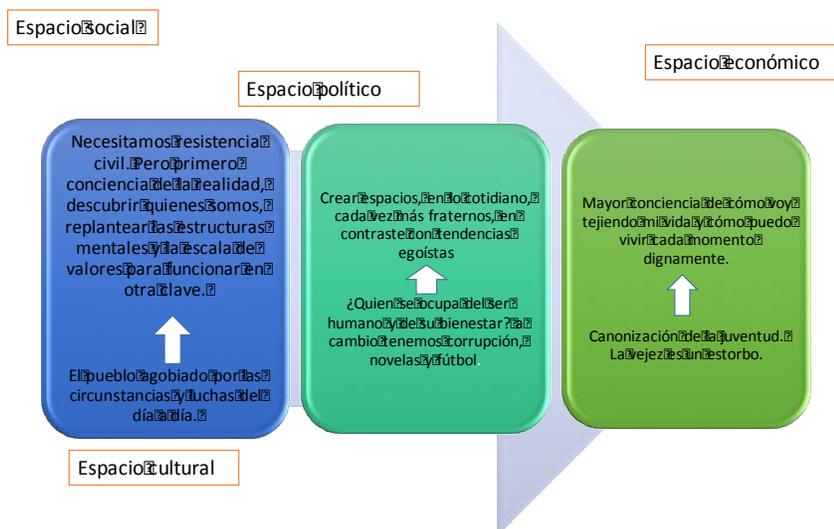


A lo largo de la Narración de este hombre anciano se identificó la manera en que el poder no sólo se sufre, sino se ejerce. Dos momentos trascendentales para la vida de este anciano fueron 1) La conformación del hogar con su esposa, en la que las relaciones de poder y de gobierno que quiso ejercer sobre ella, de acuerdo a sus patrones culturales, no fueron posibles, debido a que como forma de resistencia la esposa estableció un tipo de relaciones diferente que provocaron en él una serie de aprendizajes que fueron cambiando su forma de pensar y de entender la vida, incluso, hasta su temperamento. 2) De otro lado, un hecho trascendental para él fue un

accidente que sufrió que lo dejó al “borde de la muerte” generando una situación de crisis personal, familiar y económica, que lo llevó a reflexionar sobre sí mismo y lo que aún le faltaba por hacer, valorando de otra manera la vida. Los elementos de análisis aquí encontrados muestran como el poder que busca dominar no solo proviene de un foco único, sino que actúan en red y se ejerce desde innumerables puntos, de distintas formas y con diferentes objetivos. Sobresale la resistencia como un inductor de transformación de formas de pensar y construcción de vida, es decir como estrategia de gobierno de otros.

### Trayectoria de vida de Salomón.

**Tono vital:** “ser consciente de la realidad social y humana”.



A lo largo del relato de vida de este hombre, se identifica la manera en que trasciende a una mirada objetiva de la realidad, que no sólo le está afectando a él, sino a toda la población. Se subraya una realidad social y política compleja y nociva, que requiere en primera instancia de una conciencia y reflexión profunda de parte de todas las personas para poderla transformar. Por un lado plantea la situación que las personas tienen que vivir en lo cotidiano, en relación con las luchas y circunstancias que enfrentar y las desgastan, abstrayéndolas de los problemas estructurales que vive el país y el mundo.

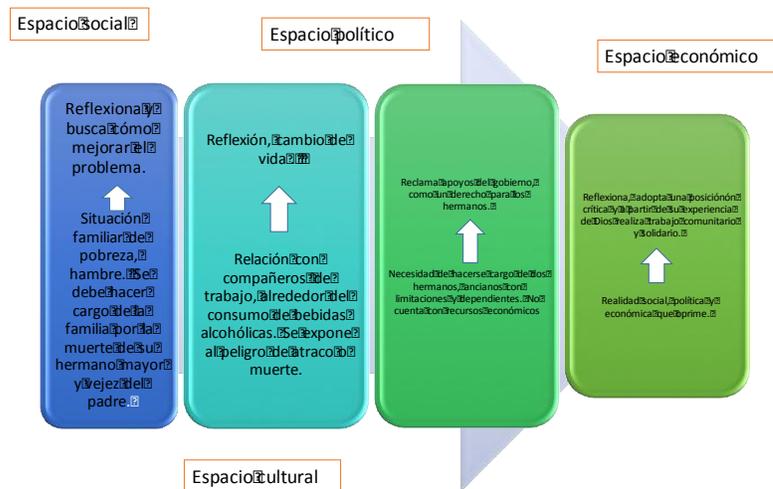
De otra parte plantea como en realidad ni a la sociedad ni a los gobernantes les interesa el ser humano y su bienestar, para lo cual propone a manera de resistencia que cada

persona haga conciencia de la realidad que vive y construya espacios desde el lugar donde se encuentre que sean cada vez más fraternos y solidarios. Espacios que hagan contraste con los construidos por una sociedad individualista y egoísta.

Un tercer aspecto que destaca, es la manera como la sociedad ha ensalzado a la juventud, convirtiendo la vejez en un estorbo, propone que cada persona debe hacer conciencia de la manera como ha venido tejiendo su vida y en la etapa en que se encuentre, adultez o vejez, viva cada momento dignamente, es decir, apuntando a que su vida se realice.

### Trayectoria de cuidado de Emigdio

Tono vital: “Lo que hace uno por los otros no se pierde”.



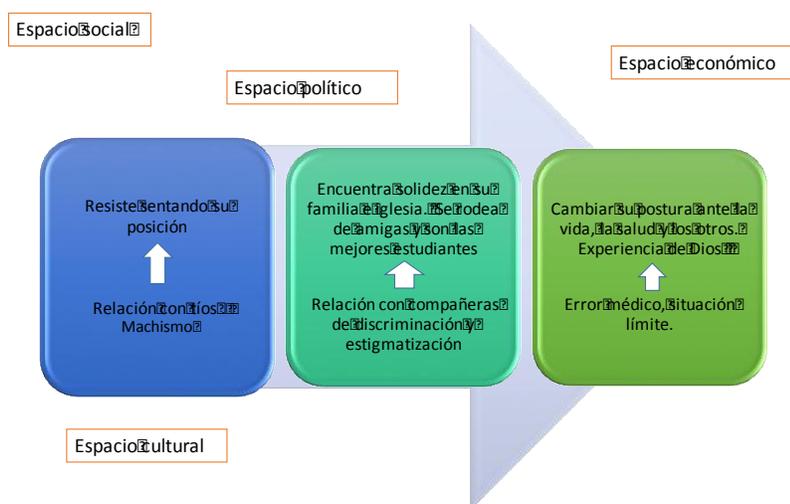
Este anciano refiere varios momentos importantes en su vida: 1) en su juventud, por la muerte del hermano mayor, por enfermedad y por vejez de sus padres debió asumir la responsabilidad de su casa; 2) en sus relaciones con los compañeros de trabajo establecidas alrededor del consumo de alcohol, que lo llevan a que en una ocasión, no recuerde nada y despierte en el suelo debajo de un puente sin saber dónde está y sin la compañía de ninguno de sus compañeros, lo que lo hace reflexionar y buscar otros caminos y 3) actualmente debe hacerse cargo de sus dos hermanos menores

“discapacitados”, que ahora son ancianos y por los que solicita inclusión al programa de Colombia Mayor, no como un subsidio, sino como un derecho;

Emigdio asume una posición crítica frente a la realidad que le ha tocado vivir y, a manera de línea de fuga, realiza trabajo comunitario y solidario, siempre apoyándose en la reflexión, en fijarse metas y en alcanzarlas a manera de resistencia.

### Trayectoria de cuidado de Edilma

Tono vital: “Aprender de las situaciones críticas”.



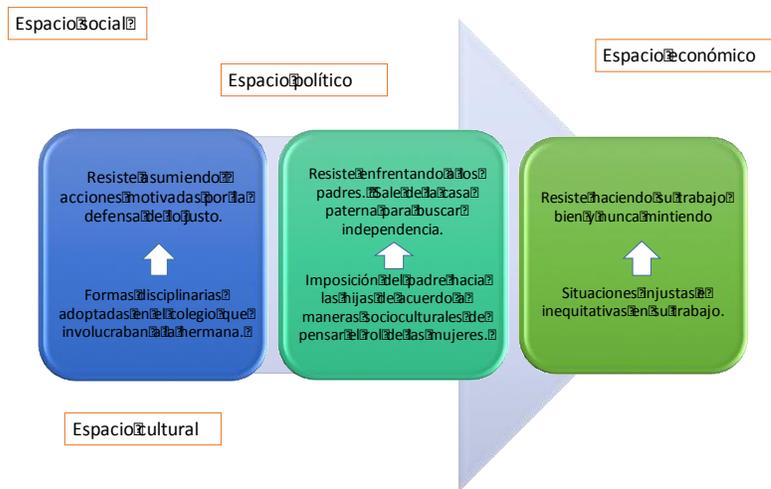
Es una mujer anciana que, al igual que todas, sufrió las relaciones de poder machista que quisieron reducir a la mujer. Pese a la manera de pensar de los tíos respecto de la educación de la mujer contó con el apoyo de los padres que pensaban de otra manera respecto a una opción de vida diferente para su hija, logró estudiar con becas, herencia del padre y la abuela, culminar su bachillerato e ingresar a la universidad. Hizo resistencia a las inequidades de género y a la estigmatización, estableciendo lazos de amistad y solidaridad.

Hubo un acontecimiento muy difícil en su vida que la incapacita y la deja totalmente dependiente, pero a partir de la reflexión y de su experiencia con Dios a manera de línea de fuga, transformó su postura ante la vida, la salud, la enfermedad y los otros, lo que le permitió alcanzar toda una serie de aprendizajes para su vida y liberarse de muchas

cosas. Ahora, en su vejez, es crítica de la realidad, y desde el espacio donde se mueve establece relaciones solidarias y de apoyo que trascienden intereses individuales porque plantea que en este momento siente de manera plena que ha alcanzado lo que buscó para su vida, y por eso ahora puede pensar en los otros de una manera desinteresada.

**Trayectoria de cuidado de Consuelo.**

**Tono vital:** Tono vital: Defensa de lo justo.



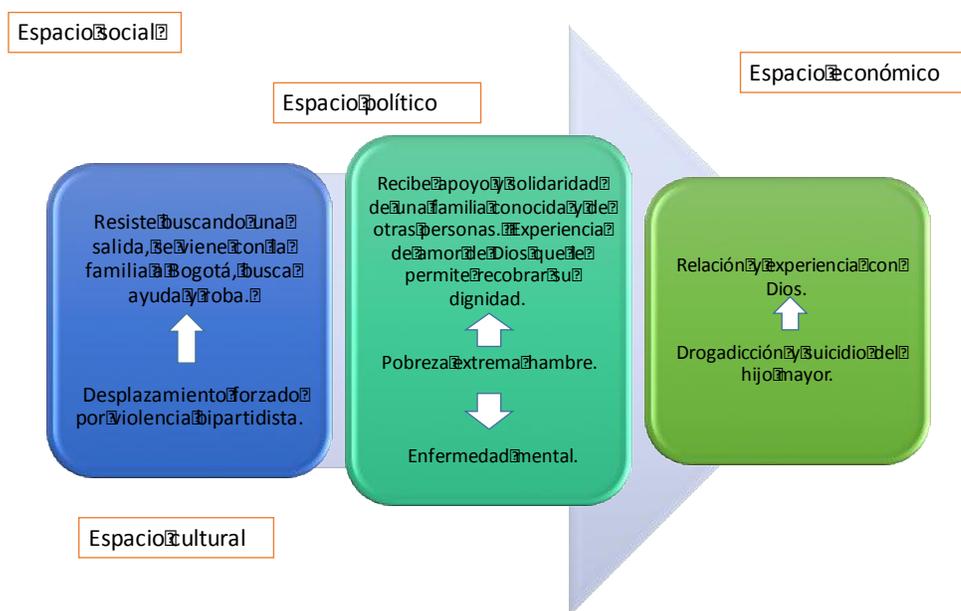
En la narración de esta mujer sobresale una conciencia de lo social, lo colectivo, a partir de su experiencia familiar, en donde fue asumiendo principios y valores heredados fundamentalmente de lo que vivió en su experiencia cotidiana, en los que aprendió el valor social de las cosas, la importancia de compartir equitativamente un alimento y la necesidad de ir más allá de la satisfacción de intereses individuales, hacia intereses colectivos. Asumió el rol de hermana mayor, participando en el cuidado de sus hermanos menores, lo que implicó defenderlos de aquello que evaluó como injusto. Perteneció a una familia extensa con raíces santandereanas y conservadoras muy fuertes, que generaron unas relaciones divergentes con el papá quien quería imponer para las hijas conductas con las cuales ellas no estaban de acuerdo, porque ellas pensaban en otro tipo de realizaciones diferentes. El ingreso a la Universidad Nacional y vivir las situaciones que se vivieron con la toma de la Universidad por el ejército durante

el gobierno de Carlos Lleras Camargo entre otras realidades que tenían que vivir sus compañeros con mucho menos recursos económicos que ella, abrió su horizonte en torno a realidades sociales que oprimen y reducen la vida, lo que la llevó a trabajar en agremiaciones y colectivos buscando la defensa de lo justo.

