

Vejez y articulación de soportes para la salud*

Old age and coordination of health support

Camila Fernanda Andrade Orrego

Recibido: 3 de abril de 2018

Aceptado: 30 de enero de 2019

Resumen: Este artículo presenta los resultados de una investigación cualitativa en torno al trabajo de los individuos y la articulación de soportes en la vejez, en el marco de la sociología del individuo. Las entrevistas a mujeres mayores autovalentes de sectores populares de Santiago de Chile mostraron que la salud constituye una de las dimensiones de mayor desafío para ellas, que demanda un trabajo permanente de sí mismas y una constante articulación de soportes. Los principales soportes identificados fueron los relationales, las instituciones públicas y el uso de medicamentos, con una constante atención y vigilancia de sí mismas.

Palabras clave: vejez, individuo, soportes.

Abstract: This article presents the results of qualitative research on the work of individuals and the coordination of support in old age, within the framework of the sociology of the individual. Interviews with autonomous older women from low-income sectors of Santiago de Chile showed that health is one of the dimensions posing the greatest challenge for them, which demands permanent efforts on their part and the constant coordination of support. The main forms of support identified are relational, public institutions and the use of medication, coupled with constant care and monitoring of themselves.

Keywords: old age, individual, support.

* El contenido de este artículo incluye algunos de los resultados expuestos en la ponencia “Salud y bienestar en la vejez. Respuestas individuales y articulación de soportes: el caso de las mujeres autovalentes mayores de 65 años de sectores populares de Santiago de Chile”, presentada en el xxxi Congreso ALAS de Uruguay en 2017 y financiada por el programa de Magíster en Ciencias Sociales con mención en Estudios de la Sociedad Civil del Instituto de Estudios Avanzados (IDEA) de la Universidad de Santiago de Chile (usach), en el marco del fondo de “Becas de apoyo de asistencia a eventos nacionales e internacionales”.

Los resultados de este artículo forman parte de un trabajo de investigación en torno a los procesos de individuación de mujeres en la vejez desde la línea de la sociología del individuo y la perspectiva teórica de la individuación.¹ El interés por la temática se funda, por un lado, en las transformaciones demográficas que han elevado el número de personas mayores en Chile y los países de la región (Guzmán, 2002), y que han situado la temática del envejecimiento en las agendas de los organismos internacionales y los programas de Estados, con el fin de diseñar e implantar distintas estrategias de acción en las esferas política, económica y sociocultural para enfrentar el envejecimiento de la población (Naciones Unidas, 2003, 1991; Cepal, 2007). Asimismo, y pese a la generalidad del fenómeno del envejecimiento en la región, porque los procesos de envejecimiento implican un conjunto de condiciones particulares relacionadas con el predominio de la población femenina (Celade, 2009), asociadas con una vejez más larga y las mayores probabilidades de enviudar, vivir solas y autosustentarse económicamente (Huenchuan, 2010; Palomba, 2003; Arenas de Mesa y Gana, 2001), fenómeno denominado *feminización de la vejez* (Osorio, 2006).

En esta línea, los cambios demográficos han promovido desde el año 2000 en Chile un conjunto de transformaciones estructurales (tanto económicas como políticas y sanitarias) con miras a enfrentar el envejecimiento de la población. Las deficiencias del sistema privado de capitalización individual promovieron en 2008 el fortalecimiento de un Pilar Solidario a través de la Reforma Previsional, que marca el primer cambio integral del sistema de pensiones desde su inicio en 1980, modificando sus tres pilares básicos: solidario, contributivo obligatorio y voluntario (Superintendencia de Pensiones, 2011). Con su Pilar Solidario, el Estado ha logrado subsanar aquellos sectores excluidos del sistema de seguridad social, como el caso de quienes no desempeñaron actividad remunerada regular y formal durante sus trayectorias o quienes lo hicieron de manera interrumpida y con un reducido saldo de acumulación. Por otra parte, con la planificación de la

1 La investigación se tituló “El trabajo de los individuos y la articulación de soportes en la vejez: el caso de las mujeres autovalentes beneficiarias del Pilar Solidario de sectores populares de la Región Metropolitana”. Fue desarrollada en el marco del trabajo de tesis para optar al grado de Magíster en Ciencias Sociales con Mención en Estudios de la Sociedad Civil del Instituto de Estudios Avanzados (IDEA) de la Universidad de Santiago de Chile (USACH).

reforma de la salud con miras a un aumento de la equidad con un enfoque de derechos en el año 2000, se incorporan la Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión y el Régimen General de Garantías en Salud, que tuvieron entre sus objetivos enfrentar los desafíos relacionados con el envejecimiento de la población (Ministerio de Salud, 2011). En esta línea, se promulga el Plan Auge en 2004, una de las principales reformas de la salud y políticas de protección social en Chile, que garantiza el acceso de promoción, protección y recuperación de la salud a las personas afiliadas al Fondo Nacional de Salud (Fonasa) y a las Instituciones de Salud Previsional (Isapres), integrando un repertorio focalizado en enfermedades y padecimientos de la población mayor (neumonía, salud oral y auditiva, entre otras) (Auge/Fonasa, 2016). Finalmente, la Política Integral de Envejecimiento Positivo (2012-2025) propuso el objetivo de proteger la salud funcional de las personas mayores para mejorar su integración e incrementar su bienestar subjetivo, definiendo un modelo de cuidado integral, la promoción de factores protectores de salud y el aumento de profesionales y técnicos con conocimiento específico sobre personas mayores (Senama, 2013).

Por otro lado, y desde la esfera teórica, interesarse por el trabajo de los individuos en la vejez responde a la necesidad de proponer nuevas lecturas al campo de estudio del envejecimiento, específicamente a partir del análisis de la heterogeneidad que estos procesos comportan a nivel de las experiencias individuales, dada las diferencias de género, edad y grupo socioeconómico, y a la vez por el conjunto de condiciones propiamente existenciales que lo definen, intentando incorporar, entonces, una lectura situada del fenómeno en el marco de las transformaciones y las condiciones estructurales en el contexto del Chile actual.

Con base en los antecedentes del envejecimiento en Chile y la región y el predominio de la población femenina, la investigación propuso comprender el fenómeno de la vejez desde la individuación, perspectiva analítica que permite comprenderlo de manera situada, al mismo tiempo relevando el trabajo que los propios individuos desempeñan en la vida social. Entendida como los procesos de fabricación estructural de los individuos, la individuación es sensible al contexto histórico y los marcos estructurales específicos de una sociedad, prestando atención a la relación efectiva del individuo con la sociedad y visibilizando tanto el nivel estructural como las propias experiencias de los individuos (Martuccelli, 2010, 2007).

Al respecto, el estudio de los procesos de individuación contempla dos consideraciones centrales: por un lado, que los rasgos estructurales de una sociedad producen exigencias y requerimientos para el conjunto de sus individuos, en tanto históricos y socialmente producidos, que encuentran formas disímiles en cada uno de los ámbitos de la vida social (laboral, familiar, espacio urbano, entre otros); asimismo, efectos diferenciados a nivel individual según las categorías de edad, género y nivel socioeconómico (Martuccelli, 2007: 129-130). Por otro, que el trabajo desempeñado por los propios individuos para responder a los desafíos de la vida social deriva de su contingente y permanente articulación y movilización de elementos y mecanismos que le sirven de soporte (Araujo y Martuccelli, 2010).

A partir de aquí, entonces, este estudio manifiesta el interés por indagar en los procesos de individuación en la vejez desde el individuo, es decir, desde las especificidades de los trabajos de articulación de soportes desempeñados por las mujeres en la vejez, ya que, aun cuando el cambio demográfico constituye un fenómeno generalizado y desenvuelto en un marco sociohistórico y estructural común, evidencia una clara y sostenida primacía de la población de mujeres. Cabe señalar, además, que la utilidad de esta perspectiva resulta del interés por indagar en la experiencia del *envejecimiento individual*, no *poblacional*,² entendido como el conjunto de los cambios biológicos a partir de la correspondiente evolución cronológica experimentada por los individuos, entrecruzado ciertamente con fenómenos psíquicos y sociales; por tanto, proceso heterogéneo si se consideran los diferenciales a partir de las categorías de sexo, ingreso y educación (Magno de Carvalho y Drumond, 2000).

