
Liliana Findling, María Paula Lehner,
Estefanía Cirino y María Pía Venturiello (comps.)

La bicicleta
Ediciones 
COLECCIÓN
HIPÓTESIS

Vejez en pandemia y pospandemia.
Políticas sociales, cuidados y calidad de vida



**Vejece en pandemia y pospandemia.
Políticas sociales, cuidados y calidad de vida**

**Liliana Findling
María Paula Lehner
Estefanía Cirino
María Pía Venturiello
(compiladoras)**

**Vejece en pandemia y pospandemia.
Políticas sociales, cuidados y
calidad de vida**

**Liliana Findling
María Paula Lehner
Estefanía Cirino
María Pía Venturiello
(compiladoras)**



Vejece en pandemia y pospandemia. Políticas sociales, cuidados y calidad de vida

Liliana Findling, María Paula Lehner, Estefanía Cirino y
María Pía Venturiello (comps.)

Colección: Hipótesis

Diseño de tapa: Martín Glas

Imagen de tapa: Estefanía Cirino

Diseño de interior y diagramación: La bicicleta Ediciones

ISBN: 978-631-90203-2-8

Vejece en pandemia y pospandemia: políticas sociales, cuidados y calidad de vida /

Liliana Findling... [et al.] ; compilación de Liliana Findling... [et al.].- 1a ed.-

Ciudad Autónoma de Buenos Aires: La Bicicleta, 2023.

276 p. ; 23 x 15 cm. - (Hipótesis; 6)

ISBN 978-631-90203-2-8

1. Sociología. I. Findling, Liliana, comp.

CDD 303.49

© La bicicleta Ediciones, 2023

labicicletaediciones@gmail.com

www.labicicletaediciones.com

Prohibida su reproducción total o parcial, incluyendo fotocopia,
sin la autorización expresa de los editores.

Este libro se terminó de imprimir en Imprenta YA, en noviembre de 2023.

Índice

Introducción

*Liliana Findling, María Paula Lehner, Estefanía Cirino y
María Pía Venturiello* 9

Primera Sección

**Políticas de cuidados y calidad de vida
para personas mayores en Argentina** 17

**Políticas sociales y cuidados para personas mayores y
personas con discapacidad en Argentina (2016–2023)**
*María Pía Venturiello, Estefanía Cirino y
María Cecilia Palermo*
*Instituto de Investigaciones Gino Germani –
Facultad de Ciencias Sociales – Universidad de Buenos Aires* 19

**Acciones públicas, envejecimiento activo y agenda de
los medios de comunicación durante el aislamiento**
Estefanía Cirino y Liliana Findling
*Instituto de Investigaciones Gino Germani –
Facultad de Ciencias Sociales – Universidad de Buenos Aires* 39

**Prácticas de profesionales que trabajan con
personas mayores en Buenos Aires**
Laura Champalbert y Liliana Findling
*Instituto de Investigaciones Gino Germani –
Facultad de Ciencias Sociales – Universidad de Buenos Aires* 55

Percepción de la calidad de vida en personas mayores de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en pandemia y pospandemia

Liliana Findling y Marisa Ponce

Instituto de Investigaciones Gino Germani –

Facultad de Ciencias Sociales – Universidad de Buenos Aires

83

Las personas mayores y las tecnologías digitales durante la pandemia

María Paula Lehner

Instituto de Investigaciones Gino Germani –

Facultad de Ciencias Sociales – Universidad de Buenos Aires

105

Porque somos vulnerables e interdependientes, necesitamos cuidados

María Teresa Martín Palomo

Universidad de Almería – España

127

Segunda Sección

Perspectivas latinoamericanas situadas sobre el envejecimiento

141

Algunas encrucijadas y desafíos de la sociedad de envejecimiento

Alejandro Klein

Universidad de Guanajuato – México

143

- Promoción del envejecimiento saludable a partir de una perspectiva crítica**
Yadira Arnet Fernández, Zurema Domingos Mutange y Nanci Soares
Universidade Estadual Paulista - Franca - Brasil 157
- Políticas sociales de asistencia a las personas mayores en Argentina, Uruguay y Brasil**
Adriana de Oliveira Alcântara y Solange Maria Teixeira
Universidade Federal do Piauí - Brasil 173
- Cuidados en pandemia y pospandemia. Personas mayores y trabajadores esenciales: emociones, preocupaciones y creatividad**
María Cristina Chardon, Sandra Borakievich, Roberto Montenegro, Marcelo Altomare, Liliana Cristiani y Leandro Gille
Universidad Nacional de Quilmes - Argentina 191
- Migración, cuidados y envejecimiento en el Conurbano Bonaerense**
Paula Estrella
Universidad Nacional de José C. Paz - Argentina 211
- De casa al hospital y del hospital a casa. Movilidad de personas mayores para la atención de la salud**
Mariana Cataldi
Universidad Nacional de José C. Paz - Argentina 229

**El envejecimiento poblacional en la ciudad de
Mar del Plata: el trabajo asociado como
mecanismo de doble cuidado**

Daiana Strada

Universidad Nacional de Mar del Plata - Argentina

247

Curricula vitae

271

Introducción

Liliana Findling, María Paula Lehner, Estefanía Cirino y María Pía Venturiello

*De todos los fenómenos contemporáneos,
el menos discutible, el más seguro en su marcha,
el más fácil de prever con mucha anticipación y quizá el más
cargado de consecuencias es el envejecimiento de la población.*

Alfred Sauvy en De Beauvoir, 2018: 274

Este libro tiene por objetivo reunir artículos de autores que trabajan los temas de envejecimiento y vejez desde diferentes disciplinas y perspectivas difundiendo aportes tanto teóricos como empíricos en algunos países de Iberoamérica.