En su ejercicio como profesional hace una crítica y rechazo a todas las formas que las personas utilizan para acceder a puestos y a posiciones muchas veces pasando por encima de otros, a manera de resistencia buscó crear espacios diferentes, haciendo su trabajo de forma correcta.

### Trayectoria de cuidado de Beatriz.

Tono vital: “Yo soy una rescatada por Dios”



Un elemento que se destaca en el relato de vida de esta mujer anciana es una realidad social de violencia, injusticia, inequidad que irrumpe con toda su fuerza provocando una cadena de efectos del poder que buscan aniquilar su vida. Esta mujer, que aunque tuvo posibilidad de alcanzar educación secundaria, que pertenecía a una familia cafetera y contaba con recursos económicos suficientes, vive, junto a su familia una situación de desplazamiento forzado debido a la violencia bipartidista, que la lleva a emigrar a la ciudad de Bogotá y a partir de ahí empezar a vivir una serie de situaciones de inequidad,

injusticia, pobreza extrema que por un lado desencadenan en ella una enfermedad mental y de otro conduce al hijo mayor a una correccional de menores en la que aprende a delinquir, se vuelve drogadicto y termina suicidándose.

Ante estas realidades responde funcionalmente e intenta adaptarse pero no consigue desarrollar su vida y presenta una crisis que la lleva a una clínica psiquiátrica. No obstante, se resalta como logra resistir y romper estas adversidades desde su interior mismo mediante la intervención de otros, de manera que su capacidad de resistencia no dependió de su esfuerzo personal sino que requirió de un proceso colectivo en el cual a partir de una experiencia de Dios, se siente de nuevo incluida y acogida socialmente.

En síntesis, las trayectorias de cuidado en las personas ancianas muestra la influencia del poder político y económico sobre la vida que a través de su dispositivo gubernamental de envejecimiento y vejez ha producido sujetos mujeres dominadas por un discurso sostenido por un régimen de verdad que ve a las personas ancianas como un estorbo, individuos inútiles, decadentes, dependientes y enfermos, que son una carga para la sociedad. Por otro lado, mediante las tecnologías liberales se han permeado la manera de ser y pensar de algunos hombres generando una dinámica social de hombre empresa.

Pero también de otro lado se plantea la posibilidad política de autoconstrucción donde el sujeto da a su vida una orientación determinada, reapropiándose de sí mismo en un tejido de relaciones consigo mismo, con los otros, con el mundo y con Dios oponiéndose al sometimiento y la dependencia, asumiendo un modo de vida alternativo ejerciendo su libertad con prácticas y maneras de ser diferentes.

## **4.2 Políticas de vida**

Las políticas de vida devienen como resistencia ante formas de poder que quieren imponerse sobre la vida, reducirla o eliminarla. De este modo se plantean como una manera de gobierno opuesta al gobierno sobre la vida. Es el poder vital que se expresa

como resistencia al biopoder y se vuelve sobre el sujeto para dinamizarlo e impulsarlo a construirse a sí mismo, es decir, que se reapropie de la realidad que acontece y de su propio potencial de vida, de manera que diseñe estéticamente su existencia convirtiéndola en una singular obra de arte.

A continuación se abordará en primera instancia las formas de resistencia identificadas a lo largo de la vida de las personas ancianas a manera de líneas de fuga a las relaciones de poder/gobierno que tuvieron que afrontar y que a su vez muestran elementos para identificar la manera en que están equipadas sus políticas de vida, no solo como reglas de conducta sino como algo que busca la transformación de sí mismo para hacer de la vida una construcción estética de la existencia.

De este modo, en un segundo momento mostrar la relación de sujeto, verdad y subjetivación a partir de lo que significa para las personas ancianas significa la verdad y lo que significa la vejez, reconociendo por un lado desplazamientos entre estos significados y los marcos de pensamiento ya establecidos sobre la verdad y la vejez, en el dispositivo gubernamental y por otro lado se plantea un acercamiento a los modos de constitución de sujeto anciano hoy para avanzar luego a la conformación de nuevas subjetividades, que supone comprender la vida de otra forma como un elemento de ruptura respecto a las dinámicas de imposición del biopoder por eso se plantea desde las políticas de vida, que implican una relación entre el poder y la vida o el poder vital. Para desde allí empezar a vislumbrar un horizonte novedoso que proporcione elementos para la estructuración de una Política para la Vida de las personas en proceso de envejecimiento y vejez cuyo móvil no sea la economía sino la realización de la existencia humana y finalmente se enuncian los elementos identificados en las políticas de vida y las líneas de fuga, que deben integrar una Política para la vida de las personas ancianas, y algunas recomendaciones a tener en cuenta por parte de la salud pública, el Estado y la sociedad.

### **Resistencia de las personas ancianas a manera de líneas de fuga.**

A manera de síntesis se presentan a continuación algunas líneas de fuga identificadas en los relatos de vida de las personas ancianas, ( tanto en la reconstrucción de la realidad,

como en las trayectorias de cuidado)

**Tabla 4-1: Líneas de fuga**

Forma de poder/gobierno	Líneas de fuga
Imaginario social negativo de la vejez	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Construye una vida fuera de una racionalidad productiva, de utilidad y ganancia económica.</li> <li>✓ Cuidado de sí</li> <li>✓ Relaciones afectivas con la familia, nietos, disfruta la vida en medio de pequeñas cosas.</li> <li>✓ Otras actividades: asociación de pensionados</li> <li>✓ Sentirse plena en la vejez, pensando en el otro de manera desinteresada y realizando acciones solidarias y de apoyo en los espacios donde se mueve.</li> </ul>
Realidades sociales adversas	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Vivir dignamente cada etapa de la vida, vivir la vejez dignamente construyendo espacios en lo cotidiano más solidarios en contraste con una realidad individualista y egoísta.</li> <li>✓ Solicitar para los hermanos discapacitados el subsidio de programa Colombia mayor como un derecho no como un favor o limosna del Estado</li> <li>✓ Realizar trabajo comunitario y solidario con la familia, los vecinos, la comunidad del barrio fijándose metas para el bien común y alcanzándola a manera de resistencia.</li> <li>✓ Plantea una bolsa comunitaria para atender a las personas ancianas desprotegidos.</li> <li>✓ Se solidario con otros menos afortunados que ellos.</li> <li>✓ Buscar espacios para sí mismo, de cuidado de sí.</li> <li>✓ Ser crítico de la realidad, denunciarla ahora que no se tiene nada que perder</li> <li>✓ Conciencia de lo que son, levantarse del consumismo y materialismo, saber que son seres trascendentes, con sueños, ilusiones, esperanzas.</li> </ul>
Situaciones críticas	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Reflexión sobre la vida y lo que aún falta por hacer para construirse plenamente.</li> <li>✓ Perdón y reconstrucción de relaciones afectivas. Aprender el valor social de las cosas, la defensa de lo justo, el dinero tiene una función social.</li> <li>✓ Experiencia de Dios que permite entender el sentido de la vida, confronta con la realidad, y mover a actuar.</li> <li>✓ Replantear formas de entender la vida, la salud, la enfermedad a los otros y que el hombre es un ser trascendente.</li> </ul>
Medicalización de la vejez	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Atender las cuestiones médicas pero no hacer</li> </ul>

Forma de poder/gobierno	Líneas de fuga
	<p>todo lo que los médicos dicen. No permitir que la enfermedad se convierta en lo central en la vida.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Estar en casa, no permitir que se imponga el poder médico. Tener el derecho a morir dignamente sin ser sometido a procedimientos extraordinarios para mantener una vida biológica.</li> <li>✓ Aceptar el hecho de la muerte. Estar rodeado de las personas que ama en el momento de morir.</li> <li>✓ Resignificación de la salud y la vida., no solo lo biológico, tiene más un sentido espiritual.</li> <li>✓ Si se debe atender la fragilidad con los recursos institucionales necesarios sin perder la razón de vivir.</li> <li>✓ Adoptar una posición crítica frente al mercado de los productos farmacéuticos</li> <li>✓ Exigir una atención en salud humanizada y el derecho a la salud.</li> </ul>
Familia	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Convertirla en un espacio de ruptura de patrones que quieran dominar o reducir a las personas.</li> </ul>
Escuela	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Que se convierta en un espacio que brinde bases para enfrentar la vida, ser crítico de la realidad , que impulse al trabajo solidario, y fomente la amistad.</li> </ul>
Trabajo	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ El trabajador tome conciencia de la labor que realiza , el Estado responsable de reconocer las garantías para; la calidad del trabajo, sueldo digno, estabilidad laboral, prestaciones sociales.</li> <li>✓ El trabajo como espacio de desarrollo humano y económico</li> <li>✓ Exigencia de una pensión acorde a las necesidades del anciano, un salario mínimo no alcanza.</li> </ul>
Gobierno estatal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Asumir posición crítica.</li> <li>✓ Estructurar espacios solidarios frente a políticas y leyes que quieren dominar al pueblo.</li> <li>✓ Exigir políticas para el bien común no para beneficiar a unos pocos. ( mercado)</li> </ul>

Las políticas de vida de este modo son una forma de resistencia antes las relaciones de poder/gobierno que quieren eliminar, dominar o reducir la vida , en este sentido las

políticas se constituyen en una ética del cuidado de sí como una práctica de libertad . Es por tanto una ética cuya apuesta es política que responde a la preocupación como llegar a ser otros, cómo pensar en otra forma de política para la vida de los ancianos y no una política sobre la vida de las personas ancianas con fines económicos.

A través de las líneas de fuga se pone en juego la posibilidad de resistir a los modos de sujeción actuales interviniendo en el presente con un anclaje político puesto que se trata es de cómo ser más libres de las estructuras de dominación y del dispositivo gubernamental que quiere unas formas específicas de ser anciano por eso lo que buscan las líneas de fuga es otra forma de construirse en otros ancianos de lo que el dispositivo pretende, pero desde el contexto de lo local, de lo cotidiano que cada uno vive.

No hace referencia tampoco a una salida individualista y narcisista , por el contrario la línea de fuga deviene como un proceso de relación consigo mismo , un proceso de relación con los otros más cercanos, una conciencia de la realidad que se vive y una decisión de romper con lo que oprime para construir con otros espacios con relaciones más horizontales , más justos, equitativos y humanos.