Desde aquí, esta investigación incorpora un conjunto de cuestiones, a saber: *¿Cómo enfrentan las mujeres la vida social durante la vejez?* *¿Cuáles son las dimensiones de mayor desafío en la vejez?* *¿En qué soportes se bastan para enfrentarla?* El objetivo de esta investigación, entonces, es contribuir a la comprensión de los procesos de individuación de las mujeres en la vejez, a partir del análisis de la articulación de soportes de un grupo de

² El *envejecimiento de la población* se relaciona con el aumento del número de personas de mayor edad, fenómeno demográfico y resultado de la disminución de la fecundidad y mortalidad; por tanto, en directa correspondencia con transformaciones en las estructuras sociales, económicas y políticas en las que el proceso se enmarca (Huenchuan y Rodríguez-Piñero, 2010).

mujeres autovalentes de los sectores populares de la Región Metropolitana en Chile. Para ello, se moviliza la noción de los soportes propuesta por Danilo Martuccelli, definidos como el conjunto de elementos que permiten a los individuos sostenerse en la vida social —institucionales, económicos, relaciones, imaginarios—, y que resultan indisociables del trabajo desempeñado por los individuos para responder a sus desafíos (Araujo y Martuccelli, 2010), elementos estrictamente anclados en las condiciones estructurales que los enmarcan y las trayectorias individuales desde donde se articulan. El análisis de los soportes reconoce la capacidad social y existencial efectiva de los individuos de sostenerse en el mundo; es decir, rastrea la manera en que éstos se dotan de un entorno por medio de la combinación de objetivos, relaciones y actividades (Martuccelli, 2007), desde donde dibujan sus posibilidades y restricciones, y donde trazan las estrategias para habitar la vida social (Araujo, 2009: 30).

METODOLOGÍA

Considerando los objetivos de investigación, se utilizó un enfoque metodológico cualitativo, con el fin de dar cuenta del fenómeno de estudio por medio del discurso de los propios individuos y buscando alcanzar el máximo de profundidad. La técnica de recopilación de información escogida fue la entrevista semidirectiva individual en la forma de conversación (Bogdan y Taylor, 1987), con grados de estructuración menor, no rígidos, definidos por los objetivos planteados (Suárez, 2001). Cabe señalar que las entrevistas no persiguieron la narración cronológica de acontecimientos y tampoco relatos de tipo autobiográfico, en tanto que dichas modalidades empujarían a dar cierto orden y coherencia a los relatos (Araujo y Martuccelli, 2012: 22; Martuccelli y Singly, 2012: 98-99). De esta manera, el instrumento diseñado mantuvo el objetivo de indagar las experiencias actuales de las mujeres, planteando preguntas dirigidas a ciertas dimensiones y tránsitos cotidianos, como el sustento material, el padecimiento de enfermedades, su participación en relaciones sociales y el conjunto de actividades realizadas en el día a día. En paralelo, también se incorporaron preguntas que buscaban retratar los acontecimientos más excepcionales, como situaciones de peligro, emergencia médica, muerte de seres queridos o problemas por los que se hayan sentido especialmente afectadas. En todos los casos, el interés

estuvo puesto en la manera en que las mujeres los enfrentaron, especialmente en el trabajo de movilización y articulación de soportes en ello. La muestra estuvo compuesta por 14 mujeres de 65 años y mayores, en condición de autovalencia, residentes de la ciudad de Santiago de Chile, Región Metropolitana, provenientes de sectores populares y beneficiarias del Pilar Solidario del Estado (ver Anexo metodológico).

LA SALUD DE LAS MUJERES EN LA VEJEZ: DESAFÍO Y SOPORTE

Este estudio propuso comprender los procesos de individuación en la vejez desde un análisis de las experiencias sociales, entendiendo que son los tránsitos por las distintas dimensiones de la vida social y las maneras de enfrentarlas las que permiten su comprensión. A partir de los objetivos de la investigación, los resultados obtenidos dan cuenta de tres dimensiones de la vida social que resultan especialmente relevantes en los tránsitos de las mujeres mayores, que convocan gran parte de su trabajo como individuos y que requieren de una constante articulación de soportes, a saber: la *dimensión material-económica*, la *dimensión de la salud* y la *dimensión relacional*. En los relatos, estas dimensiones muestran constantes demandas para los individuos, en tanto que albergan una importante búsqueda y movilización de recursos. Por supuesto, aun cuando el conjunto de tránsitos por la vida social implica una ineludible labor individual, a la vez que un entramado de elementos articulados como soporte, los resultados de esta investigación señalan que las distintas dimensiones de tránsito presentan experiencias particulares y, sobre todo, implican rendimientos diferenciales, en términos de atención, esfuerzo y constancia. De esta manera, para dar cuenta del trabajo de los individuos y la articulación de soportes, primero fue preciso distinguir aquellas dimensiones que requerían dichos trabajos de articulación; sólo desde ahí fue posible distinguir los principales elementos de soporte.

Para fines de este artículo, se muestran a continuación los principales aspectos de la *dimensión de la salud*, expuesta como una significativa dimensión de tránsito por el conjunto de requerimientos individuales que representa, en términos de atención, cuidado y recursos temporales (medicamentos, terapias), institucionales y de servicios, al mismo tiempo, por manifestar una experiencia disímil en dos sentidos: por un lado, porque

la salud es significada como el más importante de los soportes sociales y existenciales de las mujeres mayores de sectores populares, y porque representa el desafío constante de cuidado, protección y reserva. A partir de estos aspectos, la dimensión de la salud se manifiesta como una importante arista del envejecimiento de las mujeres de sectores populares; asimismo, y sobre todo, porque mantiene correlación con el conjunto de transformaciones estructurales acaecidas en los últimos 10 años en Chile en la esfera sanitaria y de seguridad social, específicamente anclada a las estrategias diseñadas con miras a enfrentar el envejecimiento de la población bajo la lógica de derechos, equidad y seguridad.

LA SALUD COMO RECURSO DE SOSTÉN

Para dar cuenta de la centralidad de la dimensión de la salud y el trabajo individual que convoca, resulta pertinente esclarecer sus rendimientos y las valoraciones atribuidas por las propias mujeres mayores. En este sentido, el valor de la salud se comprende en las posibilidades que concede en términos habilitantes y cotidianos, es decir, a partir de la capacidad de rendimiento en las actividades más comunes y ordinarias: levantarse, preparar una comida, transitar por la calle. Entendida como la capacidad de desempeñar pequeños y sencillos rendimientos diarios, la salud como dimensión constituye al mismo tiempo un importante soporte para las mujeres mayores, desde donde se entienden los estrictos cuidados que desempeñan respecto al cuerpo y sus capacidades, y la constante movilización de recursos que permitan resolver los aspectos prácticos de la vida cuando su rendimiento declina o se pierde.³

De esta manera, las actividades cotidianas que las mujeres desempeñan constituyen un significativo espacio para comprender la importancia de la salud: realizar actividades domésticas o de cuidado personal, o salir mensualmente a recibir la pensión, constituyen reducidos tránsitos que en ocasiones pueden representar verdaderas complejidades. Por cierto, cabe recordar que el conjunto de entrevistadas mantiene una condición de

³ La temática de las pérdidas en la vejez ha recibido importante interés desde la psicología y los aportes de Lazarus y Folkman (1984), específicamente desde el enfoque del estrés y sus estrategias de afrontamiento (Thumala, 2011; Stefani y Feldberg, 2006; Mayordomo *et al.*, 2005).

autovalencia,⁴ por lo que pueden resolver gran parte de su vida cotidiana y práctica de manera individual, aun cuando la presencia y movilidad de soportes en casos de emergencia resulta importante y efectiva.