Contiene dos secciones que abordan la problemática del envejecimiento desde las Ciencias Sociales contemplando una visión integral.

El envejecimiento demográfico, el aumento de la esperanza de vida y la prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas en la vejez suponen profundos cambios en las vidas de las personas mayores dependientes, de las familias que las cuidan (tarea que está, principalmente, a cargo de las mujeres) y, por sobre todo, de las políticas gubernamentales.

Las transformaciones demográficas tienen consecuencias que plantean desafíos sociales y políticos. El envejecimiento de la población es un proceso con repercusiones en la vida cotidiana a nivel individual, familiar y social. En lo económico, cambian las relaciones entre el ahorro, las inversiones y el consumo, se modifican los mercados de trabajo y se impone un redimensionamiento de las pensiones y las transferencias intergeneracionales. A nivel familiar e individual esos cambios se manifiestan en la composición de las familias y las modalidades de convivencia, afectando las relaciones de intercambio y reciprocidad entre sus miembros. No

menos importante es la demanda específica que se plantea en relación a los servicios de cuidado y de atención de la salud. Otro aspecto a considerar para estudiar el fenómeno del envejecimiento es el género, enfocado desde una perspectiva interseccional.

¿Cómo se define la vejez? No se podría hablar de una vejez homogénea, las dimensiones que la atraviesan muestran su multiplicidad, y por lo tanto se alude al concepto de vejezes, para que el plural explicita esta diversidad. Más que referirse a una aproximación puramente cronológica se debería contemplar a las vejezes desde el enfoque del curso de vida que tiene en cuenta las experiencias personales y variables históricas, sociales y culturales.

El creciente y rápido proceso de envejecimiento constituye un desafío que los Estados deben enfrentar para superar las desigualdades existentes con la implementación de políticas integrales de cuidado.

Los desafíos no son solo demográficos y de las políticas de cuidado. Con el advenimiento del Covid-19 a inicios de 2020, se evidenciaron cuestiones asociadas a: la desigualdad en el acceso a la salud, la reducción de los derechos y la representación que los medios de comunicación masivos instauran sobre las personas mayores (por nombrar solo algunas dimensiones). El Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio como política pública incorporó a las personas mayores como “grupo de riesgo”, lo que coartó derechos de circulación, acceso a los servicios de salud y socialización con consecuencias en la calidad de vida de las personas mayores.

Las redes familiares también se vieron afectadas ya que tanto Argentina, Brasil, México y España son países que se configuran con una lógica familista. La crisis de los cuidados evidencia un proceso de desfamiliarización para dar lugar a otras formas de asistencia asociadas a la mercantilización, y en las que los Estados aún no desarrollan suficientes políticas sociales que den respuesta a las nuevas demandas.

Los contenidos de este libro

En la primera sección denominada “Políticas de cuidados y calidad de vida para personas mayores en Argentina”, se compilan los resultados de dos proyectos de investigación sobre cuidados y calidad de vida de las per-

sonas mayores en Buenos Aires financiados por a) Secretaría de Ciencia y Técnica de la Universidad de Buenos Aires (Ubacyt 2018-2023) denominado “Políticas de cuidado de personas mayores en Argentina, Uruguay y España. Percepción de la calidad de vida e itinerarios terapéuticos y perspectivas de los profesionales”, con la dirección de Liliana Findling y codirección de Elsa López, y b) Agencia Nacional de Promoción de la Ciencia y Tecnología, PICT FONCyT 2020/2023 titulado “Políticas de cuidado para personas mayores en Argentina. Desigualdades sociales y calidad de vida en Ciudad de Buenos Aires” (Investigadora responsable: Liliana Findling).

Ambos proyectos tuvieron como sede el Instituto de Investigaciones “Gino Germani” de la Facultad de Ciencias Sociales (Universidad de Buenos Aires). Y en estos proyectos han participado casi todas las autoras de los capítulos de la primera sección de este libro: Liliana Findling, María Paula Lehner, María Pía Venturiello, Estefanía Cirino, Marisa Ponce, María Cecilia Palermo, con las contribuciones de Laur Champalbert, María Teresa Martín Palomo (Universidad de Almería, España) y María Isabel Pérez de Sierra (FLACSO, Uruguay) como investigadoras asesoras.

Para el armado de la primera sección se han tenido en cuenta tres perspectivas: un aspecto macro relacionado con el análisis de las políticas de cuidado hacia personas mayores en Argentina analizando los sistemas de protección social, una mirada a nivel meso vinculada con la descripción sociodemográfica de las personas mayores a partir de fuentes secundarias disponibles y, por último, y desde un nivel micro, las necesidades de las personas mayores de 60 años y más en cuanto a los cuidados, la salud, las redes de apoyo y la calidad de vida y la mirada de profesionales que trabajan en la atención de personas mayores.