### **Equipamiento de las políticas de vida**

Si bien es cierto que la política de vida requiere, para poder emerger y desarrollarse, de una serie de equipamientos, de tal modo que, cuando se presenta una circunstancia, un acontecimiento que trata de reducir, someter o eliminar la vida, se movilice el poder vital que cada persona tiene para responder al llamado de auxilio a través de la resistencia. (Foucault, 2011, p 308).

De ahí, que cuando las políticas de vida no se cultivan a partir del cuidado de sí, pueden llevar a menguar la vida y la capacidad de resistencia en las personas y esto aparece como otra estrategia empleada dentro de las tecnologías de poder sobre la vida para hacer control y construir subjetivades sujetas y sumisas a objetivos gubernamentales

Surge, por tanto, un nuevo interrogante respecto a cuáles son esos equipamientos y de qué manera se obtienen, para que una política de vida se pueda constituir en una forma de gobierno de sí que, por un lado, le permita a la persona resistir de manera pronta y precisa a los golpes que las relaciones de poder/gobierno pueden suscitar pero al mismo tiempo que la impulsen a construirse a sí misma.

De acuerdo con los relatos de vida se pueden identificar cómo las políticas de vida de las personas ancianas se nutren permanentemente con lo que cada persona ha vivido y vive en su cotidianidad, con los aprendizajes asimilados de sus relaciones con otros, de experiencias y legados familiares, de las enseñanzas recibidas en la escuela, de sus vivencias espirituales, de las situaciones críticas vividas, así como de la reflexión y el cultivo intelectual. (Anexo:Políticas de vida)

A manera de síntesis, se distinguen dos maneras a través de las cuales las personas ancianas se han dotado de sus políticas de vida que fueron las prácticas de sí, y la relación con los otros. Las prácticas de sí incluyen la experiencia de Dios, la lectura que se hace de las situaciones críticas vividas y de la reflexión y cultivo intelectual.

“Una experiencia con Dios que le va dando discernimiento a uno desde un humanismo cristiano, y entonces se tiene una comprensión de ser humano diferente, a la luz de Dios” (Salomón, 56 años).

“Se dice que para llegar a solidificar algo más es necesario por el caos, por la dificultad, y quizás en esa familia tuvimos que pasar por momentos agobiantes, pero sobre todo tuvimos la capacidad de reconstruirnos de alguna manera [sic]” (Consuelo, 66 años).

“Yo me enfermé y una enfermedad grave, yo hubiera podido morir. Quedé hasta ciega, los ojos inyectados de sangre y no me podía mover, no podía caminar, eso fue terrible. Estuve hospitalizada varios meses, lo positivo de una enfermedad y que aprendí después de interpretarlo, cómo las enfermedades o las situaciones críticas en la vida le enseñan a uno mucho y entonces aprende el valor de la vida, aprende el valor de los pequeños detalles” (Edilma, 81 años).

“Había una frase que estaba como ideada por el Che Guevara, y esa frase decía: ‘endurecerse sin perder la ternura jamás’. Y en ese momento que para mí era tan difícil, sin ninguna ventana de luz, yo dije: ‘a mi hija le puede pasar todo lo duro que quiera la vida y yo tendré que endurecerme para estar con ella sin perder la ternura jamás’, por fortuna todo eso que los médicos imaginaron no fue una realidad, pero pasamos casi dos años batallando con el asunto. Se convirtió en algo que para mi vida ha sido una frase muy significativa [...]. Con frecuencia cuando estoy en momentos difíciles me tengo que recordar que hay que hacerse fuerte, que hay que llenarse de energía, que hay que sacar músculos si es el caso, que hay que vencer el cansancio, pero en la medida que sea posible no perder la ternura jamás” (Consuelo, 66 años).

“ Yo debo sacar tiempo para mí, así como le digo a las personas que saquen tiempo para ellas, yo saco tiempo para mí, para mis cosas, para volver siempre sobre lo fundamental, para no perder el norte, y eso es importante también para mi vida, entonces yo me saco tiempos, momentos en el día para estar solo, para poder meditar, leer, escribir, muchas cosas, ¿no? Momentos de relax, es tener un buen libro, bueno varios libros, porque voy rotando libros, varios libros al tiempo y poderlos leer y poder estar uno tranquilo, reposado, sin el afán de la vida, ¿no?” (Salomón, 56 años).

La relación con los otros, incluye la relación con la familia, las experiencias vividas en su interior y los legados dejados por sus padres, tíos, tías y abuelos, las enseñanzas aprendidas en la educación que les llevaron a asumir una actitud crítica de la realidad

“Yo creo que eso nacía del nicho de la familia, yo creo que se nos fue haciendo, como se dice, una postura colectiva, una postura en la cual uno es importante pero todos los demás son importantes, es decir, en mi casa si había un postre y si era pequeñito pues nos tocaba un pedacito pequeñito a todos pero no había ninguno que se quedara sin el pedacito por decir algo... Cuidamos el vestido y el zapato porque tenía que dejarlo para el otro, entonces como te digo eso que fue del nicho familiar, pues de alguna forma fue siendo importante para mí, y tan importante fue que no solo en lo estudiantil yo me moví de esa manera, sino que yo salí y toda mi vida yo he estado en los gremios” (Consuelo, 66 años).

“[En el colegio] nos enseñaban cómo las radionovelas en ese momento, eran una forma de distraer a la persona para que no se diera cuenta de lo que estaban haciendo con ellos... ¿Y sabe dónde lo comprobé? Cuando el gobierno de César Gaviria, tan pronto subió, se dispararon todas las telenovelas en todos los canales, y dije: ‘este tipo va a hacer quién sabe qué con el pueblo colombiano’, y efectivamente lo hizo” (Hugo, 75 años).

“[Mi papá] me dijo una vez que no le debía faltar a uno una persona que no tuviera nada de nada en la casa para proporcionarle ayuda para y eso ha sido pues, como que le ayuda uno [sic]. La señora madre de mi esposa, la recogimos por allá del campo, la trajimos y la acogimos, alguna cuñada también la acogimos, entonces eso como que ha hecho razón en mi persona. A él no le faltaba alguna persona, yo me acuerdo cómo de tres o cuatro personas que vivían en la casa. A la casa de él llegaba mucha gente de un credo y de otro credo, entonces eso como que es formación para uno, sí, y da vida...” (Emigdio, 79 años).

De manera que para lograr estructurar una Política para la Vida como un punto central de una nueva ética del envejecimiento y la vejez se hace necesario ofrecer los elementos para que las políticas de vida se nutran de manera que impulsen a las personas ancianas a construirse a sí mismas como una obra de arte y que la vejez pueda considerarse como un punto positivo de la existencia.

En este sentido Foucault ( 2011) define una nueva ética de la vejez como “... una vejez ideal, una vejez que, en cierto modo, uno se fabrica...en el fondo, es necesario que en cada momento, aunque seamos jóvenes, aunque estemos en la adultez, aunque aún estemos en plena actividad, tengamos, con respecto a todo lo que hacemos y todo lo que

somos, la actitud, el comportamiento, el desapego, y la consumación de alguien que ya haya llegado a la vejez y cumplido su vida” ( p. 117).

Esto es posible a través de una serie de prácticas de libertad y de cuidado de sí que van equipando las políticas de vida en una dinámica de interacción entre el sujeto, la verdad y la subjetivación. La subjetivación entendida como el proceso mediante el cual el sujeto se constituye a sí mismo, por tanto a diferencia del sujeto que construye en función de una sujeción que constituye un dispositivo gubernamental, en la subjetivación el sujeto es el resultado de la relación establecida consigo mismo.

En suma, Todas estas formas de resistencia que han experimentado las personas ancianas muestran el rechazo que se hace a estos modelos que intentan someter, doblegar y generar muerte, llevando a las personas ancianas a elaborar una propuesta ética que busca el replanteamiento en las formas de ver y entender la vida, la salud, la enfermedad, la vejez, la economía, la gubernamentalidad, la salud pública y las políticas públicas. Esta nueva manera de entender requiere de una perspectiva y un análisis crítico de cada uno de estos elementos alejándonos de las construcciones preexistentes limitadas, fraccionadas. es necesario avanzar a una mirada integral y no fraccionada de la realidad, que cobije el movimiento dialéctico permanente que se suscita entre lo biológico, lo social, lo cultural, lo económico, lo político

Al respecto existen ya muchas propuestas desarrolladas desde nuestro contexto latinoamericano que vale la pena tener en cuenta, para el análisis que apremia que se y que abren nuevos caminos de creación para liberar a la sociedad y a la economía de su lógica de muerte y esclavitud dando el valor que corresponde a las cosas, liberar a la cultura de su papel alienante que distorsiona, la educación, las expresiones espirituales, la religión y liberar al ser humano de su antropocentrismo restableciendo unas relaciones armoniosas entre hombre y la naturaleza. Libera así mismo a la política de su labor reducida de regulación al servicio del mercado para retornar a su esencia de ordenamiento social en función del desarrollo pleno de la vida humana para alcanzar el bien común. (Breilh, 2015)

### **Significado de verdad para las personas ancianas.**

Para las personas ancianas la verdad no es algo que está dado, sino que se construye

en la realidad de la vida y las hace libres. Implica tomar distancia de lo que se considera como verdadero ponerlo a prueba para ver si se sostiene y si no es así, ser capaz de decir “parresia” entendida como el hablar franco, la libertad de palabra.

“Yo creo que la verdad es la misma vida, si cuando uno ve con claridad que el sol sale todos los días y se oculta a tal hora es una verdad física, pero es una verdad. La verdad es algo que se evidencia, ¿cierto?... Yo creo que la verdad es la misma realidad que se vive” (Chepe, 74 años).

“La verdad, para mí, es hacerle caso a mi conciencia, porque veo que hacerle bien a una persona es agradar a Dios, esa es la verdad, no hacerle mal. Pero es que a veces la conciencia le dice a uno una cosa y uno hace otra, entonces no tiene seguridad en su conciencia, o no la ha formado, no ha tenido esa capacidad o esas oportunidades de formar uno su conciencia, porque a este mundo uno no le puede creer porque unos piensan una cosa y otros, otra” (Emigdio, 79 años).

“No existe la verdad, yo creo que uno va acercándose a ella, uno va comprendiendo las cosas y se va enganchando con esas cosas. Cuando uno cree algo, uno debe irse al otro extremo, falsear eso que estoy creyendo, y si lo que yo estaba creyendo queda en pie, esa es la verdad. Pero uno va construyendo la verdad y en esta medida va descubriendo, va certificando de la vida, certificando no únicamente a nivel científico, también a nivel humano, a nivel espiritual, uno va articulando eso con la vida, entonces es como la vida de uno, vive en la verdad... y desde esa verdad entonces yo tomo decisiones que son opciones fundamentales para mí... y es entonces ver cómo esa verdad lo hace a uno libre, libre de muchas ataduras, libre de muchos presupuestos, de muchos prejuicios, para mí es eso” (Salomón, 56 años).

“Los desarrollos si los utilizan debidamente a favor de la humanidad pues son benéficos y uno se alegra de los alcances a los que el hombre ha llegado, si son a favor del hombre, no en contra, no para acabar con la humanidad; pero hay cosas que las están utilizando es (para beneficio propio) y la otra humanidad qué, y los que no creen como ellos creen, para la horca; tiene que uno someterse a su voluntad. Pero ¡no! Tiene uno que tener unas cosas fijas en su mente, traerlas de antaño, o en fin, para sostenerse uno ahí en lo que piensa y así que sea uno capaz de la muerte antes de que uno acceder a esas cosas, porque por ejemplo a uno en esta vida le piden vote por este, vote por aquél, pero si su conciencia le dice que no, pues no, pues si su conciencia le dice que no debe hacerle caso a su conciencia”. (Emigdio, 79 años).