El avance de la edad suscita habituales cuidados a la salud, en tanto que la experiencia del envejecimiento es relatada constantemente de la mano con la percepción y la sensación de cambios físicos y cognitivos y el padecimiento de enfermedades.⁵ Las posibilidades prácticas que otorga una buena salud resultan los principales motivos para la dedicación de esfuerzos y cuidados que encuentran anclaje en la salud física y la cognitiva, concebidas como dos de los pocos soportes con que realmente cuentan las mujeres y eje principal para la mantención de la independencia. Imaginar que estos recursos declinan hasta perderse, por una enfermedad o por el avance de la edad, ennegrece significativamente el panorama existencial de las mujeres mayores, quienes reconocen *estar bien mientras haya salud*. El relato de Gema lo expresa:

[...] lo mejor es tener salud, poder tener el cerebro bueno, poder pensar bien, no depender de los demás y no darles molestias a los demás, especialmente a los hijos [...] tienen sus casas, tienen su trabajo, sus hijos, tienen sus señoritas, tienen tantas cosas en que pensar, y si uno está molestando, yo siento que molesta, yo trato de no hacerlo, pero eso también me hace conservarme mejor, ponerle más énfasis al asunto, no quedarme ahí, no querer ir al hospital, por ejemplo, no, tengo que ir si es necesario para mí, entonces uno hace esfuerzo y qué bueno, porque eso va a mejorar mi calidad de vida y mejora a los demás (Gema, 73, vive sola).

Los resultados del estudio, entonces, establecen que la dimensión de la salud alberga un importante soporte, dado por la salud física y cognitiva, recurso visible y evaluado en los más cotidianos rendimientos. A partir de

4 Al 2015, 85.5% de personas de 60 años y más en Chile se declara en situación de no dependencia funcional, es decir, que pueden desarrollar actividades básicas —comer, bañarse, acostarse— o instrumentales de la vida —salir a la calle, visitar al médico (Ministerio de Desarrollo Social, 2015a).

5 Un importante campo de estudio ha dirigido la atención a estos cambios como fuentes de transformación de la identidad en la vejez (Arroyo y Salas, 2013; Iacub, 2007), de representaciones negativas (Kogan, 2011) y como indicadores de los umbrales de la vejez y el envejecimiento (Ham, 2000; Katz, 1996; Estes y Binney, 1989).

su centralidad, se comprende el trabajo de los individuos en ella, dirigido a la mantención de su condición actual, soporte permisivo y altamente habilitante en sus tránsitos por la vida social.

LA ARTICULACIÓN DE SOPORTES: RELACIONES, INSTITUCIONES PÚBLICAS Y MEDICAMENTOS

La practicidad y el recurso relacional: familiares y vecinos/as

Las actividades cotidianas que desempeñan los individuos constituyen un significativo espacio para comprender la importancia de la salud y, sobre todo, los recursos movilizados cuando declina o se pierde. En este sentido, pese a la independencia práctica del conjunto de relatos, las situaciones excepcionales se resuelven constantemente de la mano de otro/a. En el caso de las mujeres que viven acompañadas, este recurso suele ser familiares o vecinos/as, mientras que entre quienes viven solas son indiscutiblemente los vecinos/as los/as más presentes. De esta manera, los relatos dan cuenta de una importante demanda y movilización de recursos de ayuda, apoyo y/o compañía, de carácter relacional, principalmente por sentir que ciertas capacidades individuales resultan insuficientes.

Como estudios anteriores en Chile han retratado, las redes de cooperación de mujeres mayores de sectores populares resultan pequeños entramados de baja densidad y alta garantía (Domínguez, 1987), con una eficiencia inmediata un tanto ambivalente por el reducido número de miembros. El caso de Florencia lo manifiesta: vive acompañada por dos hijos y un nieto, todos trabajan, por lo que sus dificultades prácticas las resuelve a solas o recurriendo a sus vecinos/as o alguno de sus hijos:

A veces estoy sola y tengo que batallar hasta que salga, porque al lado trabajan, al frente trabajan, entonces, ¿a quién le pido ayuda? Mi hijo vive como a cuatro cuadras, a veces tengo un problema, lo llamo y él viene [...]. Uno tiene que sacar fuerza, ¿a quién puede acudir uno? Cuando estoy sola tengo que tratar de arreglármelas yo; soy la menor de las hermanas que tengo, así que tampoco les podría pedir ayuda si son mayores que yo, así que si no están las vecinas aquí, tengo que arreglármelas yo con la gente que conozco no más (Florencia, 77 años, vive acompañada).

Padecimiento de enfermedades: instituciones públicas y medicamentos

Con independencia de la particularidad de los padecimientos, en tanto que algunas mujeres declaran padecer enfermedades crónicas como hipertensión y diabetes, mientras que otras refieren enfermedades y/o malestares ocasionales como gripe, migraña y dolor de huesos, resulta indiscutible que las enfermedades representan una exigente dimensión en los relatos, en términos de frecuencia de atenciones médicas y cuidados individuales. En términos generales, la totalidad de los relatos señalan una frecuencia semanal o quincenal de asistencia a las instituciones de salud pública, toma diaria de medicamentos y demanda regular de tratamientos médicos, intervenciones y servicios de cuidados intensivos.⁶ Pese a la disimilitud de los relatos, dos cuestiones resultan comunes. Primera: que las instituciones de salud pública son el principal recurso movilizado por las mujeres mayores y el uso de medicamentos sus elementos de base; segunda: que las enfermedades (crónicas y ocasionales) convocan un disciplinado y constante trabajo de cuidado por parte de las mujeres.

Las instituciones de salud pública resultan el principal recurso movilizado en el cuidado de enfermedades, de carácter permanente y altamente efectivo. En términos generales, este recurso manifiesta una significativa cifra en términos de cobertura en la población mayor en Chile,⁷ y a la vez, una significativa presencia en la vida cotidiana de las mujeres, dada la frecuencia de visitas semanales y los cuidados que desde ahí se derivan, aglutinando buena parte de las salidas e interacciones sociales diarias en espacios exteriores al hogar. La eficacia del soporte institucional es indiscutible,⁸ pese a que la evaluación de las instituciones de salud no se limita sólo

⁶ Entre 2011 y 2015 la tasa de atención médica en los últimos tres meses de cada año fue mayor en el rango de 60 años y más, con un valor promedio de alrededor de 93%, superado por el grupo de 0-19 con 95% (Ministerio de Desarrollo Social, 2015a). Por otra parte, los datos señalan que en 2016 las enfermedades más prevalentes en la población de 60 años y más eran la hipertensión (63.3%), el colesterol (36.8%) y la artritis (31.7%) (Chile y sus Mayores, 2017).

⁷ Un 85.2% de las personas de 60 años y más se mantiene afiliado al sistema público de salud, mientras que sólo 8.1% está afiliado al sistema privado de Isapres (Ministerio de Desarrollo Social, 2015a).

⁸ En ocasiones la alta cobertura y la eficacia de las prestaciones fueron recibidas con sorpresa, especialmente por el buen desempeño y gratuidad: “‘Me puede conseguir hora?’ ‘Aquí hay una’. Y era para el otro día. Encuentro que todo eso es más que rápido, yo no sé si yo tengo mucha suerte y me funcionan las horas, llego, las pido así como cualquier mortal, no hago nada, no tengo pituto ni tengo nada” (Gema, 70 años, vive sola); “Me quedé sorprendida cuando la otra vez me resfrié de golpe, entonces

a sus prestaciones, sino que buena parte de ella remite a las experiencias que aglutinan, muy disonantes entre sí.