Los objetivos principales se basan en: a) describir las políticas de cuidados y protección social hacia las personas mayores en el país en los últimos 8 años, incluyendo una caracterización sociodemográfica; b) Conocer sobre la percepción que poseen las personas mayores de 60 años y más residentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires sobre las necesidades de cuidados, salud, apoyo social y calidad de vida enfatizando sus opiniones sobre el Aislamiento Social y Preventivo Obligatorio y c) Conocer la opinión de profesionales de diferentes disciplinas que trabajan con personas mayores en Buenos Aires.

La metodología se abordó mediante un diseño descriptivo cuali-cuantitativo que trianguló fuentes secundarias y primarias (entrevistas en profundidad, grupos focales, encuestas virtuales).

La segunda sección denominada “Perspectivas latinoamericanas situadas sobre el envejecimiento” recopila un conjunto de trabajos de profesionales que provienen de diversas disciplinas cuyas contribuciones reflejan los resultados de sus investigaciones en sus respectivos ámbitos académicos.

Estos colegas provienen de diferentes geografías y permiten una fructífera discusión de saberes y experiencias en relación a los procesos de envejecimiento, el bienestar y las políticas públicas destinadas a las personas mayores. Pueden ser diversas las miradas con que se postulan los conceptos vertidos, pero compartimos la preocupación por mejorar los derechos de las vejeces.

Además, este libro es el resultado de intercambios académicos con profesionales de otras instituciones de Argentina, Brasil, México ya sea a través de la dirección de tesis, participación en jornadas y congresos, publicaciones en libros y/o revistas, cursos de grado y posgrado, estancias de investigación, y otras actividades durante los últimos años.

A continuación, se describen los principales contenidos:¹

El primer capítulo de la primera sección de este libro sobre “**Políticas sociales y de cuidados para personas mayores y personas con discapacidad en Argentina (2016-2023)**” de María Pía Venturiello, Estefanía Cirino y María Cecilia Palermo, pretende analizar las transformaciones acaecidas en las políticas de protección en Argentina referidas a previsión social, salud y cuidados para las personas de 60 años y más y para las personas con discapacidad, analizando las principales medidas implementadas durante los períodos 2016-2019 y 2020-2023. El interés se centra en describir las normativas teniendo en cuenta las continuidades y/o rupturas en las estrategias estatales de cada gobierno. Se revisaron las propuestas de las políticas públicas y sociales, incluyendo las estrategias del Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio (ASPO).

1 Si bien apoyamos la incorporación del lenguaje inclusivo en los usos actuales de la lengua castellana, en algunos capítulos de este libro no se ha aplicado esta regla para no producir reiteraciones de términos muy utilizados bajo la forma “os/as”, o “es” que pudiesen complicar la legibilidad de lo expuesto.

El capítulo 2 de Estefanía Cirino y Liliana Findling describe y analiza el tema **“Acciones públicas, envejecimiento activo y agenda de los medios de comunicación durante el Aislamiento”**. Los objetivos se basan en: a) analizar las políticas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires para personas mayores desde un enfoque crítico basado en el envejecimiento activo, durante los años 2020-2021, y b) rastrear la agenda de los medios de comunicación sobre la temática del Covid entre las personas mayores durante dicho período a partir de un relevamiento de los principales diarios nacionales. Ambos objetivos se cumplieron mediante fuentes secundarias y se pudo entrever que los instrumentos técnicos aplicados con respecto al envejecimiento activo son similares a los de organismos internacionales que enmascaran el contexto de una aguda crisis socioeconómica.

El capítulo 3 de Laura Champalbert y Liliana Findling indaga sobre **“Prácticas de profesionales que trabajan con personas mayores en Buenos Aires”**. El objetivo es explorar las opiniones de los profesionales de diversas disciplinas acerca de las experiencias en su trabajo cotidiano con personas mayores y las modificaciones ocurridas durante el ASPO en Buenos Aires. Se describen las trayectorias educativas y laborales de los profesionales y se analizan los facilitadores y los obstáculos en sus actividades. Mediante fuentes primarias y con base en una muestra no probabilística de tipo intencional, se realizaron 26 entrevistas en profundidad a través de plataformas virtuales. Los resultados muestran el compromiso de los profesionales para encarar diversas competencias antes y durante el aislamiento, en muchos casos sin contar con apoyo institucional.

Le sigue el capítulo 4 cuyo tema es **“Percepción de la calidad de vida en personas mayores de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en pandemia y pospandemia”**, a cargo de Liliana Findling y Marisa Ponce, que tiene como objetivo rastrear los principales aportes teóricos del concepto de calidad de vida. Además, se describen los resultados de una investigación sobre la percepción de la calidad de vida en personas de 60 años y más de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires durante el Aislamiento Social y Preventivo Obligatorio (ASPO), comparando los datos con otros estudios implementados durante el período 2021-2022. Se elaboró una encuesta virtual (a raíz del ASPO) sobre calidad de vida y por los efectos que produjo la pandemia en personas mayores de 60 y más años.

El capítulo 5 de María Paula Lehner referido a **“Las personas mayores y las tecnologías digitales durante la pandemia”** analiza la relación de las personas mayores con las Tecnologías Digitales (TD) para la comunicación, en un intento de mantener sus redes de pertenencia y evitar la soledad y el aislamiento. Se revisan algunas de las resoluciones de los organismos internacionales respecto de la inclusión de las personas mayores a la sociedad digital; se presentan datos de encuestas y estudios sobre el tema y, finalmente, se analiza cómo se reconfiguró la relación de las personas mayores con las TD durante la pandemia y pospandemia de Covid-19. Las personas mayores poco familiarizadas con las nuevas tecnologías, lograron adaptarse al mundo digital pero aún persisten desigualdades en el acceso y en la formación.