### **Significado de vejez para las personas ancianas.**

En los relatos de vida de las personas ancianas se identificaron 7 formas de comprender la vejez desde su propia realidad y vivencia que apunta a su realización como ser humano, y que se condensan en sabiduría, reflexión, desprendimiento, balance, realización, construcción, sin olvidar las limitaciones. A continuación se presentan cada una de estas comprensiones a partir de sus propias palabras.

La primera comprensión es la vejez como sabiduría o experiencia que puede beneficiar a las generaciones de jóvenes.

“La sabiduría no es sabiduría en letras, sino esa sabiduría que uno necesita para manejarse con la gente” (Emigdio, 79 años).

“La sabiduría no porque sean los ancianos los más inteligentes sino porque la vida les aportó sabiduría, la experiencia les dio elementos de juicio, entonces quizá tener la posibilidad, sin agobiar a las generaciones más jóvenes, de que se beneficien de la sabiduría de los ancianos, poder compartir lo que la vida ya les dio como regalos del saber, regalos de la reflexión, como regalos de la intuición misma, es decir, muchas cosas se aprenden es porque la vida misma se las puso al frente, y ahoritica tiene uno tiempo para mirarlas” (Consuelo, 66 años).

La segunda comprensión de vejez como capacidad de reflexión que permite centrarse en otro tipo de pensamientos.

“En ese momento uno ya ha recibido de la vida tal nivel de cosas que es capaz de reflexionar, es capaz de ser un poco más contemplativo, es capaz de centrarse en otros pensamientos y en otro tipo de búsquedas que en otro momento de la vida fueron tan azarosos, esquivos y para los que uno tal vez no estaba preparado, ni tenía tiempo” (Consuelo, 66 años).

La tercera comprensión es la capacidad de desprendimiento tanto de cosas materiales como de cosas afectivas o de personas.

“A estas alturas uno ya tiene que hacer desprendimientos de cosas materiales, tiene que prepararse para desprendimientos de cosas afectivas, de personas, de partidas, eso ahora es más presente que futuro” (Consuelo, 66 años)

La cuarta hace referencia a la vejez como momento de hacer un balance.

“Creo que una cosa bien importante hoy es hacer un balance, porque es que esos balances los hace uno ahora, casi nunca los hace antes” (Consuelo, 66 años).

La quinta comprensión plantea la vejez como un momento en el que ha logrado lo que se ha querido, de progreso, y por esto mismo la posibilidad de pensar en otros, pero también la tranquilidad para asumir la muerte.

“Llegar a un punto, donde ya tú eres tan independiente, has logrado lo que has querido, y ya no piensa uno tanto en uno mismo, tienes la posibilidad de pensar en los demás mucho más, es decir, ya lo mío está hecho, entonces lo importante es lo que pueda hacer por los demás, esa es la vejez para mí” (Edilma, 81 años).

“Lo que tengo me parece hermoso, mi casa me parece linda, no la quiero tener mejor, me siento satisfecha con mi vida, con toda la tranquilidad, con el deber cumplido, con no haberle hecho mal a nadie, con la conciencia limpia, la muerte es lo mejor que le puede llegar a uno en estos momentos de la vida” (Elvira, 94 años).

“Yo me siento satisfecho con mi vida, muy satisfecho, no envidio nada porque nada tengo que envidiar,...soy desprendido de las cosas, algún día no las tendré o las tendré mejor, pero no me apego a ellas...yo como dicen tengo la maleta lista” ( Chepe, 74 años)

La sexta hace referencia a una tarea realizada de participación en la construcción de país.

“Construir al país, pues yo no sé con mis impuestos, porque toda la vida pagando impuestos eso sí, y mi trabajo” (Arsenio, 85 años).

(Construir al país)...”Yo creo que como profesor, yo formé mucha gente que hoy en día son muy buenos profesionales, sembrando en ellos principios; teniendo un buen hogar, que uno se da cuenta que sus hijos son responsables y viendo a los nietos que van creciendo así, y participando en las cuestiones de comunidad, entonces yo creo que en eso” ( Chepe, 74 años)

Finalmente la séptima comprensión hace referencia a las limitaciones propias del desgaste en la vejez.

“También acepto en que se cae en limitaciones físicas, hasta me río de ellas, trato de atender las cuestiones médicas, pero tampoco me dejo llevar por todo lo que dicen que hay que hacer. Yo me río de ser vieja, además que para mí ha sido muy grato ser vieja” (Edilma. 81 años).

**Desplazamiento en los modos de pensamiento y conformación de nuevas subjetividades**

Al tratar de establecer el desplazamiento entre los significados de las personas ancianas y los marcos de pensamiento ya establecidos se encontraron oposiciones considerables que se plantean a manera de síntesis en las siguiente tabla.

**Tabla 4-2: Desplazamiento de significados:verdad, vejez y subjetivación**

Comprensión desde las personas ancianas	Comprensión desde los marcos de pensamiento ya establecidos políticamente
<b>VERDAD</b>	
Es algo que se construye, se valida en la vida misma y hace libre a la persona	Discurso demógrafo-economicista. Transición demográfica
<b>VEJEZ</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sabiduría</li> <li>✓ Reflexión</li> <li>✓ Desprendimiento</li> <li>✓ Balance</li> <li>✓ Realización</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Carga</li> <li>✓ Inactividad</li> <li>✓ Improductividad</li> <li>✓ Dependencia</li> <li>✓ Vejez activa</li> </ul>

Comprensión desde las personas ancianas	Comprensión desde los marcos de pensamiento ya establecidos políticamente
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Construcción de país</li> <li>✓ Limitación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ enfermedad</li> </ul>
<b>SUBJETIVIDADES</b>	
Persona anciana satisfecha y realizada en sí misma.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Persona vieja-joven activa y productiva mediante un esfuerzo personal de autocuidado y trabajo productivo o reproductivo.</li> <li>✓ Persona vieja-vieja dependiente de cuidado a cargo de sistemas familiares o del mercado de los servicios privados.</li> </ul>

Se constata un desplazamiento en relación con el enfoque o perspectiva desde donde se interpreta la verdad, la vejez y la subjetivación; la de las personas viejas se establece desde su experiencia personal que apunta a una realización de la existencia, mientras que la de los marcos de pensamientos establecidos se desprende una mirada político-economicista. Por tanto, no es posible establecer comparaciones puesto que la perspectiva de las personas ancianas entra en oposición y ruptura con la perspectiva político-economicista. Sin embargo, si sugiere la posibilidad de pensar de otra manera la realidad de envejecimiento y vejez en el país para así apuntar a la construcción de otro tipo de políticas

### 4.3 Propuesta de estructuración de una Política para la vida de las personas ancianas.

Se proponen aquí, algunos elementos que surgen del análisis realizado de los relatos de vida que sirvan de insumos para pensar una Política para la vida de las personas ancianas hoy en nuestro país, que no responda a los intereses político-económicos sino a la necesidad que toda persona tiene de realizar su vida.

A manera de referencia conceptual se actualiza este planteamiento de Foucault (2011) respecto a la vejez, “ La vejez es sabiduría, pero también es debilidad... la vejez permite dar consejos, pero es también un estado de debilidad en el cual se depende de los otros : se les dan consejos, pero siguen siendo los jóvenes quienes defienden la ciudad, quienes por consiguiente, defienden a los ancianos, y son ellos quienes trabajan para dar

a los viejos lo necesario para vivir..” ( p .114)

La realidad actual del anciano en Colombia lo despoja de su pasado, de su memoria histórica que le ha permitido una acumulación de sabiduría, que brinda la posibilidad a las generaciones jóvenes de ubicarse sobre sus hombros para tener una mejor panorámica de la realidad y perspectiva de desarrollo como seres humanos. De igual manera, la substracción del pasado de las personas ancianas desliga a estas nuevas generaciones de sus raíces como parte de su identidad y que suscitan sentimientos de admiración, respeto y solidaridad para con ellos. Una sociedad que no tiene en cuenta sus raíces, ni se nutre de la sabiduría de las personas ancianas es una sociedad que no cuenta con soporte, por tanto no crece, está desnutrida , no puede tener frutos ni desarrollarse.

De otro lado, se subraya como en la vida cotidiana las personas ancianas crean redes y espacios solidarios dentro de sus proyectos de realización personal puesto que las personas son seres sociales no individuos aislados, muchas veces estos espacios se construyen como líneas de fuga frente a dominaciones de poder/gobierno, sin embargo, esto ha sido aprovechado , manejado e inducido desde las grandes dominaciones gubernamentales para someter la conducta y hacerla económicamente rentables y políticamente útiles en función de una gestión integral de los riesgos, solo que estos espacios construidos por las personas ancianas funcionan con otras lógicas.

A continuación se plantea una propuesta para la estructuración de una Política para la vida de las personas ancianas a partir en primer lugar de un contraste entre lo que no debe ser una Política para la vida y lo que sí debe ser y en segundo lugar se presentan algunas conclusiones y sugerencias para la Salud Pública, para las entidades gubernamentales y para la sociedad en general.

**Tabla 4-3: Política para la vida**

<b>Política para la vida</b>
<b>Identificación del problema o situación</b>
A las personas ancianas se les ha negado opciones de vida digna y de realización de la misma, reproduciendo inequidades e injusticia ¿Qué elementos ofrecer a las personas ancianas para que cultiven sus políticas de vida y alcancen la realización de su existencia, incluyendo desde las

<b>Política para la vida</b>
<p>personas ancianas que viven en precariedad y necesidad hasta los ancianos que han logrado construir formas alternativas de ser sujeto anciano hoy.</p>
<p><b>Aspectos conceptuales</b></p> <p>La vejez hay que mirarla en la totalidad de la vida como un proceso de realización, como un momento de cumplimiento de metas, satisfacción y de recompensa.</p> <p>La vejez como construcción social y cultural donde se revalida la memoria y las raíces</p> <p>Vejez como fuente sabiduría, con limitaciones físicas pero con capacidad de reflexión, y desprendimiento.</p> <p>Las generaciones más jóvenes tiene la posibilidad de beneficiarse de la construcción de conocimientos y saberes de sus ancianos, recibir la sabiduría y la memoria del camino andado por ellos y constituirlo en patrimonio social.</p> <p>La vida es el lugar de verdad, escuela continua de aprendizaje.</p> <p>Procesos colectivos y construcción de subjetividades a partir de la equidad, la solidaridad y la búsqueda del bien común como principios de vida que permitan a las personas tener los elementos que necesiten para alcanzar su desarrollo como seres humanos ,</p> <p>Conciencia de derecho, por el reconocimiento y la revalorización hecha a las personas ancianas y su trabajo en la construcción del país, con una sociedad y un Estado que responde a las necesidades reales del anciano apuntando a una intervención diferencial de acuerdo con la situación personal, intereses particulares, posibilidades o potencialidades acumuladas.</p>
<p><b>Ejes estratégicos:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Promoción de la familia como comunicadora de acentos en cuanto a saberes, comportamiento, modos de ser del sujeto. Es también espacio de confrontación y celebración. Que la vejez no se convierta en una carga para la familia, ni una responsabilidad personal para el anciano. La familia debe contar con los recursos y apoyos necesarios brindados por parte de las instituciones, la sociedad y el Estado.</li> <li>2. Promoción del cuidado y cultivo de sí</li> <li>3. Promoción de espacios de inclusión para las personas a las que se les ha negado opciones de vida digna en su vejez que les permitan fortalecerse en sí mismos como seres humanos trascendentes.</li> <li>4. Promoción de espacios educativos donde las personas ancianas puedan compartir de su saber, a la vez que creen espacios solidarios y críticos de la realidad , y donde se amplíe la visión humano de la vejez y su vivencia plena, resignificando experiencias y emprendiendo sueños.</li> <li>5. Productividad vital e inclusión productiva de acuerdo a capacidades y posibilidades</li> <li>6. El Estado interviene para asumir su responsabilidad con la población administrando de manera transparente los recursos públicos para el bien común y generando los espacios y las condiciones para que la población se desarrolle, con empleo digno, educación, salud, nutrición, vivienda, etc.</li> <li>7. La garantía de los derechos implica asumir responsabilidades conjuntas, El estado, la sociedad, la familia, la persona. Estas responsabilidades no se pueden delegar, no se pueden evadir</li> <li>8. Progreso es integral de la persona, cobija todas sus dimensiones. Busca la realización, de la persona como ser humano en todos sus niveles.</li> <li>9. Una política que garance una pensión digna y de una atención en salud acorde a las necesidades particulares.</li> <li>10. Que los ancianos cuenten con los recursos y apoyos que requieren para trazar caminos de realización de su existencia y sentido de vida.</li> </ol>

En consecuencia, se plantea la necesidad de repensar las relaciones entre economía,

política y salud pública, sus formas de poder y gobierno con el objeto de producir un desplazamiento en los significados de la vida, la salud, la enfermedad, la vejez, la economía, la política, el ser humano.