Al respecto, las críticas al sistema público de salud resultan un hecho extendido en Chile, debido a las deficiencias de recursos y las brechas de desigualdad permanentes (Blackburn, Espinosa y Tokman, 2004; Larrañaga, 1997), y en el último periodo ha sido identificado por los individuos como uno de los principales espacios productores de maltratos y discriminaciones, especialmente percibidos por la población de mujeres y grupos de menores recursos (PNUD, 2017). A pesar de lo anterior, los resultados de este estudio retratan un conjunto de evaluaciones y experiencias que distan de dichas identificaciones, brindando un importante elemento de contraste dado por el corte etario, género y grupo socioeconómico de las entrevistadas:

Yo voy al consultorio, me atienden, el martes me toca el chequeo anual, me lo hago completo, me regalan los remedios, yo siempre he sido agradecida de la salud pública, porque me han atendido mejor que en un hotel. ¿Cómo no me va a gustar, yo me he operado en el Feliz Bulnes, sin hacer nada en una cama, regia...? Muy agradecida de la salud pública, hacer cola me da lo mismo, hago la cola, si hay que ir temprano, voy temprano, ¿cuál es el problema? (Sofía, 70 años, vive sola).

A partir de la presencia del soporte institucional, los medicamentos constituyen en segundo lugar un importante soporte para enfrentar las enfermedades y mantener la condición de salud. Los resultados señalan que casi la totalidad de los relatos declara un uso diario de entre tres y cinco medicamentos, los que son otorgados por las instituciones de salud pública de manera regular y retirados por los propios usuarios mensualmente. De aquí deriva que los medicamentos constituyen un importante soporte en el cuidado de salud de las mujeres de sectores populares, considerando además las cifras que otros estudios han expresado dadas las diferencias en el uso según nivel educacional: 13.3% en los grupos de mayor nivel educacional

pedí hora, claro, hay que pedirla a las seis de la mañana, llamé a un teléfono y te contesta una grabadora, siquieres en la mañana o en la tarde y las horas disponibles, entonces tú lo tomas por teléfono y después te avisan al celular que tienes agenciada esa hora, es como si estuvieras en la mejor clínica, la atención del consultorio me gusta" (Marisol, 71 años, vive sola).

declara el uso de medicamentos, mientras que 19.3% de los grupos con menor nivel (Chile y sus Mayores, 2017) también señala la importante diferencia en el uso de medicinas complementarias alternativas respecto a los otros grupos de edad.⁹

EL TRABAJO DE LOS INDIVIDUOS: EL CUIDADO DE SÍ Y LOS RESGUARDOS EXISTENCIALES

La centralidad del soporte de la salud exige a las mujeres constante atención y vigilancia de ellas mismas para anteponerse a cualquier padecimiento o enfermedad, un disciplinado trabajo de cuidado. La importancia de la salud se revela entonces de la mano de una vigilancia de sí que procura actuar de manera anticipada ante cualquier mayor dificultad: “Lo difícil es tener que soportar enfermedades, ese es el problema, yo tal vez no tengo problema, porque yo cada vez que me duele cualquier cosita parto al médico, prefiero ir al tiro, al tiro ante mi duda” (Sofía, 70 años, vive sola).

Con todo, la disciplina del cuidado y la especial atención de ellas mismas se articulan con la búsqueda y movilidad de los soportes anteriormente mencionados: las prestaciones de las instituciones de salud públicas y el uso regular de medicamentos. En paralelo, confluye un entramado de labores diseñadas individualmente para enfrentar la disminución de las capacidades físicas y/o cognitivas, desempeños más bien silenciosos pero altamente regulares y extendidos en los tránsitos cotidianos: abstenerse de discusiones y malas relaciones sociales, restringir el tránsito por la ciudad, mantenerse la mayor parte del tiempo en el interior del espacio doméstico, son algunas de las formas en las que las mujeres cuidan de sí mismas, en paralelo al cuidado médico y al uso de medicamentos. El relato de Rosalba lo retrata, cuando comenta las dificultades que le representa el transporte público:

[...] no ando nunca en micro, nunca ocupo la tarjeta Bip, jamás [...]. Encuentro que para ocupar la tarjeta Bip tengo que saber manejarme con la tarjeta, no sé, no tengo idea de dónde se pone, lo otro es que tendría que andar con los lentes

9 El grupo de 65 años y mayor constituye el menor porcentaje de uso de estas medicinas en Chile, con 48% de quienes declaran haberlas usado por lo menos una vez, en contraposición a los otros grupos, que promedian 55% (Subsecretaría de Salud Pública, 2012).

y nunca ando con los lentes de lejos, camino, Metro, radiotaxi o colectivo, pero la micro jamás, no tengo idea de la micro (Rosalba, 67 años, vive acompañada).

Por lo anterior, Rosalba escoge transportarse en Metro para recorrer distancias más largas; sin embargo, otras dificultades aparecen:

[...] es difícil, es difícil porque depende uno de las estaciones, ver el camino que tomar y no caminar tanto, es más seguro, pero difícil, como que las estaciones uno las ve todas iguales [...], lo otro es que me bajo del Metro y el sentido de la orientación lo tengo cambiado, entonces me cuesta orientarme, cuando salgo tengo que imaginarme cómo va el Metro para ver a cuál mano voy a ir yo, porque preguntar, si me dicen norte o sur, no sé, eso me cuesta, pero es un problema que tengo yo en mi cabeza (Rosalba, 67 años, vive acompañada).

Como se mencionó anteriormente, la dimensión de la salud encuentra un importante lugar que se manifiesta también cuando las mujeres mayores proyectan su pérdida. En los relatos, la buena salud permite un tránsito independiente por la vida social, que al perderse evidencia el miedo a la dependencia de otro y revela el frágil terreno de los cuidados, verdadera fuente de inquietud en las mujeres mayores. A pesar del trabajo de cuidado regular desempeñado por las mujeres para la mantención de su salud, los relatos dan cuenta de la constante cercanía imaginaria con la pérdida de este recurso, sobre todo respecto a la pérdida de la independencia práctica, que las lleva a enfrentar miedos y preocupaciones que, si bien mantienen un carácter puramente imaginario, como proyección futura de pérdida o falta, demandan trabajos regulares de resguardo y contención. En este sentido, el cuidado de la salud no implica la mera movilización de recursos relationales y labores de cuidado en aspectos prácticos y médicos (visitas y atenciones médicas, uso de medicamentos, cuidado alimenticio), sino también el diseño y la elaboración de recursos más bien intangibles que permitan enfrentar los miedos asociados al proyectar su debilitamiento o pérdida, específicamente aque-llos aspectos relacionados con la dependencia y la incertidumbre del cuidado:

Yo pienso: ¿qué va a pasar más adelante? Cuando uno ya no pueda hacer nada, ¿va a tener a la gente que tiene ahora o la van a tirar a un rincón? No sé qué vayan a hacer, mis hijos son tan hijos de nosotros, pasan con nosotros no más,

pero hay momentos en que también se aburren, mientras uno sirva está todo bien, pero cuando uno ya no sirve es cuando... Ojalá no llegue eso, pero tampoco me quiero morir, no (Sara, 74 años, vive acompañada).

De esta forma, la pérdida de la independencia no se entiende exclusivamente por el depender de otro/a, en tanto que los recursos relationales existen y son altamente movilizados por las mujeres en su vida cotidiana, por lo que ellas, como cualquier otro individuo, dependen y se sostienen en mucho de las relaciones y recursos sociales de su entorno. El miedo se comprende, entonces, más por la ausencia y/o debilidad percibida de recursos económicos y relationales que acerca a las mujeres al riesgo de ser descuidadas y maltratadas, derivando que la salud como recurso permita resolver los aspectos prácticos de la vida, y alejarse de los fantasmas del descuido y maltrato en la vejez. Frente a ello, el mejor resguardo movilizado por las mujeres mayores es la valoración del presente, momento vital significativo por la tranquilidad sentida:

Vivir mi vida como la estoy viviendo ahora, tranquila [...] porque no tengo problemas con mis hijos, con mi familia, con mis hermanos, entonces por eso yo encuentro que estoy bien [...]. Yo soy de vivir el día a día como Dios manda, no deseo grandes cosas, no anhelo cosas grandes (Adriana, 71 años, vive acompañada).