Esta sección finaliza con una contribución desde España de María Teresa Martín Palomo titulada **“Porque somos vulnerables e interdependientes, necesitamos cuidados”**, en la que propone una reflexión sobre la relación vulnerabilidad-cuidados. Cuestiona el concepto de dependencia, que en España organizó la legislación sobre cuidados, e invita a pensarlos desde la vulnerabilidad, para avanzar en la construcción de una sociedad democrática del cuidado. Concluye que la desigualdad del mundo se podría cartografiar en clave de los cuidados, preguntándonos: ¿cómo se reparte la provisión de cuidado, ¿quién lo recibe, quién lo proporciona, cómo lo hace y con qué?

La segunda sección se inicia con el aporte de Alejandro Klein, desde México, bajo el título **“Algunas encrucijadas y desafíos de la sociedad de envejecimiento”** en el que problematiza la emergencia de un modelo social en torno a la sociedad de envejecimiento. Al respecto, analiza diferentes transiciones, procesos de empobrecimiento, la pérdida de legitimidad de dispositivos de herencia que llevan al cuestionamiento de la tradición y la autoridad. Recupera la discusión sobre ciudadanización- descuidanización-aciudadanización de las personas mayores. Y también se ocupa de las experiencias subjetivas y las identidades emergentes en clave de fractura generacional.

En el próximo capítulo **“Promoción del Envejecimiento Saludable a partir de una perspectiva crítica”**, sus autoras brasileñas, Yadira Arnet Fernández, Zurema Domingos Mutange y Nanci Soares, provenientes del campo del trabajo social, analizan las contradicciones del enfoque de la Organización Mundial de la Salud para pensar la vejez de la clase tra-

bajadora. Destacan los diferentes condicionantes para la vejez de la población de Brasil y, en especial, lo que significa el envejecimiento en tiempos del capital.

“**Políticas Sociales de asistencia a las personas mayores en Argentina, Uruguay y Brasil**” se denomina el artículo de las autoras Adriana de Oliveira Alcântara y Solange Maria Teixeira, ambas trabajadoras sociales. A partir de una serie de cambios sociodemográficos que se observan en los tres países, las autoras se preguntan sobre similitudes y diferencias en las políticas de cuidados, sobre la organización social del cuidado y sobre el papel de las políticas sociales para reforzar o superar el familismo.

A continuación, el artículo “**Cuidados en pandemia y pospandemia. Personas mayores y trabajadores esenciales: emociones, preocupaciones y creatividad**” es una producción que, desde el campo de la psicología, hacen María Cristina Chardon, Sandra Borakievich, Roberto Montenegro, Marcelo Altomare, Liliana Cristiani y Leandro Gille. El trabajo analiza por un lado, las percepciones sobre el cuidado durante la pandemia de las personas mayores y de trabajadores esenciales del sector salud, y por otro, describe las actividades y la función cuidadora del Programa Institucional de Extensión para Adultas/os Mayores de la Universidad Nacional de Quilmes.

En “**Migración, cuidados y envejecimiento en el Conurbano Bonaerense**”, Paula Estrella analiza la experiencia de personas migrantes en el Municipio de José C. Paz, Provincia de Buenos Aires. Las diversas experiencias migratorias y los múltiples procesos de envejecimiento en vinculación a los cuidados y la salud son abordados desde una metodología cualitativa. Los relatos que recoge el trabajo recuperan la centralidad del trabajo como motivación para migrar pero también como motor de sus vidas que los encuentra en el presente activos, independientes y autónomos.

Mariana Cataldi presenta los resultados preliminares de una Beca Salud Investiga del Ministerio de Salud de la Nación. Bajo el título “**De casa al hospital y del hospital a casa. Movilidad de personas mayores para la atención de la salud**”, describe las prácticas de movilidad de las personas mayores para acceder a los servicios de atención de primer nivel de salud teniendo en cuenta barreras y facilitadores que les permiten el ejercicio del derecho a la salud.

Por su parte Daiana Strada, en “**El envejecimiento poblacional en la ciudad de Mar del Plata: el trabajo asociado como mecanismo de doble cuidado**” contribuye con los resultados de su tesis de graduación para la Licenciatura en Sociología. El capítulo analiza las experiencias laborales y asociativas de un grupo de mujeres en el marco de la Cooperativa de Cuidadores Domiciliarios Mar del Plata Ltda. que les permite cuidar y sentirse cuidadas.

Reconocimientos

Agradecemos especialmente a la profesora Elsa López por su constante sostén académico y de formación, por su dedicación a la docencia y a la investigación a lo largo de todos estos años y, especialmente, por su apoyo actual desde las sombras para dar a luz este libro.

Todos los capítulos fueron evaluados por pares que son colegas a quienes agradecemos haberse tomado su tiempo para elaborar sugerencias sobre la lectura.

A las autoridades y al personal administrativo del Instituto “Gino Germani” de la Facultad de Ciencias Sociales les reconocemos su constante apoyo. Y gracias también al Área Salud y Población del Instituto “Gino Germani” que es nuestro lugar de pertenencia.

Y, por último, a las instituciones financiadoras, la Universidad de Buenos Aires y el Ministerio de Ciencia y Técnica, que hicieron posible consolidar este equipo de investigación.