Asumir la salud pública como semilla para iniciar un proceso colectivo de construcción de políticas públicas al servicio de la vida y no de la economía capitalista y un restablecimiento de las relaciones de poder gobierno más éticas, y que tiendan cada vez a impulsar el poder vital de la sociedad.

Una salud pública que apunte más a procesos de salud que a enfermedad, que modifique sus formas de poder/gobierno que reducen al ser humano a un cuerpo y su relación con la enfermedad, que se desarrolle a nivel científico en pro de la vida y no del mercado y reasuma su responsabilidad ética con el ser humano, se comprometa desde su quehacer en proporcionar los elementos que las personas requieren para su construcción estética que apunte a la realización plena de la vida humana.

Para el Estado, que reasuma su responsabilidad con la población que representa de manera transparente y justa y desarrolle políticas que favorezcan el bien común y el desarrollo humano y no los intereses económicos de particulares, garantizando el derecho a la salud y la seguridad social.

A la sociedad, que reelabore las representaciones sociales y culturales de progreso, felicidad, desarrollo, vejez etc., en pro de la construcción de una sociedad más justa, más equitativa, más solidaria y en paz y de una reconocimiento de la importancia del anciano en todos los ámbitos sociales

## 5. Conclusiones y recomendaciones

Los resultados que aquí se presentan tiene como fin establecer una dialéctica crítica que muestre una nueva manera de comprender el fenómeno de envejecimiento y vejez en Colombia y aporte a la construcción de una política para la vida de las personas ancianas.

Este trabajo devela una ruta probada y validada por las personas ancianas que se propone como una cultura social alternativa para hacer frente a formas biopolíticas de poder sobre la vida

A lo largo de las trayectorias de cuidado y su interacción con las políticas de vida se identificaron formas de resistencia concretas antes relaciones de poder/saber que buscan dominar a las personas. Estas formas de resistencia se constituyen en una ética de vida que abren nuevas perspectivas y posibilidades de acción

Las mujeres son las personas que más exclusión, injusticia e inequidad han sufrido a lo largo de sus vidas, y son ahora las mujeres ancianas que continúan sufriendo con mayor rigor los efectos de estructuras de poder opresoras que no les permiten desarrollar modos alternativos de construcción como sujetos.

Las personas ancianas que a lo largo de sus trayectorias de cuidado logaran equipar y fortalecer sus políticas de vida son las que han alcanzado un mayor nivel de realización en su existencia y que a la vez, logran salir de sí misma de manera solidaria comprometiéndose en la construcción colectiva del bien común.

Son ellas también las que logran desplazamientos en sus marcos de pensamiento, en relación con la vida, la salud, la enfermedad, que les permite asumir y ejercer su libertad y un modo de pensarse y actuar diferente, estableciendo relaciones más horizontales y justas

El dispositivo gubernamental de envejecimiento y vejez en Colombia funciona desde una lógica de sistemas económicos antepone la acumulación de capital al ser humano y a la

vida, reproduciendo y agudizar la inequidad, la injusticia concentrando las riquezas en unos pocos.

La realidad actual del anciano en Colombia lo despoja de su pasado, de su memoria histórica, la cual le ha permitido una acumulación de sabiduría. La substracción del pasado de las personas ancianas desliga a las nuevas generaciones de sus raíces como parte de su identidad.

Una sociedad que no tiene en cuenta sus raíces, ni se nutre de la sabiduría de las personas ancianas es una sociedad que no cuenta con soporte, por tanto no crece, está desnutrida, no puede tener frutos ni desarrollarse

Se plantea la necesidad de repensar las relaciones entre la economía, la política y la salud pública, sus formas de poder y gobierno con el objeto de producir un desplazamiento en los significados de la vida, la salud, la enfermedad, la vejez, la economía, la política, el ser humano

Las ciencias de la salud debe reconocer sus límites, y volver a sus principios en función de la vida, sin imponer su saber como una forma de poder

El ejercicio analítico y reflexivo realizado en este trabajo permitió una mayor claridad para redefinir y robustecer el concepto de las políticas de vida y las trayectorias de cuidado.



## A. Anexo: Fuentes secundarias

FUENTE	UNIDADES TEMATICAS
<b>ARTICULOS DE REVISTAS</b>	
Hernández, 2000. La fractura originaria en la organización de los servicios de salud en Colombia 1910-1946	Historia de la salud pública
Arévalo ( 2009). Muchas acciones y una solución distante. Mecanismos gubernamentales de protección social en Bogotá 1930-1945	Protección social
Uribe. 2006. Entre la beneficencia y la asistencia pública.	Beneficencia y asistencia
Castro, 2007. Los inicios de la asistencia social en Colombia.	Asistencia social
Ramírez 2003. Las mujeres y la acción social en Colombia, contextos de contradicciones.	Acción social- asistencia social
Botero, 2006. La reforma constitucional de 1936, el Estado y las políticas sociales en Colombia.	Asistencia social
León , Paulo. (2002). La industrialización colombiana: una visión heterodoxa	Modernización-desarrollo industrial
Leal, (1996). El estado colombiano, crisis de la modernización o modernización incompleta	Modernización-desarrollo industrial
Carmona , 2005. Cambios demográfico y epidemiológicos en Colombia durante el siglo XX	Cambios demográficos
Banguero & Castellar, 1991.La población colombiana: dinámica y estructura. Tomado de La transición demográfica en Colombia 1938-2025.	Cambios demográficos
Bolívar, 2007. Reinados de belleza y nacionalización de las sociedades latinoamericanas.	Conformación de lo nacional. Diferenciación de clases y razas
<b>LIBROS</b>	
Quevedo y otros (2004). Café y Gusanos, Mosquitos y petróleo	Historia de la salud pública
Hernández, (2015). La salud fragmentada en Colombia 1910-1946	Historia de la salud pública
Hernández & Obregón, (2002). La OPS y el Estado colombiano: Cien años de historia.	Historia de la salud pública
Yepes, 1990. La salud en Colombia. Análisis sociohistórico.	Historia de la salud pública
Arias, (2013). Historia de Colombia contemporánea 1920-2010.	Historia social y política
Gómez y otros 2011. Tres escuelas una historia. Formación de enfermeras en la Universidad Nacional de Colombia 1920-1957	Historia social
(Capítulo) Bejarano, 1985. Campesinado, luchas agrarias e historia social: notas para un balance historiográfico.	Historia social- violencia
Pécaut, 2006. Crónica de cuatro décadas de política colombiana.	Historia social y política . violencia
Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, 2008. Caracterización de la gerontología en Colombia, Una mirada desde las competencias laborales.	Historia de la gerontología en Colombia.
Ordoñez, 1987. Situación de la vejez en Colombia.	Vejez
(Capítulo) Hernández, 2005. El debate sobre la ley 100 de 1993. antes, durante y después.	Salud y seguridad social. Historia en salud pública
Echeverri, 1994. Familia y vejez.	Familia y vejez biológica
Castro-Gómez ( 2008). Genealogía de la colombianidad.	Conformación de lo nacional- diferenciación
<b>TESIS</b>	
Arrubla, 2014. Vejez y asistencialismo en épocas neoliberales: Colombia 1970-2009	Seguridad social
Vega, Transformaciones en la protección social en Colombia 1946-1993.	Protección social
Gómez, 2011. La protección familiar en Colombia, 1946-1977.	Familia
Hernández, 2015.Política sanitaria y cuidado de la salud en los hogares en Colombia: acumulación e inequidad de género.	Cuidado
<b>OTROS</b>	
Decreto 3224 de 1963	Asistencia social y salud pública

<b>FUENTE</b>	<b>UNIDADES TEMATICAS</b>
Conferencias Internacionales Viena (19) y Madrid (2002)	Política internacional
Ortiz, 2007. Política Social	Manejo social del riesgo
Plan Nacional de desarrollo. 2014-2018	
Hotzmann & Jorgensen, 2000. Manejo Social de Riesgo: un nuevo marco conceptual para la Protección Social y más allá.	Manejo social del riesgo
Ministerio de la Protección social, 2007. Decreto 3039 de 2007	Plan nacional de salud pública
Ministerio de la Protección social, 2007. Política Nacional de envejecimiento y vejez. 2007-2019	Política de envejecimiento y vejez
Ministerio de salud, 2014. Política colombiana de envejecimiento humano y vejez. 2014-2014.	Política de envejecimiento y vejez
Fedesarrollo & Saldarriaga Concha, 2015. Misión Colombia envejece. Cifras, retos y recomendaciones.	Vejez y política
Política distrital de envejecimiento y vejez, 2010	Política de envejecimiento y vejez
Resolución 518 de 2015	Gestión de la salud pública. Plan de intervenciones colectivas.

## B. Anexo: Procesos discursivos

MODERNIZACION Y DESARROLLO INDUSTRIAL EN COLOMBIA			
<p>Se desarrolla una nueva formación discursiva</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Liberalismo económico</li> <li>✚ Imaginario de hombre ideal : buen capital humano</li> <li>✚ Forma de organización social y división del trabajo: fuerza física=necesaria en el capital humano. /hombre en el sector productivo /mujer en sector reproductivo como fábrica de capital humano.</li> <li>✚ Necesidad de planificar el progreso=productividad (cambio en la formación discursiva)</li> <li>✚ Proceso semi-industrializado=tercerización de la producción =capital humano se transforma ya no se requiere únicamente fuerza física, no es lo primordial, la organización del trabajo cambia, la mujer entra en la producción.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Clase burguesa,</li> <li>✚ Tecnócratas ; médicos, economistas, ingenieros.</li> <li>✚ Burguesía capitalista=acumulación de capital (incide en la violencia y pobreza)</li> </ul> <p>Emergencia de tecnocracia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Pobreza como obstáculo para el desarrollo (pobreza=ignorancia, barbarie, enfermedad)</li> <li>✚ El desarrollo económico alivia la pobreza.</li> <li>✚ Trabajo=capital humano=salario=medio de subsistencia.</li> </ul> <p>Cambio en las prácticas con los pobres.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Asociación entre salud-desarrollo = higiene</li> <li>✚ Desarrollo y salud=Planificación = neloliberalismo.</li> </ul> <p>Desplazamiento discursivo</p>
ACONTECIMIENTOS Y TENDENCIAS INTERNACIONALES			
<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Crisis económica 1929.</li> <li>✚ Crisis económica por el petróleo. 1973</li> </ul> <p>Emergencia de crisis económicas.</p>	<p>Nuevas formaciones discursivas y procesos discursivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Teorías demográficas: población y desarrollo</li> <li>✚ Discurso envejecimiento demográfico :causante de crisis de seguridad social y dependencia económica= tensión entre las generaciones.</li> <li>✚ Viena primera asamblea mundial sobre el envejecimiento. Relación personas viejas y desarrollo</li> <li>✚ Segunda Asamblea Mundial Madrid.</li> <li>✚ Personas ancianas como</li> </ul>	<p>Nuevas prácticas en intervencionismo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✚ J. F. Kennedy</li> <li>✚ Alianza para el progreso</li> <li>✚ 1987 el B:M presenta agenda para reforma financiamiento de los servicios de salud (economistas de las agendas financieras multilaterales, B.M y F.M.I)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Convenciones y conferencias sanitarias continentales (1902)</li> <li>✚ Oficina sanitaria internacional .</li> <li>✚ Intervención de la Fundación Rockefeller</li> <li>✚ Salud para todos en el año 2000. APS.</li> <li>✚ 1988. OPS. Propone SILOS.</li> <li>✚ Reuniones ,</li> </ul>