Encuentro que este es mi momento, así de verdad, yo encuentro que es mi momento, primero, porque estoy bien de acá [la cabeza] y porque nunca tuve mi momento, de vivir como yo quiero, de estar en paz, que es tan básico, porque no quiero nada especial, si yo quisiera viajar, cosas así, ya sería más difícil, pero quiero estar tranquila, que nadie me moleste, quiero tener a la gente que tengo ahora a mi alrededor, pero sin que vivan conmigo, con eso no más, no tengo planes (Gema, 73 años, vive sola).

DISCUSIÓN: MEDICALIZACIÓN DE LA VEJEZ Y LÍMITES DE LOS ENFOQUES EN TORNO AL ENVEJECIMIENTO

Esta investigación propuso comprender los procesos de individuación en la vejez a partir del trabajo de los individuos y la articulación de soportes para

enfrentar la vida social, estrategia analítica que permitiría un acercamiento a los procesos de envejecimiento sin evaluaciones normativas de los individuos ni lecturas polarizadas del fenómeno, en tanto que se plantea que el análisis de las experiencias efectivas de los procesos de envejecimiento por las distintas dimensiones de la vida social concede la posibilidad de relevar el trabajo cotidiano que los individuos desempeñan en ellas. Los resultados de este estudio muestran las exigencias que enfrentan las mujeres mayores en la dimensión de la salud, así como también los soportes movilizados para enfrentarlas.

Aquí, considerando los principales cambios estructurales acaecidos en Chile en el último periodo y las medidas públicas y políticas para enfrentar el envejecimiento de la población, es posible plantear tres discusiones. Por un lado, si bien las intervenciones que el Estado ha realizado en el último periodo responden a un enfoque más bien integral de la salud, es decir, en torno al bienestar físico, social y subjetivo,¹⁰ los antecedentes de estudios empíricos dan cuenta de que desde 2007 a 2016 se ha producido un aumento sostenido entre quienes declaran tomar regularmente entre tres y seis medicamentos, y una disminución de quienes no lo hacen,¹¹ antecedentes que también señalan que las tasas de atención médicas representan una de las cifras más altas en la población de 60 años y más.¹² Estas cifras permitirían insertar la reflexión respecto al riesgo de interpretar la vejez y el envejecimiento como un problema médico y con estricta reserva de intervención desde la medicina en el caso de Chile, fenómeno conocido como *biomedicalización* (Estes y Binney, 1989), por la creciente *medicalización de la vida en la vejez*, manifestada en la dependencia de la atención profesional, el hábito de consumir medicamentos y la demanda de un correspondiente tratamiento (Illich, 1975: 53-57). De esta manera, y pese a los esfuerzos

10 La Política Integral de Envejecimiento Positivo, de carácter multisectorial, plantea tres dimensiones de intervención: envejecimiento saludable, activo y positivo, movilizando a un amplio sector de las instituciones públicas y privadas de las áreas de la salud, trabajo, cultura, transportes, educación, entre otros (Senama, 2013).

11 En 2016, 38.7% de las personas mayores declaraba que tomaba entre tres y cinco medicamentos diarios; 28.3%, entre uno y dos, y sólo 15.6% declaraba no tomar ninguno, cifra con una sostenida disminución desde 2007, mientras que la cifra de quienes declaran tomar seis o más medicamentos presenta un aumento sostenido desde 2007, con 17.3% en 2016 (Chile y sus Mayores, 2017).

12 Ver nota 6.

políticos por plantear estrategias integrales para enfrentar el envejecimiento, los antecedentes dan cuenta de la primacía médica en el tratamiento de padecimientos ligados con el avance de la edad.

Por otra parte, respecto a los soportes relationales identificados en este estudio movilizados para mantener la salud y enfrentar el padecimiento de enfermedades, los resultados permiten discutir con una importante línea de los estudios de vejez en la región que ha centralizado el estudio de las redes de apoyo informal para el análisis del bienestar. Las relaciones de cooperación, reciprocidad y solidaridad han resultado un importante objeto de estudio en las sociedades latinoamericanas, especialmente en los grupos de menores recursos y/o en situaciones de marginación y exclusión (Enríquez, 2000; Abello, Madariaga y Hoyos de los Ríos, 1997), dispuesta como un seguro informal, cooperativo y efectivo (Lomnitz, 1989). En Chile, algunos estudios empíricos han relevado la importancia de los lazos sociales (parientes, amigos, vecinos, miembros de organizaciones) en las estrategias de sobrevivencia de los más pobres (Espinoza, 1995), y como medio que permite a los sectores medios obtener bienes y servicios a partir de vínculos de amistad y el intercambio de favores (PNUD, 2017: 181-183; Barozet, 2006).

Si bien la centralidad de la dimensión relacional y los intercambios producidos resulta un antecedente irrefutable para el caso de Chile y latinoamericano, éstos no han brindado mayor centralidad al análisis interno de la dinámica de los intercambios según grupo etario. A partir de aquí, los resultados de la investigación toman distancia de la línea de lecturas con importante primado en la región, que han privilegiado el estudio empírico de los soportes de tipo asociativos (redes informales de apoyo) que permitirían saldar las deficiencias de los sistemas de protección social y aumentar los niveles de bienestar de la población mayor (Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca, 2003; Sosa y Huenchuan, 2002; Montes de Oca, 2001). Los resultados dan cuenta de que, si bien dichas redes informales mantienen una especial vigencia en términos de apoyo económico y práctico, éstos remiten más a selectos vínculos de baja densidad, en su mayoría familiares y/o vecinos, que a redes, asociaciones u organizaciones regulares. A la vez, la presencia de éstas representa apoyos ocasionales o cotidianos cuya función es más bien práctica y ligada a las disminuciones percibidas del rendimiento de la salud física y cognitiva (resolver situaciones de emergencia, ayudar

en movimientos de fuerza, destapar una botella, entre otros), de ninguna manera resultante de la completa ausencia institucional y la situación de precariedad de la población mayor, cuya cifra de pobreza por ingresos es la más baja de todos los grupos poblaciones en Chile.¹³

En la misma línea, los resultados de este estudio señalan los efectos ambivalentes de las experiencias en los espacios públicos y la realización de actividades en la dimensión de la salud, relación que ha sido permanentemente establecida como positiva y ligada con el bienestar en la vejez. Al respecto, algunos estudios han confirmado la importancia de la actividad en el bienestar subjetivo de las personas mayores (De-Juanas, Limón y Navarro, 2013) y a la evaluación de indicadores y su relación con la calidad de vida (Fadda y Cortés, 2009). Con ello, definen la dimensión relacional desde la perspectiva del bienestar y sus positivos efectos, aun cuando no retratan sus condiciones efectivas de realización, como los espacios públicos, las condiciones de tránsito y las interacciones en el exterior.

Si bien los resultados de esta investigación dan cuenta de la importancia del tránsito y el contacto con el exterior en términos de vitalidad, valorando aquellos aspectos relacionados con el encuentro y las interacciones producidas, éstos son identificados también a partir de las dificultades prácticas de movilidad, acceso y sensación de inseguridad (experiencias de caídas en las calles con pavimentos en mal estado, dificultades para el uso del transporte público, episodios de asaltos, entre otros), que disponen a los espacios exteriores y las actividades realizadas en ellos como aspectos ambivalentes cuando se trata del cuidado de sí mismas, físico, cognitivo y emocional.

Por otra parte, y respecto a las discusiones teóricas en torno al envejecimiento, los resultados de este estudio revelan las insuficiencias de las perspectivas analíticas del envejecimiento predominantes en las ciencias sociales, centradas en la pérdida, la disminución de capacidades y la consequente pérdida de valor social, que no permiten visibilizar las diferencias en los procesos de envejecimiento entre hombres y mujeres, y tampoco sus distinciones internas, como los diferenciales de recursos institucionales y relaciones disponibles, y el conjunto de condiciones sociales que los enmarca. A partir de la estrategia analítica aquí propuesta, la desvinculación

13 El grupo de 60 años y más mantiene la menor cifra de pobreza por ingreso respecto al total de la población país, 6.6% (Ministerio de Desarrollo Social, 2015a).

y la pérdida de funciones o roles sociales, importantes ejes de análisis en los estudios de vejez y envejecimiento en las ciencias sociales, especialmente aquellos centrados en la pérdida o disminución de capacidades y relaciones (Kuypers y Bengtson, 1973; Cowgill y Don Holmes, 1972), y la desaparición o desvinculación de las personas mayores del conjunto social (Hochschild, 1975; Cumming y Henry, 1961), pierden vigencia como entrada analítica para intentar dar cuenta de una vejez situada, por sobre todo, en visibilizar el trabajo y el rendimiento ordinario desempeñado por los individuos mayores para enfrentar la vida social.