Invitamos a leer este libro que seguro será de interés para quienes se ocupan e investigan sobre las vejez.

Primera Sección

Políticas de cuidados y calidad de vida
para personas mayores en Argentina

Políticas sociales y cuidados para personas mayores y personas con discapacidad en Argentina (2016–2023)

María Pía Venturiello, Estefanía Cirino y María Cecilia Palermo

Introducción

El elevado envejecimiento demográfico acompañado de un sostenido crecimiento de la discapacidad (OMS, 2011) son fenómenos que influyen en las transferencias intergeneracionales, en el aumento de la demanda de los servicios de salud y de cuidados de larga duración y en las políticas de previsión social para las personas mayores. Este escenario plantea desafíos sociales y políticos a nivel estatal.

Durante largo tiempo las sociedades relacionaron la vejez con la enfermedad, con lo pasivo, con lo que debería ocultarse; sin embargo desde los últimos años del siglo pasado numerosos estudios enfocados en las ciencias sociales incorporaron el tema del envejecimiento en los análisis de las trayectorias vitales (Oddone, 2013). Esta perspectiva permite interpretar la edad como otra dimensión relevante para el conocimiento de los fenómenos sociales afirmando que hay múltiples vejezes. Del mismo modo, el creciente envejecimiento poblacional evidenció la necesidad de cuidados y la importancia de fomentar debates en torno a su provisión social (Findling *et al.*, 2020, 2022; Palermo *et al.*, 2020). En este sentido, para avanzar en el conocimiento de la situación de la población de 60 años y más, es preciso analizar las desigualdades sociales y los resultados de las políticas implementadas en materia de previsión social. Asimismo, las acciones públicas en relación a la discapacidad han sido históricamente escasas, aisladas y vinculadas a la rehabilitación y a la salud desde una perspectiva medicalizante (Venturiello, 2017a).

En Argentina, los principales actores públicos en el campo de la discapacidad coinciden en torno a la falta de políticas públicas específicas, a la desarticulación entre los distintos organismos del Estado

y entre estos últimos y las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) (Venturiello, 2017a). Ambos grupos poblacionales se caracterizan por ser considerados socialmente como “no productivos” y “no capaces”, generadores de dependencia del Estado y la familia (Oliver, 1990). De allí surgen las disputas en torno al grado de responsabilidad que debe asumir el Estado para responder a sus necesidades, de acuerdo con posiciones centradas en la perspectiva de derechos –que lo comprometen a responder– o el asistencialismo –que limita la ayuda a acciones voluntarias y discrecionales–.

En Argentina, garantizar los derechos de las personas con discapacidad y de los adultos mayores tiene una responsabilidad constitucional. Sin embargo, en un proceso de fragmentación de las políticas de protección social, las estrategias del Estado dirigidas a estas poblaciones ofrecen tanto oportunidades como obstáculos para que diferentes actores alcancen sus objetivos. En el contexto de pandemia operaron mecanismos de desprotección sobre los derechos de estos grupos, y así las dificultades se han visto agravadas.

El presente capítulo se propone explorar y analizar la política de cuidados en la Argentina destinada a las personas mayores y las personas con discapacidad desde 2016 hasta la actualidad. En este sentido, se plantean los siguientes interrogantes: ¿qué políticas se han desarrollado en los dos últimos períodos presidenciales para dar respuesta a las necesidades específicas –tanto históricas como novedosas– de estas poblaciones? ¿Cómo se cumplen las leyes vigentes de protección integral para las personas con discapacidad? ¿Cómo afectan las reformas previsionales la situación de los jubilados y pensionados actuales y futuros? ¿Cómo afectaron las medidas gubernamentales desarrolladas durante el período de Covid-19 a estas poblaciones?

Las proyecciones poblacionales realizadas por el INDEC a partir del Censo 2010¹ estiman que para 2022 la República Argentina contará con 7.429.972 personas de 60 años y más, por lo que el porcentaje de personas mayores será del 16,1%. Por otro lado, según el Censo de 2010, 5.114.190 personas se encuentran en condición de discapacidad (12,9%) y su prevalencia es mayor entre las mujeres (14%). De ellas, 2.081.878 (40%) tienen 60 años o más. En un relevamiento del Institu-

1 Los datos actualizados correspondientes al Censo realizado en 2022 para la población con discapacidad y la población mayor no están disponibles, tampoco está desagregado por grupos de edad.

to Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC, 2018), se indica que un total de 3.571.983 personas de 6 años y más presentan alguna dificultad, con una prevalencia del 10,2%. Para el grupo poblacional mayor de 65 años de edad, la prevalencia es más alta en las mujeres, con un valor de 26% para el grupo etario de 65 a 70 años de edad, y de 50,4% para las mayores de 80 años de edad.

En el país, el marco legal vigente sobre discapacidad se encuentra en un estado avanzado respecto del reconocimiento de derechos, aunque estos no se hacen efectivos a causa del alto incumplimiento de las leyes (Fara, 2010).

Las medidas aplicadas en el período 2016-2019 orientadas a la previsión social y de salud de las personas adultas mayores y personas con discapacidad indican un corrimiento del Estado y un aumento en la responsabilidad individual como mecanismo de respuesta al riesgo social. Estas acciones acentúan la responsabilidad individual como la prevención y la proactividad, con una consecuente disminución del rol protector del Estado (Findling, Venturiello y Cirino, 2018; Palermo, Venturiello y Tiseyra, 2020).