<b>MODERNIZACION Y DESARROLLO INDUSTRIAL EN COLOMBIA</b>			
	potencial, recurso productivo y de consumo.		conformación de OPS. Demandas en salud para el comercio. Asociación salud-desarrollo
<b>ACONTECIMIENTOS NACIONALES.</b>			
Acontecimiento Nacional Guerra de los mil días. Separación de Panamá. Violencia partidista, violencia guerrilla, paramilitar (grupos armados) narcotráfico. Violencia generalizada-terrorismo	Acontecimiento Nacional Crisis de la seguridad social (finales del siglo XX)	Acontecimiento Nacional Política social marginal. Años 80) Pérdida de legitimidad del régimen político. Desconfianza, desaparecen fronteras entre lo legal e ilegal, mayor corrupción, extorsión, secuestro, desplazamiento forzado, mayor violencia.	Acontecimiento Nacional Crisis económica de los 80 caída de los precios del café.
<b>FAMILIA</b>			
Práctica Instrumento para control social. Trasmisora de código moral de higiene. (principios del siglo XX)	Práctica Mujer objeto de medicalización Mujer burguesa objeto de belleza. Fábrica para mejorar la raza= modelo de hombre moderno-rico-blanco. Hombre europeo y norteamericano/ reinas de belleza ideario de valía moral innata. Jerarquización de la diferencia.	Práctica Objeto de asistencia pública: gotas de leche, SENDAS. ( primera mitad de siglo XX) Objeto de subsidios: subsidio familiar, dentro de seguridad social. Instrucción pública. Cartillas de higiene.	Práctica Cuidado Cambio en el rol de la familia= anciano /desprotegido. Anciano en la calle. (finales del años 60)
<b>PROTECCION SOCIAL</b>			
Práctica Beneficencia y caridad /enfrentamiento. Asistencia pública función del Estado	Acontecimiento Seguridad social ; dual trabajadores públicos y trabajadores privados. (1945-1946) Ahorro individual-pensión (finales 80-90)	Procesos discursivos/desplazamientos. Asistencia pública para los pobres Asistencia social para los ancianos: institucionalización. Subsidios para las personas más pobres(programa Colombia mayor y centros diurnos) Protección social integral: manejo social del riesgo: seguridad de ingreso, salud y servicios de cuidado.	Práctica Asistencia pública se reduce a bienestar=prevención de enfermedad a pobres e incapacitados para trabajar. ( 1963)
<b>HISTORIA DE LA SALUD PUBLICA</b>			
Acontecimiento/práctica Viraje de higiene pública a salud pública norteamericana. Con énfasis en lo biológico y administración) Primeros años del siglo XX. La medicalización de los trabajadores pobres, inicia en los puertos inicio del siglo XX y continua trabajadores y familia	Acontecimiento. Morbilidad, mortalidad, natalidad, longevidad. (Comportamiento primeros 60 años del siglo XX) Transición epidemiológica.(finales de los años 80 en adelante) Prácticas Programas de enfermedades crónicas-autocuidado Profesionales en el campo de la medicina familiar y despliegue académico en asuntos de vejez, nivel técnico, pregrado y	Práctica Institucionalización de pobres, y enfermos para tratar las enfermedades de la raza. (inicios del siglo XX) Procesos discursivos Higiene-instrucción pública. Higiene = código moral Educación para la salud Salud Pública-APS=énfasis en productividad económica: discursos que	Prácticas Eugenesia-higiene Asistencia pública como función de la salud pública por medio de gestión del medio y la población para preservar la salud y prevención y manejo de enfermedad (niños y ancianos). Se ratifica y legitima la medicalización de la vida (tecnología

MODERNIZACION Y DESARROLLO INDUSTRIAL EN COLOMBIA			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Medicalización del trabajo: medicina del trabajo, seguridad industrial (1979 en adelante)</li> <li>Medicalización de la familia: obstetricia, ginecología, pediatría, puericultura. (inicios del siglo XX)</li> <li>Medicalización de la vejez: geriatría, gerontología. ( años 70 en adelante)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>postgrado.</li> <li>Plan nacional de salud Pública ( 2007 )</li> <li>Política de envejecimiento y vejez</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>toman fuerza: prevención, estilos de vida, (nuevo código moral)</li> <li>Salud pública = manejo social del riesgo. Principios de siglo XXI</li> <li>Gestión de la salud pública- P.I.C.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>de gobierno) 1963 Desplazamiento de asistencia pública a cargo del Estado a una parte del Estado-salud pública.</li> <li>Reducción concepto de bienestar a ausencia de enfermedad</li> </ul>
CONFORMACION DEL ESTADO-NACION.			
<p>Prácticas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Jerarquización de la diferenciación, (regional, cultural, etnia, social)= eugenesia.</li> <li>Imaginario sociales del capitalismo: la ciencia y la tecnología eliminaran contingencias, seremos consumidores.</li> <li>Colonialismo interno de apropiación y gestión biopolítica de población y territorio.</li> </ul>	<p>Acontecimientos/prácticas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Violencia: violencia partidista. Violencia como forma de respuesta a inequidad social. Violencia contra la mujer, delincuencia común, violencia, terrorismo y secuestro.</li> </ul>	<p>Acontecimientos/prácticas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Situación social- transición campo-ciudad. Pobreza analfabetismo, mortalidad infantil. (inicios siglo XX)</li> <li>Se amplia brecha entre sociedad y Estado por desconfianza, corrupción y violencia. (finales 80-90)</li> <li>Estado ausente autista y corrupto.</li> </ul>	<p>Acontecimientos/prácticas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1991. Asamblea Nacional Constituyente: la atención en salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado que garantiza los servicios, las personas tiene la obligación de procurar cuidado integral de su salud y de su comunidad. Se reconoce al anciano , su problemática, protección y asistencia se legitima la entrada de la vejez en la agenda pública.</li> </ul>
1. GOBIERNOS Y FORMAS DE GOBIERNOS			
<p>Acontecimientos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Rafael Uribe Uribe: precursor derecho laboral. Asistencia pública para ancianos caídos en miseria. Código laboral para riesgos o contingencias del trabajo</li> <li>Reyes (1904-1909) entrada de Colombia a proceso de modernización e industrialización. La paz es necesaria para el desarrollo</li> <li>Gobierno liberal: (1930-1946) acción política colectiva, mirada diferente a la colectivización del riesgo unido al proceso de consolidación Estatal = Estado interventor y políticas</li> </ul>	<p>Acontecimientos./desplazamientos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cesar Gaviria (1990-1994) reformas trabajo, salud, pensión (ley 100)</li> <li>Incentiva la creación de fondos privados de pensiones.</li> <li>Álvaro Uribe Vélez (2002-2010) Reforma laboral, ajuste al sistema pensional, inicia proceso para definición de política nacional de envejecimiento.</li> <li>Juan Manuel Santos (2010-2018) establece gobierno de tercera vía: “mercado hasta donde sea posible y Estado hasta donde sea necesario”. Política nacional en el marco del Manejo social del Riesgo. Proceso de paz, para romper con la persistencia de las problemáticas sociales más graves para afianzar el rumbo hacia el desarrollo económico y social.</li> </ul>	<p>Prácticas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Permisividad restringida (sindicatos, derecho a la huelga)</li> <li>Inclusión de problemas en la agenda publica</li> <li>Acciones en época de los 70-80 cajas de compensación, recreación, programas de prejubilación</li> </ul>	<p>Prácticas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Jerarquización de la diferenciación, clases sociales,</li> <li>Medicalización</li> <li>Manejo social del Riesgo.</li> <li>Represión.</li> <li>Machismo</li> </ul>

MODERNIZACION Y DESARROLLO INDUSTRIAL EN COLOMBIA			
<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ sociales como gestión pública de riesgo.</li> <li>✚ Mariano Ospina Pérez, 1946-1950</li> <li>✚ conservador-represión.</li> <li>✚ Gustavo Rojas Pinilla: (1953-1957) pacificador populista.</li> <li>✚ Frente Nacional. 1958-1974</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ BEPS reemplaza la seguridad social, ahorro individual con subsidio del 20% sobre lo ahorrado.</li> </ul>		
2. POLITICA DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ			
<p>Acontecimientos y prácticas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Política 2007-2014. Política Nacional de Envejecimiento y Vejez.</li> <li>✚ El envejecimiento individual vs envejecimiento demográfico.</li> <li>✚ Derechos humanos</li> <li>✚ Envejecimiento activo</li> <li>✚ Protección social integral ( manejo social del riesgo)</li> <li>✚ Política 2014-2024. Política Colombiana de envejecimiento humano y vejez.</li> <li>✚ Envejecimiento de la sociedad y curso de vida.</li> <li>✚ Derechos humanos</li> <li>✚ Envejecimiento activo.</li> <li>✚ Protección social integral (seguridad de ingresos, atención en salud, organización de servicios de cuidado)</li> </ul>	<p>Prácticas formaciones discursivas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Manejo social del riesgo-gestión en salud pública- PIC- las actividades colectivas complemento de las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud.</li> <li>✚ Gobernanza en salud.</li> <li>✚ Contratación de instituciones para la contratación del PIC.</li> <li>✚ Empoderamiento de los individuos y los colectivos</li> <li>✚ Promoción de la salud y gestión del riesgo centrado en la persona.</li> </ul>	<p>Acontecimientos/Prácticas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✚ PAIS- MAIS.</li> <li>1. Atención Primaria en Salud</li> <li>2. Cuidado de la salud (capacidades, decisiones y acciones individuales para proteger su salud, la de su familia, la comunidad y el medio ambiente) sustento en el autocuidado, autonomía, capital de salud y capital social</li> <li>3. Gestión Integral del Riesgo en Salud</li> <li>4. Enfoque diferencial</li> </ul>	<p>Acontecimientos/Prácticas /transformaciones conceptuales</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Modelo Integral de Atención en Salud. MIAS. (modelo operacional) sujeto con capacidad de gestión de su propia vida.</li> <li>✚ Promoción de la salud, la detección de riesgos y enfermedad, la curación de la enfermedad y la reducción de la discapacidad.</li> <li>✚ PIC-POS</li> </ul>
3. MANEJO SOCIAL DEL RIESGO			
<p>Prácticas /transformaciones conceptuales</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✚ La sociedad se organiza en relación con el riesgo y la peligrosidad.</li> <li>✚ Se crea conciencia colectiva de responsabilización individual para el manejo de los riesgos</li> <li>✚ Construcción de estilos de vida= conformación de las subjetividades en términos corporales y vitales.</li> <li>✚ Estilos de vida=autocuidado, envejecimiento activo y productivo= Nuevo código moral</li> </ul>	<p>Prácticas , formaciones discursivas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✚ El riesgo se define hasta cuando se considera normal, luego gestionarlo gubernamentalmente. El futuro depende de las decisiones presentes en la vida diaria, la elección de un estilo de vida es fundamental este brinda seguridad ontológica.</li> <li>✚ No se impide que suceda el riesgo</li> <li>✚ Se diferencian riesgos individuales y riesgos colectivos= intervenciones colectivas e individuales , las dos se combinan para prevenir la mayoría de las enfermedades.</li> </ul>	<p>Prácticas , formaciones discursivas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Cambio epistemológico y ontológico: tecnologías de la optimización para reconfigurar procesos vitales para maximizar su funcionamiento y alcanzar una vejez activa.</li> </ul>	<p>Prácticas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Calculo y valoraciones de probabilidad de enfermedad y dependencia.</li> <li>✚ Gestión del riesgo en salud. Ministerio de Salud define Plan Nacional de Salud Pública.</li> <li>✚ Campañas de prevención</li> <li>✚ Educación para la salud</li> </ul>