Al respecto, los resultados de esta investigación y su estrategia analítica permiten dar cuenta de dichos rendimientos, visibilizando tanto la disponibilidad de recursos institucionales para la mantención y cuidado de la salud, en diálogo con las condiciones estructurales del Chile actual, como los recursos relationales y propiamente individuales para enfrentar el envejecimiento, estableciendo una figura del individuo mayor sin figuras normativas previas centradas en la perdida de capacidades y un proceso de envejecimiento aplastante. De aquí se derivan un conjunto de estrategias activas desplegadas por las mujeres mayores en el marco de las condiciones estructurales: alta selectividad relacional; restricción de tránsitos cotidianos por las calles y espacios públicos, por el miedo a las caídas y a ser víctima de violencia o delincuencia; mantención en el espacio doméstico, entre otras, las que revelan un estricto cuidado individual en paralelo a los recursos disponibles de carácter relacional e institucional.

CONCLUSIONES

A partir de la particularidad de las experiencias y de lo común de las condiciones de envejecimiento, los resultados de esta investigación aportan algunos elementos al estudio del envejecimiento y al campo de debate teórico, principalmente desde un análisis situado y en diálogo con las transformaciones estructurales que el envejecimiento poblacional ha producido en el caso de Chile. En relación con el rendimiento institucional en la dimensión de la salud, es posible establecer distancias con las lecturas más críticas respecto a las deficiencias de los sistemas de seguridad en los procesos de envejecimiento en la región. Pese a las agudas críticas al actual sistema de seguridad social en Chile, y en especial respecto a los efectos

distributivos del sistema de capitalización individual y sus desigualdades de género (Rivadeneira, 2017; Madariaga y Pérez Morgado, 2009), los resultados señalan que las instituciones públicas mantienen una importante presencia en términos de cobertura y eficacia, derivadas de las transformaciones estructurales acaecidas desde el año 2000 en Chile, específicamente el Pilar Solidario y el Plan Auge.

Por un lado, con el Pilar Solidario el Estado ha logrado atender a aquellos sectores excluidos del sistema de seguridad social, como el caso de quienes no desempeñaron actividad remunerada regular y formal durante sus trayectorias o quienes lo hicieron de manera interrumpida y con un reducido saldo de acumulación. De este sector, la población de mujeres ha resultado especialmente beneficiada con el aumento de la cobertura de las prestaciones básicas y complementarias: en 2016, 32.4% de las mujeres de 60 años y mayores en Chile declaraba nunca haber cotizado en el sistema de pensiones, por lo que el Pilar Solidario otorga más de 70% del total de Pensiones Básicas Solidarias de Vejez a mujeres (Chile y sus Mayores, 2017; Superintendencia de Pensiones, 2016). Frente a esto, y pese a las deficiencias del sistema privado y la insuficiencia de las prestaciones del Pilar Solidario en términos de la calidad de los montos otorgados, se mantiene un innegable rendimiento en los sectores de menores recursos, lo que representa 65% del ingreso total en el primer decil de ingreso autónomo per cápita, 37.3% en el segundo y 29.3% en el tercero (Ministerio de Desarrollo Social, 2015b).

De esta manera, y dada la particularidad de las trayectorias de mujeres de los sectores populares de Santiago, los resultados de esta investigación también dan cuenta de la ampliación de las coberturas en el caso del Plan Auge y sus especiales reservas con el grupo de 60 años y más, que mantuvo a más de 80% de la población mayor con recepción de tratamientos médicos en 2015, el más alto porcentaje de todos los grupos de edad desde 2011 (Ministerio de Desarrollo Social, 2015a).

Con todo, y como resultado de un conjunto de condiciones estructurales que hacen de Chile uno de los países con mayor cobertura de su sistema de seguridad social, este estudio permite proponer que uno de los rasgos centrales del envejecimiento aquí expuesto, es decir, para el caso de las mujeres autovalentes mayores de sectores populares, es la presencia de un conjunto de prestaciones y servicios institucionales provenientes del

Estado y de apoyos informales, que deriva en una modalidad particular de envejecimiento con significativa presencia y garantías de lo social sobre los individuos. Los resultados de este estudio, por lo tanto, obligan a problematizar la producción latinoamericana ligada al bienestar en la vejez que ha puesto el acento en el conjunto de apoyos de carácter más bien amplio, como redes y asociaciones, que actúan como apoyo en contextos con fuerte ausencia de protección institucional, que brindan a los individuos mayores recursos y/o servicios en miras de su bienestar, descuidando la dinámica interna de los intercambios y también las condiciones estructurales en que se producen, lo que permitiría distinguir de forma situada el rendimiento de dichos apoyos en los individuos. Esto, por supuesto, podría mantener rasgos distintivos en otros grupos sociales en el caso de Chile y también en los países de la región, como el caso de los hombres o de los grupos de sectores socioeconómicos altos, o en aquellos países con baja protección institucional, donde la presencia de las instituciones o los recursos relaciones puede encontrar diferencias y particulares matices.

BIBLIOGRAFÍA

- Abello, Raimundo, Camilo Madariaga y Olga Hoyos de los Ríos (1997). “Redes sociales como mecanismo de supervivencia: un estudio de casos en sectores de extrema pobreza”. *Revista Latinoamericana de Psicología* 29 (1): 115-137.
- Araujo, Kathya (2009). *Habitar lo social: usos y abusos de la vida cotidiana en el Chile actual*. Santiago: LOM.
- Araujo, Kathya, y Danilo Martuccelli (2010). “La individuación y el trabajo de los individuos”. *Revista Educação e Pesquisa* 36: 77-91.
- Araujo, Kathya, y Danilo Martuccelli (2012). *Desafíos comunes*. Tomo I. Santiago: LOM.
- Arenas de Mesa, Alberto, y Pamela Gana (2001). “Reforma a los sistemas de pensiones y los desafíos de la dimensión de género”. *Cepal* 18.
- Arroyo, Concepción, y Guadalupe Salas (2013). “Cuerpo, subjetividad y construcción de identidad en la vejez avanzada: el caso de los adultos mayores físicamente dependientes”. En *Envejecimiento en América Latina y el Caribe*, coordinado por Verónica Montes de Oca, 141-170. México: Universidad Nacional Autónoma de México-Instituto de Investigaciones Sociales.
- Auge/Fonasa (2016). *Patologías incluidas en el Auge* [en línea]. Disponible en <<http://auge.fonasa.cl/patologias.html>> (consulta: 20 de octubre de 2016).
- Barozet, Emmanuelle (2006). “El valor histórico del pituto: clase media, integración y diferenciación social en Chile”. *Revista de Sociología* 20: 69-96.