Metodología

A partir de un diseño exploratorio y descriptivo se recolectaron diversas fuentes secundarias, tales como leyes y decretos, encuestas poblacionales, noticias publicadas en diarios nacionales. El análisis se realizó en dos etapas: 1º) Se relevó información estadística que permitiera caracterizar a la población mayor que posee algún tipo de discapacidad, tomando como referencia los datos otorgados por organismos públicos, como el caso del INDEC y específicamente, el Estudio Nacional sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad (INDEC, 2018); 2º) Se sistematizaron las políticas desarrolladas en los últimos ocho años dirigidas a las personas mayores y a las personas con alguna discapacidad, tanto en su publicación en el Boletín Oficial como en la comunicación realizada en diversos diarios nacionales.

Para el análisis, se consideraron las siguientes dimensiones: características sociodemográficas, políticas públicas y sociales, programas desarrollados por los últimos dos gobiernos de la Argentina, acceso al sistema de

previsión social de las personas mayores y las personas mayores con discapacidad, existencia (o no) de cuidado para estas personas, características generales con respecto a su salud.

Jubilaciones, pensiones y certificación de la discapacidad

El país registra una elevada cobertura previsional que se acerca al 93% de la población de personas mayores (ANSES, 2023). La edad promedio jubilatoria es de 64 años, no obstante, es posible observar heterogeneidades: no todas las personas tienen el mismo acceso a la salud y difieren en la percepción de haberes jubilatorios, sobre todo en los hogares de estratos socioeconómicos más bajos.

La extendida cobertura que alcanzó el país se debe a las moratorias previsionales (creadas en 2005 y ampliadas en 2014 y en 2016, 2019 y 2022) enmarcadas en el “Plan de Inclusión Previsional”, las cuales produjeron un aumento considerable de la cantidad de personas en edad de jubilarse sin suficientes años de aportes. Esta política incluyó a mujeres que dedicaron gran parte de su vida a las tareas del hogar y del cuidado con escasos trabajos formales. Sin embargo, la creciente inflación que se aceleró en los últimos años redundó en una caída en los ingresos en general y en los haberes jubilatorios en particular (Messina, 2023; Poy *et al.*, 2023).

El país, según el Censo 2022, tiene 47 millones de habitantes y se estima para ese año que el 16% de las personas tenían 60 a más años. Y las proyecciones para 2050 indican que una cuarta parte de la población alcanzará los 60 años y más (Oliveri, 2020).

La distribución de este porcentaje es heterogénea: el envejecimiento es mucho más pronunciado en la región central del país. Actualmente, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) (21,7%), Santa Fe (16,1%), La Pampa (15,6%), Córdoba (15,5%) y Buenos Aires (14,8%), son las provincias con mayor envejecimiento poblacional (Subsecretaría para Personas Mayores, CABA, 2023). En base al aumento de la esperanza de vida, se proyecta que los mayores de 80 años constituirán para 2030 el 20% del total y es el segmento que más ha crecido en el último tiempo. Paralelamente se confirma el proceso de feminización de la población (Ministerio de Salud, 2020).

El 76,5% de los beneficiarios del SIPA (Sistema Integrado Previsional Argentina) corresponden a jubilaciones por vejez, y de ese total el 65,1% son mujeres. La edad promedio de estos jubilados y jubiladas es de 74 y 72,9 años, respectivamente. El haber mínimo en septiembre de 2023 alcanzó los \$ 114.460 (aproximadamente usd 160) (ANSES, 2023). Algo más de la mitad (54%) de los beneficiarios tiene entre 60 y 74 años y 4 de cada 10 son mayores de 75 años. Las inequidades en el monto de los haberes en parte se deben a la política de moratoria que se implementó en 2014 y que sigue aún vigente y condona deuda previsional para quienes llegan a la edad jubilatoria sin reunir los aportes requeridos por ley, otorgando un haber mínimo. El 63% de las personas jubiladas han podido obtener este beneficio a través de la moratoria. Y, sobre todo, son las mujeres las que lograron conseguirlo a través del reconocimiento de aportes por tareas de cuidados:² en diciembre de 2022, 250 mil madres percibieron su jubilación (ANSES, 2022).

La Pensión Universal para Adultos Mayores (PUAM) es una prestación dirigida a personas de 65 años y más que no cuentan con ninguna jubilación ni pensión. Se creó por la Ley N° 27.260 (julio de 2016), otorgando una prestación del 80% del haber mínimo jubilatorio, con edad de retiro a 65 años para ambos sexos, sin requisitos de tiempo de servicios con aportes, sin pensión derivada y sujeta a evaluación económica. Los beneficiarios son, casi en su totalidad, varones (90,5%). A marzo de 2023, 290.800 personas (4% del total del SIPA) han recibido este beneficio (ASAP, 2023).

Se debe subrayar que 9 de cada 10 personas mayores cuentan con cobertura de salud (plan de salud, obra social o prepaga) y el resto posee cobertura del sector público. Sin embargo, los servicios de la Obra Social para Jubilados y Pensionados (PAMI) distan de ser eficientes.

Tres de cada cuatro jubilados en la Argentina tienen un ingreso que no llega a cubrir la canasta básica de la persona mayor³ que en la actualidad alcanza a \$ 202.064 y aumentó en un año un 102% (Gerontovida, 2023).

2 El reconocimiento de aportes por tareas de cuidado busca "reparar una desigualdad histórica estructural" computando un año de aportes por cada hijo/a.