## C. Anexo: Diario de campo

Fecha: 17 de noviembre de 2014	
Lugar: panadería. Localidad de Engativá	
Actividad : Encuentro con el señor Emigdio para hacer con él una lectura de la primera entrevista transcrita.	
<p>Observaciones: El encuentro fue necesario hacerlo ahí porque al señor se le presentó un inconveniente, debía ir a visitar a una de las hermanas que estaba hospitalizada y además antes debía terminar un trabajo comunitario que estaba realizando en su barrio, por lo que no quiso cancelarme la entrevista sino que me puso la cita en un lugar cercano donde realizaba la actividad.</p> <p>Una vez leída la entrevista, el señor estuvo de acuerdo con lo que allí estaba registrado, me dio una copia de un periódico que tenía guardado cuando había trabajado en su vereda en la Junta de Acción Comunal. Coordinamos otra fecha de encuentro para una segunda entrevista y lo acompañe a la actividad comunitaria, en una carpa que tienen con otras personas para vender alimentos a las personas que salen de misa y con el dinero que recogen hacen mercados para llevar a los ancianos pobres del barrio.</p>	<p>Análisis: El Señor se mostraba tranquilo a pesar de que tenía uno de las hermanas enferma en el hospital y debía ir a visitarla. Manifestó que no era cosa grave y que talvez ya le iban a dar la salida.</p> <p>El señor se muestra muy contento por el trabajo que realiza en su barrio , dice que a él le ha gustado siempre participar en actividades comunitarias.</p>

## D. Anexo: Entrevista

- ✓ Quien es \_\_\_\_\_, que me puede contar de su vida?
- ✓ Cuándo y dónde nació?
- ✓ Cómo llego a Bogotá? Porque?
- ✓ Que recuerda de su niñez y juventud?
- ✓ Hechos o acontecimientos vividos que impactaron su vida?
- ✓ Que recuerda de sus padres?
- ✓ Donde estudió, hasta que curso estudió? Porqué dejo de estudiar?
- ✓ recibió algún apoyo por parte del gobierno cuando era niño, niña?
- ✓ Acontecimientos políticos o sociales que le hayan impactado durante su vida y que le hayan afectado?
- ✓ Que me puede contar de la familia que constituyo?
- ✓ Perteneció a algún grupo o movimiento cual, porque?. Perteneció a algún sindicato?
- ✓ Trabajo? Dónde?
- ✓ Usted está pensionado?
- ✓ Quien cubre sus gastos?
- ✓ Qué piensa de las personas ancianas que no reciben pensión?
- ✓ Que experiencias de trabajo comunitario tiene?. Que aportaron para su vida?
- ✓ Cómo cree que ayudo a construir país?
- ✓ A lo largo de su vida usted ha vivido algún problema o situación que haya puesto en peligro su vida o su desarrollo personal?
- ✓ Cómo enfrentó esa situación?
- ✓ Ha contado con la ayuda de alguien o de instituciones para enfrentar situaciones difíciles?
- ✓ Qué piensa de la familia en Colombia? Como puede afectar a los adultos mayores?
- ✓ Que entiende por cuidar de la vida y la salud?
- ✓ Cómo ha cuidado de su vida y su salud a lo largo de sus años?
- ✓ Cuales han sido las causas por las cuales su salud se ha vista afectada?
- ✓ Como ha sido su salud a lo lardo de su vida?
- ✓ Considera que el médico puede tomar decisiones sobre su vida?
- ✓ Qué entiende por salud?
- ✓ Qué es la vida para usted?
- ✓ Qué piensa del sistema de salud colombiano?
- ✓ Qué piensa de las políticas públicas, y de las políticas para la vejez?
- ✓ Qué piensa del consumo y de lo que hoy ofrece el mercado para alcanzar una vida más larga y un bienestar? Usted utiliza algún producto?

- ✓ Qué piensa de los desarrollos y los avances tecnológicos en salud?
- ✓ Que EPS tiene, cual es la experiencia en la atención recibida?
- ✓ Que enfermedades le han diagnosticado?
- ✓ Cuantos medicamentos toma?
- ✓ Consume además otros medicamentos no formulados por su médico, o remedios caseros, o productos que se ofrecen para mejorar la salud?
- ✓ Que ha significado vivir para usted?
- ✓ Usted se ocupa de sí mismo?
- ✓ Que es la verdad para usted?
- ✓ Pensó alguna vez en su vida en su vejez, como la pensó?
- ✓ Qué piensa de la vejez?
- ✓ Que cree que la sociedad piensa de la vejez en Colombia, como le afecta
- ✓ A quien corresponde la responsabilidad de cuidar al viejo y porque?
- ✓ Se siente satisfecho con su vida hasta el momento?

## E. Anexo: Proceso de categorización

Núcleos de significado	Unidades	Categorías
<p>“Mi familia, mi papá, mi mamá , un hermano que falleció en el año 60, entonces yo quedé para velar por la familia, 8 hermanos, hermanas sobre todo y tres hombres”</p> <p>“No recuerdo a mi papá, porque yo quedé huérfano por ahí a los 5 años, mi madre lógico sola, con 5 hermanos más , yo fue el menor”</p> <p>“mi madre era separada, porque a mi papá, son cosas íntimas pero se las voy a contar, mi papá era un hombre muy raro, bueno tenía sus ideas tontas y a él no le gustaban las hijas mujeres, entonces cuando yo nací se retiró de hogar, mi hermano fue el mayor, entonces él sí tuvo todas las atenciones de su papá. En el hogar éramos mi mama, mi tío soltero, mi abuela, mi abuelo, mi tía soltera, mi hermano y yo , siempre era una casa para todos. “</p> <p>“Me casé como a los 27 años, y entonces empecé a estar embarazada, tengo tres hijos y uno que se me murió”.</p> <p>“Yo tuve una niñez muy bonita, soy el sexto de once hermanos, mis papas eran pobres pero no nos faltaban con los alimentos, común y corriente, la alegría de nosotros era el día miércoles que nos mandaban a comprar arroz para hacer sopa y arroz los domingos. Mi papá era oficial de construcción , él vivía haciendo remienditos en las casas, trabajo mucho tiempo en el cementerio haciendo bóvedas, túmulos, mi mamá era costurera cambiaba sus costuras por huevos, por ataditos de frijol, así, ella más que todo trabajaba el trueque y así nos mantenía”</p> <p>“Me case a los 18 años recién soltaba el tetero, no había terminado lo del SENA, salimos de la casa vivimos solos por ahí en el Salazar Gómez, , después nos fuimos a vivir donde una tía en el Bochica, nos arrendó una piecita y allá vivimos, después donde otro tío, y por último llegamos nuevamente donde papá y mamá, yo tenía 18 años y ella 17, ella trabajaba, pero entonces empezamos con la hija mayor, entonces toco llevarla al jardín de niños, la salacuna, existían las salacunas, entonces ella llegaba temprano recogía la niña, yo no recuerdo que le hiciera alguna caricia, no recuerdo , hoy en día con los nietos sí.”</p>	<p>Familia de origen</p> <p>Familia conformada</p> <p>Familia reproductora de patrones machistas</p> <p>Familia que rompe con patrones.</p>	<p>La familia y sus legados</p>

---

Núcleos de significado	Unidades	Categorías
“Algún día mi mamá estaba llorando, entonces mi papá me llamó y me dijo: miya vea usted llorando a su mamá, sabe por qué llora , porque tiene que hacer ese oficio que no le gusta, si ella hubiera podido estudiar , hubiera podido ser otra persona, usted va a ser mejor que su mamá para que no tenga que sufrir, eso fue fundamental para mi”		

## F. Anexo: Clasificación de la vejez

<b>EDADES DE LOS ABUELOS O TERCERA EDAD</b>	
Vejez activa: 49 a 63 años	Caracterizada por climaterio masculino, senilidad manifiesta, descalcificación, osteoporosis, catarata, bronquitis y enfisema.
Vejez hábil: 63 a 70 años	Caracterizada por atrofia mandibular y de los sentidos, cansancio y fatiga, ecuanimidad, tranquilidad aparente, experiencia.
Vejez pasiva: 70 a 77 años	Caracterizada por clausosidad vulvar, sequedad de las mucosas, disminución de la estatura, arco córneo senil, insomnio, anemia, depresión, repite anécdotas y da consejos.
<b>EDADES DE LOS BISABUELOS O CUARTA EDAD</b>	
Senectud probable: 77-84 años	Caracterizada por mano temblorosa, pasos cortos, hipertrofia prostática, sedentarismo, cambios de carácter, sensibilidad al frío.
Senectud posible: 84-91 años	Caracterizada por diverticulosis, dificultad para la marcha, anorexia, productividad reducida, minusvalía, demencia senil, fibrosis pulmonar.
Senectud excepcional: 91-105 años	Caracterizada por invalidez relativa, somnolencia, senectud creciente, incontinencia, pérdida progresiva de la conciencia, pluripatología, cronicidad, caquexia, marasmo y babeo.

Tomado de: Marroquín, 1980. En Echeverri L. Familia y Vejez (1994)

## 6. Bibliografía

- Agamben, G. (2011). ¿Qué es un dispositivo? *Sociológica*(73), 249-264.
- Álvarez, F. (2008). El método genealógico; ejemplificación a partir del análisis sociológico de la institución manicomial. En A. Gordo, & A. Serrano, *Estrategias y prácticas cualitativas de investigación social*. Madrid: Pearson Educacion S.A.
- Arias, R. (2013). *Historia de Colombia contemporanea. 1920-2010*. Bogotá: Universidad de los Andes.
- Arrubla, D. (2014). *Vejez y asistencialismo en épocas neoliberales: Colombia 1970-2009*. Bogotá
- Arévalo, D. (Noviembre de 2009). Muchas acciones y una solución distante. Mecanismos gubernamentales de protección social en Bogotá. 1930-1945. *Historia Crítica. Universidad de los Andes* , 166-186.
- Bacarlett, M. L., & Lechuga, A. (2009). Cangulhem y Foucault: de la normatividad a la normalización. *Ludus Vitalis. Revista de filosofía d elas ciencias de la vida, XVII*.
- Banguero, H., & Castellar, C. (1991). La población colombiana: dinámica y estructura. *La transición demográfica en Colombia 1938.2025*. Calí, Colombia: Universidad del Valle. Obtenido de cms.univalle.edu.co.
- Becerra, J. C. (2011). *La protección familiar en Colombia 1946-1977*. Bogoá.
- Bedoya, M. (Septiembre-diciembre de 2013). Trazos metodológicos en las investigaciones de Michel Foucault. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*(40).
- Bejarano, J. (1985). Campesinado, luchas agrarias e historia social en Colombia: notas para un balance historiográfico. En P. González, *Historia Política de los Campesinos Latinoamericanos* (págs. 9-72). España.
- Bertaux, D. (1999). El enfoque biográfico: su validez metodológica, sus potencialidades . *Proposiciones* (29).
- Bolívar, I. J. (mayo de 2007). Reinados de belleza y nacionalización de las sociedades latinoamericanas. *Revista de Ciencias Sociales. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales-Sede Académica de Ecuador*, 71-80.