- Blackburn, Stephen, Consuelo Espinosa y Víctor Tokman (2004). *Alternativas para reducir la discriminación y la segmentación por riesgo en el sistema de salud chileno*. Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe/German Corporation for Technical Cooperation.
- Bogdan, Robert, y Steven Taylor (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (Celade) (2009). *El envejecimiento de las personas de edad: indicadores sociodemográficos para América Latina y el Caribe*. Cepal/Celade.
- Chile y sus Mayores (2017). *IV Encuesta Calidad de Vida en la Vejez uc-Caja Los Andes. 10 años de la Encuesta Calidad de Vida en la Vejez uc-Caja Los Andes* [en línea]. Disponible en <<http://estudiosdevejez.uc.cl/images/documentos/Libro%20CHILE%20Y%20SUS%20MAYORES.pdf>> (consulta: 4 de octubre de 2017).
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal) (2007). *Declaración de Brasilia. Segunda Conferencia Regional intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe: hacia una sociedad para todas las edades y de protección social basada en derechos* [en línea]. Disponible en <https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/archivos/NI_brasilia.pdf> (consulta: 20 de octubre de 2016).
- Cowgill, Donald, y Lowell Don Holmes (1972). *Aging and modernization*. Nueva York: Appleton Century Croft.
- Cumming, Elaine, y William Henry (1961). *Growing Old: The Process of Disengagement*. Nueva York: Basic Books.
- De-Juanas, Ángel, María Rosario Limón y Enrique Navarro (2013). “Análisis del bienestar psicológico. Estado de salud percibido y calidad de vida en personas mayores”. *Revista Interuniversitaria* 22: 153-168.
- Domínguez, Óscar (1987). “Estudio de las necesidades de la población adulta mayor de 60 años en Chile”. Ponencia presentada en el Simposio Internacional sobre Envejecimiento ante el fenómeno del desarrollo: aspectos multidisciplinarios”, Cepal, Santiago de Chile, del 11 al 13 de agosto.
- Enríquez, Rosas (2000). “Redes sociales y pobreza: mitos y realidades”. *Revista de Estudios de Género La Ventana* 11: 36-72.
- Espinoza, Vicente (1995). “Redes sociales y superación de la pobreza”. *Revista de Trabajo Social* 65: 31-44.
- Estes, Carroll, y Elizabeth Binney (1989). “The biomedicalization of aging: Dangers and dilemmas”. *Gerontologist* 29 (5): 587-596.
- Fadda, Giulietta, y Alejandra Cortés (2009). “Hábitat y adulto mayor: el caso de Valparaíso”. *Revista Invi* 24 (66): 89-113.

- Guzmán, José Miguel (2002). “Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe”. Cepal, Serie Población y Desarrollo, 28.
- Guzmán, José Miguel, Sandra Huenchuan y Verónica Montes de Oca (2003). “Redes de apoyo social de personas mayores: marco teórico conceptual”. Ponencia presentada en el Simposio Viejas y Viejos. Participación, Ciudadanía e Inclusión Social. 51 Congreso Internacional de Americanistas, Cepal/Celade. Santiago de Chile, del 14 al 18 de julio.
- Ham, Roberto (2000). “Los umbrales del envejecimiento” [en línea]. *Estudios Sociológicos* 3: 661-676. Disponible en <<http://www.redalyc.org/pdf/598/59854308.pdf>> (consulta: 10 de noviembre de 2017).
- Hochschild, Arlie (1975). “Disengagement theory: A critique and proposal”. *American Sociological Review* 40 (5): 553-569.
- Huenchuan, Sandra (2010). “Envejecimiento y género: acercamiento a la situación específica de las mujeres mayores en América Latina”. En *Envejecimiento, género y políticas públicas*, compilado por Equipo Nieve, 15-32. Uruguay: Observatorio de Envejecimiento y Vejez/Nieve/Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- Huenchuan, Sandra, y Luis Rodríguez (coords.) (2014). *Autonomía y dignidad en la vejez: teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores*. México: Naciones Unidas.
- Huenchuan, Sandra, y Luis Rodríguez-Piñero (2010). “Envejecimiento y derechos humanos: situación y perspectivas de protección”. Cepal-Colección Documentos de Proyectos. Disponible en <http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/3803/lcw353_es.pdf> (consulta: 9 de octubre de 2017).
- Iacob, Ricardo (2007). “El cuerpo externalizado o la violencia hacia la vejez”. *Revista Kairós São Paulo* 10 (1): 97-108.
- Illich, Iván (1975). *Némesis médica. La expropiación de la salud*. Barcelona: Barral Editores.
- Katz, Stephen (1996). *Disciplining Old Age: The Formation of Gerontological Knowledge*. Virginia: University Press.
- Kogan, Liuba (2011). “Jóvenes y viejos: ¿el cuerpo como locus de identidad?” *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad* 5: 15-24.
- Kuypers, Joseph, y Vern Bengtson (1973). “Social breakdown and competence. A model of normal aging”. *Human Development* 16: 181-201.
- Larrañaga, Osvaldo (2007). *Participación laboral de la mujer en Chile: 1958-2003*. Chile: Departamento de Economía de la Universidad de Chile.
- Larrañaga, Osvaldo (1997). “Eficiencia y equidad en el sistema de salud chileno”. Cepal-Serie Financiamiento del Desarrollo, 49. Recuperado de <<http://archivo.cepal.org/pdfs/1997/S9700138.pdf>>.

- Lazarus, Richard, y Susan Folkman (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. Nueva York: Springer.
- Lomnitz, Larizza (1989). *¿Cómo sobreviven los marginados?* México: Siglo XXI Editores.
- Madariaga, Aldo, y Nicolás Pérez Morgado (2009). “Nuevas aproximaciones para el análisis de sistemas de protección social: la noción de desempeño institucional y su aplicación al sistema de pensiones chileno” [en línea]. *Revista Mad* 20: 1-42. Disponible en <http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/mad/20/madariaga_01.pdf> (consulta: 4 de noviembre de 2017).
- Magno de Carvalho, José Alberto, y Flavia Drumond (2000). “Envejecimiento de la población brasileña: oportunidades y desafíos” [en línea]. Serie Seminarios y Conferencias, Santiago, Chile. Disponible en <https://www.cepal.org/publicaciones/xml/4/5604/lcl1399e_FinS1.pdf> (consulta: 4 de noviembre de 2017).
- Martuccelli, Danilo (2007). *Gramáticas del individuo*. Buenos Aires: Losada.
- Martuccelli, Danilo (2010). *¿Existen individuos en el sur?* Santiago: LOM.
- Martuccelli, Danilo, y François Singly (2012). *Las sociologías del individuo*. Santiago: LOM.
- Mayordomo, Teresa, Alicia Sales, Encarnación Satorres y Clara Blasco (2005). “Estrategias de afrontamiento en adultos mayores en función de variables sociodemográficas”. *Escritos de Psicología* 8 (3): 26-32.
- Ministerio de Desarrollo Social (2015a). *Encuesta Casen 2015: Adultos mayores, síntesis de resultados* [en línea]. Disponible en <http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/CASEN_2015_Resultados_adultos_mayores.pdf> (consulta: 9 de octubre de 2017).
- Ministerio de Desarrollo Social (2015b). *Encuesta Casen 2015: Previsión social, síntesis de resultados* [en línea]. Disponible en <http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/CASEN_2015_Resultados_prevision_social.pdf> (consulta: 9 de octubre de 2017).
- Ministerio de Salud (2011). *Plan Nacional de Salud 2011-2020 para el cumplimiento de los objetivos sanitarios* [en línea]. Disponible en <https://www.u-cursos.cl/inap/2011/1/EMGP04/5/material_docente/bajar?id_material=579395> (consulta: 10 de octubre de 2017).
- Montes de Oca, Verónica (2001). “Desigualdad estructural entre la población anciana en México. Factores que han condicionado el apoyo institucional entre la población con 60 años y más en México”. *Estudios Demográficos y Urbanos* 48: 585-613.