3 Los rubros que componen esta canasta del adulto mayor son alimentos, productos de higiene y limpieza, medicación e insumos de farmacia, impuestos y servicios, transporte, vestimenta, gastos de vivienda y recreación.

Otros aspectos del contexto socioeconómico que inciden en la calidad de vida de las personas mayores, además de la percepción de haberes, son los relevados por el Observatorio de la Deuda Social relativos a datos de los hogares en los que residen personas mayores (Amadasi *et al.*, 2022). Así se desprende que en los hogares con personas mayores, el 40% declara ingresos insuficientes. Los que tienen 75 años y más, los que detentan mayor nivel educativo y quienes viven en CABA, poseen una mejor situación relativa. Las ayudas externas en los hogares con personas mayores son más elevadas que entre los hogares que no cuentan con miembros de esas edades.

En 2018, el INDEC encaró el Estudio Nacional sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad (en adelante Perfil) con la finalidad de cuantificar y describir las características de las personas con dificultades. Allí se detecta que 3.571.983 personas de 6 y más años de edad tienen algún tipo de discapacidad. De ellas, el 33,4% posee el certificado de discapacidad vigente, requisito para acceder a derechos específicos reconocidos. Entre las personas adultas mayores con dificultad, el 24% cuenta con dicho certificado y tiene entre 65 y 79 años y un 10% tiene 80 años y más. La mitad de las personas con discapacidad (sin distinción de edad) utilizan el Certificado Único de Discapacidad (CUD) para el pase libre de transporte, y algo menos de la mitad para solicitar la cobertura integral de medicación y salud.

En relación al origen de la discapacidad, las personas de 65 a 79 años indicaron que el promedio de edad de inicio de su dificultad fue a los 55 años (de ellos, casi la mitad afirma que fue debido a una enfermedad/síndrome, y en menor medida se debió a problemas asociados a la vejez o a accidentes). A medida que se envejece crece el promedio de edad de origen y cambia el porcentaje de las causas: en el grupo de 80 años y más, el promedio de la edad origen de la dificultad se ubica a los 72,2 años (la mitad señala que las causas de origen fueron problemas asociados a la vejez, seguidos por alguna enfermedad/síndrome, y muy pocos por accidentes) (INDEC, 2018). Respecto a la percepción de jubilaciones y pensiones, del total de la población de esta muestra el 49% solo cuenta con jubilación, el 28% solo con pensión por invalidez laboral, el 13% con jubilación y pensión y el 10% solo con pensión por fallecimiento del titular o pensión de otro tipo.

Políticas públicas, cuidados y salud

El cuidado y quien lo ejerce (para sí o para otros) remite a un problema de ejercicio de derechos o de disminución de desigualdades como condición de una política pública (Pautassi, 2007). En relación a las políticas de cuidados para personas mayores pueden delinarse dos perspectivas: a) implementar respuestas a necesidades de ciertos grupos de población a ser cuidados con un enfoque de estrategias focalizadas (generalmente, los más vulnerables) y la implementación de programas puntuales (tal como ocurre en la Argentina); y b) considerar la organización social de los cuidados como asunto de intervención pública con la instrumentación de políticas universales (como los casos de Uruguay o Costa Rica). La Argentina carece de una política integral de cuidados y los programas destinados a personas mayores se abordan de manera parcial y poco coordinada.

Aguilar Villanueva (1992) define la política pública como una arena política en la que convergen, luchan y conciertan las fuerzas políticas y es una manera de reparar la “letra muerta” de los Estados, es decir las legislaciones, los marcos normativos y los programas. Las políticas sociales constituyen el ámbito en el que se resuelve la cohesión social y el poder de integración a un conjunto de servicios sociales y normas institucionales prestados por el Estado (jubilaciones y pensiones), y a instancias de gestión y/o control (obras sociales, asignaciones familiares, seguros de desempleo) (Danani, 1998). Estas políticas deben enmarcarse en un espacio crítico y son el resultado de la politización del ámbito de la reproducción. Las políticas sociales reflejan cómo una determinada sociedad se acerca o se aleja del reconocimiento de las necesidades de su población y cuál es su capacidad de protección (Grassi, 2003).

¿A qué se refiere la capacidad de protección social? Es el alcance de las necesidades de prestaciones y servicios que brinda la seguridad social. Las necesidades pueden ser: a) cuantitativas: cuánto y hasta dónde son satisfechas, para qué sectores de población y, b) cualitativas: calidad y garantías provistas por el sistema (Danani e Hintze, 2011). En ese sentido la protección social es parte de las condiciones generales de la reproducción de la fuerza de trabajo y, por lo tanto, de la reproducción de la vida del conjunto de la población en una sociedad capitalista (Danani e Hintze,

2014). Los aspectos que condicionan el bienestar o malestar de las personas de más edad son de diversa índole. El impacto de las repetidas crisis económicas son fenómenos de larga duración, que se extienden desde los aspectos materiales hasta los simbólicos e impactan en la percepción de haberes de las personas mayores (Findling, López y Cirino, 2020). En cuanto a las personas con discapacidad, estas enfrentan barreras de accesibilidad arquitectónicas, culturales y sociales que generan desventajas a su participación social en igualdad de condiciones con el resto de la población.