- Botero, S. (2006). La reforma constitucional de 1936, el Estado y las políticas sociales en Colombia. *Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura*(33), 85-109.
- Breilh, J. (2015). Tras las huellas de la determinación. En C. Morales, & J. C. Eslava, *Epidemiología crítica latinoamericana: raíces, desarrollos recientes y ruptura metodológica*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Carmona, J. (2005). Cambios demográficos y epidemiológicos en Colombia durante el siglo XX. *Biomédica Revista del Instituto Nacional de Salud*, 25(4).
- Castro, S. (2010). *Historia de la gubernamentalidad, Razon de Estado, liberalismo y neoliberalismo en Michel Foucault*. Bogotá: Siglo del Hombre editoriales.
- Castro Gómez, S. (2008). Colombianidad, población y diferencia. En S. Castro Gomez, & E. Restrepo, *Genealogías de la Colombianidad* (págs. 11-41). Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Castro, B. (mayo de 2007). Los inicios de la asistencia social en Colombia. *Revista CS. en Ciencias Sociales Universidad ICESI*(1), 157-188.
- Castro, E. (2006). *El vocabulario de Miche Foucault. Un recorrido alfabético por sus temas, conceptos y autores*. . Editorial Prometeo
- Collière, M.-F. (1982). *Promover la vida* . Mexico: Mc Graw Hill.
- Consejo Nacional de Política Económica y Social. (2012). Documento Conpes Social 156. Bogotá.
- Cornejo, M., Mendoza, F., & Rojas, R. (2008). La investigación con relatos de vida: pistas y opciones del diseño metodológico. *Psykhé*, 17(1), 29-39.
- Deleuze, G. (1990). ¿Qué es un dispositivo? En *Michel Foucault filósofo*. Gedisa.
- Deleuze, G. (1991.). *Postdata sobre las sociedades de control*.
- Deleuze, G. (1987). *Foucault*. España: Ediciones Paidós
- Departamento Nacional de Planeación. (2015). Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018. Todos por un nuevo país. Bogotá.
- Dulcey-Ruiz, E. (2015). *Envejecimiento y vejez. Categorías y conceptos*. Bogotá: Fundación Cepsiger para el desarrollo Humano.
- Echeverri, L. (1994). *Familia y Vejez*. Bogotá: Tercer Mundo Editores.
- Esposito, R. (2009). *Comunidad, inmunidad y biopolítica*. España: Herder .

- 
- Fedesarrollo & Fundación Saldarriaga Concha. (2015). *Misión Colombia envejece. cifras, retos y recomendaciones*. Bogotá: Fundación Saldarriaga Concha.
- Foucault, M. (2011). *La hermenéutica del sujeto*. Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (Julio-septiembre de 1988). El sujeto y el poder. *Revista Mexicana de Sociología*, 50(3), 3-20.
- Foucault, M. (2012). *El poder, una estia magnífica*. Argentina: Grupo Editorial Siglo Veintiuno.
- Foucault, M. (2000). *Defender la sociedad*. Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2006). *Seguridad, Territorio y Población*. Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2010). *Nacimiento de la biopolítica*. Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (1974). Historia de la medicalización. *Curso de medicina social*. Ro de Janeiro.
- Foucault, M. (2009). *El gobierno de sí y de los otros*. Argentina: Fondo de cultura económica.
- Foucault, M. (1999). *Estética, ética y hermenéutica* (Vol. III). España: Paidós.
- Foucault, M. (2011). *La hermeneutica del sujeto*. Argentina: Fondo de Cultura Económica de Argentina.
- Foucault, M. (1998). *Historia de la sexualidad I. La voluntad del saber*. Madrid: Siglo Veintiuno de España editores.
- Foucault, M. (2012). *Historia de la sexualidad 2: el uso de los placeres*. Madrid: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1985). "Saber Verdad", Michel Foucault. . Madrid : Ediciones de la Piqueta.
- Fundación Saldarriaga Concha y Fedesarrollo. (2015). *Misión Colombia Envejece. Cifras, retos y recomendaciones* . Bogotá, D.C: Fundación Saldarriaga Concha.
- García, F. (2011). ¿Qué es un dispositivo? Foucault, Deleuze, Agamben. *A parte Rei. Revista de Filosofía*(74).
- Germain, M. (2007). Elementos para una genealogía de la medicalización. *Revista Cátedra Paralela*(4).

- Giddens, A. (1991). *Modernidad e identidad del yo. El yo y la sociedad en la época contemporánea*. Barcelona: Península.
- Gomez, C., Munar, C., Parrado, Y., Urbano, G., Rodriguez, M., Vargas, E., & Velandia, A. L. (2011). *Tres escuelas una historia. Formación de enfermeras en la Universidad Nacional de Colombia 1920-1957*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Gomez, A. (enero-junio de 2014). Marco conceptual y legal sobre la gestión de riesgo en Colombia. Aportes para su implementación. *Revista Monitor Estratégico*(5)
- Hernandez, A. H. (2015). Política sanitaria y cuidado de la salud en los hogares en Colombia: acumulación e inequidad de género.
- Hernández, M., & Obregón, D. (2002). *La OPS y el Estado colombiano. Cien años de historia. 1902-2002*. Bogotá: Organización Panamericana de la Salud.
- Hernández, M. (2015). *La salud fragmentada en Colombia 1910-1946*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Hernández, M. (2000). La fractura originaria en la organización de los servicios de salud en Colombia 1910-1946. *Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura*(27).
- Hernández, M. (2005). El debate sobre la Ley 100 de 1993: antes, durante y después. En S. Franco, *La salud pública hoy. Enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública*. Bogotá: Universidad Nacional.
- Holzmann, R., & Jorgensen, S. (Febrero de 2000). Manejo Social del Riesgo: un nuevo marco conceptual para la Protección Social y más allá. (0006).
- Leal, F. (1996). *Biblioteca virtual Luis Angel Arango*. Recuperado el 20 de 06 de 2016, de [www.banrepcultural.org](http://www.banrepcultural.org).
- Lera, C., Genolet, A., Rocha, V., Schoenfield, Z., Guerriera, L., & Bolcatto, S. (2007). Trayectorias: un concepto que posibilita pensar y trazar otros caminos en las intervenciones profesionales del trabajo social. *Revista Cátedra Paralela*(4).
- León, P. (julio-diciembre de 2002). La industrialización colombiana: una visión heterodoxa. *INNOVAR, revista de ciencias administrativas y sociales*(20), 83-100
- López, L. M. (2015). *La ciencia de familia y las nuevas concepciones en la academia*. Manizales, Caldas: Universidad de Caldas. Facultad de ciencias jurídicas y sociales.
- Marriner, A., & Raile, M. (2000). *Modelos y teorías de enfermería*. España: Harcourt.

- 
- Martínez, M. (2006). La investigación cualitativa (síntesis conceptual). *Revista de Investigación en Psicología*, 9(1), 123-146.
- Meihsy, J. C. (1996). *Manual de História Oral*. Brasil: ediciones Loyola.
- Ministerio de Salud & Colciencias. (2016). *SABE Colombia 2015: Estudio Nacional de salud, bienestar y envejecimiento*. Ministerio de Salud, Bogotá.
- Ministerio de la Protección Social. (2007). Política Nacional de Envejecimiento y vejez. 2007-2019.
- Ministerio de la Protección Social. (2007). Política Nacional de Envejecimiento y vejez. 2007-2019. Bogotá.
- Ministerio de la Protección Social. (2007). Decreto 3039 de 2007.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Política de Atención Integral en Salud*. Bogotá.
- Ministerio de salud. (2014). Política colombiana de envejecimiento humano y vejez 2014-2024. Bogotá.
- Ministerio de Salud. (1963). Decreto 3224 de 1963. Bogotá: Red Juristas.
- Mitjavila, M. (1999). El riesgo y las dimensiones institucionales de la modernidad. *Revista de Ciencias Sociales*, 27-35.
- Mitjavila, M. (2002). O risco como recurso para a arbitragem social. *Tempo social*.
- Muñoz Franco, N. (septiembre-diciembre de 2009). Reflexiones sobre el cuidado de sí como categoría de análisis en salud. *Salud Colectiva*, 5(3).
- Obrero, A. M. (Julio-diciembre de 2011). El gran método de Foucault: una arqueología-genealógica y una genealogía-arqueológica. *Revista PAPELES*, 3(6), 77-85.
- Oliva, E. (Enero-Junio de 2014). Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. *Justicia Juris*, 11-20.
- Ordoñez, A., Ochoa, G. E., & Paez, H. (1987). *Situación de la Vejez en Colombia*. Bogotá: Fundación para la Educación Superior.
- Ortiz, I. (Junio de 2007). Política Social. Nueva York: Naciones Unidas .
- Puyana, Y., & Barreto, J. (1994). La historia de vida: recurso en la investigación cualitativa. Reflexiones metodológicas. *Manguare*, 185-196.
- Pécaut, D. (2006). *Crónica de cuatro décadas de política colombiana*. Bogotá: Grupo Editorial Norma.

- Quevedo, E., Borda, C., Eslava, J. C., Garcia, C. M., Guzman, M. d., Mejia, P., & Noguera, C. E. (2004). *Café y Gusanos, Mosquitos y Petróleo. El tránsito desde la higiene hacia la medicina tropical y la salud pública en Colombia 1873-1953*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Quintana, A. (2006). Metodología de Investigación Científica Cualitativa. En A. Quintana, & W. Montgomery, *Psicología: tópicos de actualidad* (págs. 47-84). Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Psicología. Obtenido de [www.ubiobio.cl/miweb/webfile/media/267/3634305-Metodología-de-investigación-Cualitativa-A-Quintana.pdf](http://www.ubiobio.cl/miweb/webfile/media/267/3634305-Metodología-de-investigación-Cualitativa-A-Quintana.pdf).
- Ramírez, M. H. (2003). Las mujeres y la acción social en Colombia, contextos de contradicciones. *Fundación Dialnet*(53), 151-168.
- Rose, N. (2012). *Políticas de la vida. Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. Argentina: Unipe editorial universitaria.
- Rose, N. (2012). *Políticas de la vida. Biomedicina, poder y subjetividad*. Argentina: UNIPE Editorial Universitaria.
- Sanz, A. (2005). El método biográfico en investigación social: potencialidades y limitaciones de las fuentes orales y los documentos personales. *asclepio*, 57(1), 99-115.
- Servicio Nacional de Aprendizaje SENA. (2008). *Caracterización de la gerontología en Colombia. Una mirada desde las competencias laborales*. Bogotá: Servicio Nacional de Aprendizaje SENA.
- Tassin, E. (2012). De la subjetivación política, Althusser/Ranciere/Foucault/Arendt/Deleuze. *Revista de Estudios Sociales Universidad de los Andes*.
- Uribe, G. (2006). Entre la beneficencia y la asistencia pública. *Trabajo Social, Revista del Departamento de Trabajo Social. Universidad Nacional de Colombia*, 37-44.
- Vega, W. (2010). Transformaciones en la protección social en Colombia. 1946-1993. Bogotá.
- Vidal, F. (2003). La genealogía como Método y el uso Genealógico de la Historia. *A Parte Rei. Revista de Filosofía*(29), 8.
- Vignale, S. (julio-diciembre de 2013). Políticas de la vida y estética de la existencia en Michel Foucault. *Praxis Filosófica Nueva serie*(37), 169-192.
- Vélez, M. (2010). Teoría Crítica en la sociedad Postmoderna. *II Seminario de Teoría Crítica en la Universidad de Antioquia*. Medellín.

Yepes, F. J. (1990). *La salud en Colombia. análisis socio histórico*. Bogotá: Presencia Ltda.