- Naciones Unidas (1991). *Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad* (adoptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 16 de diciembre de 1991) [en línea]. Disponible en <http://www.acnur.es/PDF/1640_20120508172005.pdf> (consulta: 9 de octubre de 2017).
- Naciones Unidas (2003). *Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento* [en línea]. Madrid, España. Disponible en <<https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf>> (consulta: 9 de octubre de 2017).
- Osorio, Paulina (2006). “La longevidad más allá de la biología. Aspectos socio-culturales”. *Papeles Ceic* 22.
- Palomba, Rossella (2003). “Recomendaciones para realizar investigaciones sobre redes de apoyo y calidad de vida”. *Cepal* 77: 251-263.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2017). *Desiguales. Orígenes, cambios y desafíos de la brecha social en Chile*. Santiago: PNUD.
- Rivadeneira, Carlos (2017). *Aquí se fabrican pobres. El sistema privado de pensiones chileno*. Santiago: LOM.
- Servicio Nacional del Adulto Mayor (Senama) (2013). *Política integral de envejecimiento positivo para Chile 2012-2025* [en línea]. Senama/Ministerio de Desarrollo Social. Disponible en <http://www.senama.cl/filesapp/SENAMA.LibroPoliticas_.pdf> (consulta: 10 de octubre de 2016).
- Sosa, Zulma, y Sandra Huenchuan (2002). “Redes de apoyo social de personas mayores en Chile”. Documento preparado en la Reunión de Expertos en Redes de Apoyo Social a Personas Adultas Mayores: El Rol del Estado, la Familia y la Comunidad. Cepal/Celade, Santiago de Chile, del 9 al 12 de diciembre.
- Stefani, Dorina, y Carolina Feldberg (2006). “Estrés y estilos de afrontamiento en la vejez: un estudio comparativo en senescentes argentinos institucionalizados y no institucionalizados”. *Anales de Psicología* 22 (2): 267-272.
- Suárez, Pedro (2001). “Recolección de datos”. En *Metodología de la investigación: diseños y técnicas*, 157-172. Bogotá: Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.
- Subsecretaría de Salud Pública (2012). *Estudio sobre conocimiento, utilización y grado de satisfacción de la población chilena en relación a las Medicinas Complementarias Alternativas* [en línea]. Subsecretaría de Salud Pública-División de Políticas Públicas Saludables y Promoción. Disponible en <<http://web.minsal.cl/portal/url/item/cdc107bdcfc3bfff6e040010164015ba5.docx>> (consulta: 9 de octubre de 2017).

Superintendencia de Pensiones (2011). “Implementación de la Reforma Previsional en Chile” [en línea]. Documento de trabajo No. 45, Serie Documentos de Trabajo. Disponible en <https://www.spensiones.cl/portal/informes/581/articles-8563_pdf.pdf> (consulta: 10 de octubre de 2017).

Superintendencia de Pensiones (2016). *Boletín Estadístico Electrónico* 222 (diciembre) [en línea]. Disponible en <http://www.spensiones.cl/apps/boletin_Estadistico/genBoletin.php?nBoletin=222> (consulta: 9 de octubre de 2017).

Thumala, Daniela (2011). “Formas de afrontamiento a las pérdidas asociadas al envejecer”. Tesis de doctorado en Psicología. Santiago: Universidad de Chile.

Camila Fernanda Andrade Orrego

Magíster en Ciencias Sociales con mención en Estudios de la Sociedad Civil por la Universidad de Santiago de Chile. Universidad Academia de Humanismo Cristiano/Centro Núcleo Milenio Autoridad y Asimetrías de Poder. Temas de especialización: procesos de individuación, vejez. Avenida Condell 343, Providencia, Santiago, Región Metropolitana, Chile. ●

ANEXO METODOLÓGICO

La muestra del estudio estuvo compuesta por 14 mujeres de 65 años y más residentes de sectores populares de distintas comunas de la ciudad de Santiago, Región Metropolitana de Chile. Todas las mujeres entrevistadas declaran una condición de autovalencia y son beneficiarias del Pilar Solidario del Estado, es decir, de la pensión básica o el aporte complementario del Estado. Ninguna de las mujeres es profesional. La muestra estuvo dividida según composición del hogar, seleccionando a siete mujeres que viven solas y siete acompañadas. La recolección de la información fue realizada por la investigadora de noviembre de 2016 a junio de 2017.

Seudónimo	Edad	Pensión	Comuna	Vive...	Estado civil
1 Emilia	79	Aporte	La Florida	Acompañada, con cuatro nietos	Viuda
2 Adriana	71	Básica	Independencia	Acompañada, con hermana en condición de invalidez	Soltera
3 Rosalba	67	Aporte	San Ramón	Acompañada, con hermano en condición de invalidez	Soltera
4 Florencia	77	Aporte	Maipú	Acompañada, con hijo e hija	Viuda
5 Sara	74	Aporte	Conchalí	Acompañada, con esposo, hijo y nieto	Casada
6 Josefa	71	Aporte	Conchalí	Acompañada, con hijo menor	Viuda
7 Eugenia	70	Básica	Santiago Centro	Acompañada, con esposo, hijo menor separado	Casada
8 Inés	76	Aporte	Recoleta	Sola (tiene hijos/as)	Viuda
9 Hilda	75	Básica	Macul	Sola (tiene un hijo)	Viuda
10 Alicia	74	Aporte	Renca	Sola (tiene hijas)	Viuda
11 Sofía	70	Aporte	Renca	Sola (sin hijos)	Viuda
12 Gema	73	Básica	Est. Central	Sola (tiene hijos/as)	Separada
13 Marisol	71	Básica	San Bernardo	Sola (tiene hijos/as)	Separada
14 Nancy	66	Aporte	Puente Alto	Sola (sin hijos)	Soltera

La selección del grupo se realizó a partir de los siguientes criterios muestrales: género, edad, sector de residencia, ingreso económico, dependencia funcional y composición del hogar.

1. *Género*: la selección de mujeres tuvo por objetivo dar cuenta de las particularidades de la experiencia femenina del envejecimiento, basada en la tendencia demográfica al envejecimiento y su claro predominio femenino, y con la convicción de las condiciones desiguales en que dicho proceso se enmarca.
 2. *Edad*: se relaciona con el criterio económico y se basa en el punto de corte establecido por el Pilar Solidario del Estado de Chile para la entrega de pensiones y aportes solidarios de vejez, que excluye al tramo 60-64 años de edad, por lo que la muestra estuvo conformada por mujeres mayores de 65 años y más.
 3. *Sector de residencia*: fueron seleccionadas mujeres residentes de Santiago, Región Metropolitana, en tanto que los resultados de la Encuesta Casen del año 2015 indican que ésta alberga a poco más de 40% de la población mayor de 60 años actual, es decir, más de un millón de adultos mayores (Ministerio de Desarrollo Social, 2015a). Por otra parte, fueron seleccionadas aquellas que residen en sectores populares de Santiago, definido por la clasificación de GSE, seleccionando sólo a mujeres pertenecientes a los grupos C3 y D.
 4. *Ingreso económico*: se consideró a las beneficiarias del Pilar Solidario del Estado, es decir, que reciben la Pensión Básica Solidaria de Vejez o el Aporte Previsional Solidario de Vejez. Cabe señalar que la presencia de otros ingresos —apoyo familiar, donaciones, actividades informales— no constituye un elemento de exclusión de la muestra. Este criterio fue establecido con la intención de seleccionar a individuos que mantengan un ingreso económico mensual regular que les permita la satisfacción de necesidades básicas de alimentación, vestuario y vivienda; asimismo, con el fin de permitir la incorporación de la dimensión institucional en el análisis de los soportes en la vejez, específicamente el sistema de protección social del Estado.
 5. *Dependencia funcional*: establecida con el fin de definir un criterio común respecto a la realización de actividades de la vida diaria e instrumentales, considerando el índice utilizado por la Encuesta Casen, fueron seleccionadas mujeres autovalentes, es decir, que no mantengan dificultades para el desempeño de actividades diarias o que, en caso de existir, puedan ser resueltas con ayuda técnica. Cabe señalar al respecto que más de 80% de las personas mayores en Chile al año 2015 se encuentra en condición de autovalencia, y sólo 6.2% y 3.7%, en condición de dependencia moderada y severa, respectivamente (Ministerio de Desarrollo Social, 2015a).
 6. *Composición del hogar*: la muestra distinguió entre quienes viven solas y quienes viven acompañadas, con el objetivo de no descuidar uno de los rasgos centrales de la feminización del envejecimiento relacionado con la vejez más larga y el aumento de la posibilidad de enviudar, vivir sola y autosustentarse económicamente, aspectos que podrían condicionar significativamente la experiencia del envejecimiento.
-