Las políticas de protección y previsión social en los últimos años

Período 2016–2019

Bajo una impronta de un Estado de índole neoliberal, durante la gestión macrista se implementaron estrategias que modificaron el rumbo del anterior gobierno⁴ en materia de previsión social para jubilados y pensionados. Una de las primeras acciones fue la Ley N° 27.260/16 creando el Programa Nacional de Reparación Histórica para Jubilados y Pensionados. Dicho Programa reconoce, en parte, errores en los montos de jubilaciones y propone una actualización para aquellos que hayan iniciado o no un juicio por reajuste de haberes). Además se creó la PUAM y se extendió la Moratoria previsional (con restricciones para quienes pretenden obtener el beneficio jubilatorio y no cuenten con los años de aportes necesarios) (Sosa y Mársico, 2018; Findling *et al.*, 2020).

A partir de la Ley N° 27.426 de Reforma Previsional, aprobada a fines de 2017, se modifica el cálculo de los haberes jubilatorios, aunque su aprobación legislativa suscitó serias controversias en las inmediaciones del Congreso Nacional. Esta ley utiliza como base el 70% de inflación (de acuerdo con la medición del IPC del INDEC) y el 30% de la variación de la Remuneración Imponible Promedio de los Trabajadores Estables (RIPTE). Ambos indicadores (IPC y RIPTE) se aplicaron con dos períodos de atraso. Estas modificaciones abarcaron a 17 millones de beneficiarios (jubilados, pensionados, asignaciones familiares, asignacio-

4 Nos referimos al gobierno de Cristina Fernández de Kirchner, entre los años 2007 y 2015.

nes universales por hijo, pensiones no contributivas, veteranos de guerra) (González y González Etkin, 2017). También se instituye una garantía adicional para los haberes jubilatorios equivalente al 82% del salario mínimo, vital y móvil para jubilados que hayan aportado durante 30 años.

En abril de 2016, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI) creó un nuevo Listado de Remedios en el que se excluían de la cobertura del 100% cerca de 160 medicamentos pasando al 50%. Para obtener este beneficio se deben cumplir con determinadas condiciones: cobrar menos o el equivalente a 1,5 haberes previsionales mínimos, no poseer más de una propiedad, un auto o embarcación de no más de diez años de antigüedad y no contar con cobertura de salud adicional a través de una empresa de medicina prepaga (Findling, Venturiello y Cirino, 2018).

En este período los haberes previsionales generaron pérdidas del poder adquisitivo para jubilados y pensionados del 13% en 2018 y de un 2% en 2019, pese a contemplar los incrementos por inflación.

Con respecto a las medidas dirigidas a la población con discapacidad, durante el gobierno de Mauricio Macri, en 2017 se anunció el Plan Nacional de Discapacidad y la conformación, mediante el Decreto N° 698/2017, de la Agencia Nacional de Discapacidad en la órbita de la Secretaría General de la Presidencia de la Nación. Este decreto disolvió la Comisión Nacional Asesora para la Integración de las Personas con Discapacidad (CONADIS), y se otorgó a la Agencia Nacional la asignación de pensiones no contributivas por invalidez laboral. Se disolvió el Servicio Nacional de Rehabilitación, cuya estructura pasó a depender de la Agencia. De este modo, hasta la actualidad, la Agencia Nacional de Discapacidad centraliza y da continuidad a las competencias, recursos, misiones y funciones de la CONADIS, el Servicio Nacional de Rehabilitación, el Programa Federal Incluir Salud y la Comisión Nacional de Pensiones Asistenciales (referidas a pensiones por invalidez).

Asimismo, en 2017, se tomaron medidas relativas a las pensiones por invalidez laboral reforzando las lógicas de merecimiento y sospecha hacia las personas beneficiarias (Venturiello, Palermo y Tiseyra, 2020). El Ministerio de Desarrollo Social dio de baja 70 mil pensiones por discapacidad por considerar que no se cumplían los requisitos económicos para recibirla sin que esto fuera acompañado por el informe socioambiental correspondiente. En respuesta a la quita de pensiones, la Red por los De-

rechos por las Personas con Discapacidad (REDI) presentó un amparo y ganó en todas las instancias. Por otro lado, el monto económico de las pensiones no contributivas (por discapacidad) se actualiza con el nuevo índice establecido por la reforma jubilatoria sancionada en diciembre de 2017. De este modo, hasta ahora la disminución de las actualizaciones jubilatorias afecta en igual medida a quienes perciben pensión por discapacidad como al resto de los jubilados y pensionados.

Período 2020–2023

La gestión del presidente Alberto Fernández –quien asumió en diciembre de 2019– presenta varios aspectos que merecen destacarse en relación a políticas para personas mayores:

1. La suspensión de la fórmula de movilidad y su modificación en base a inflación y salarios. Los aumentos por decreto estipulados y los bonos extraordinarios para quienes cobran la jubilación mínima permitieron una mejora (pero no quedaron incorporados a los haberes). Para el resto de los pasivos esta medida implicó una pérdida más significativa en comparación a la fórmula anterior. Sin embargo, el acelerado proceso inflacionario produjo un deterioro general de todos los haberes jubilatorios. En 2023, se habilitaron bonos anexados a los haberes jubilatorios mínimos y a las pensiones para paliar las consecuencias de la crisis inflacionaria; sin embargo, estas no son medidas que modifiquen estructuralmente los haberes vigentes.
2. La creación de dos instancias estatales relacionadas con los cuidados y con la asistencia para las personas mayores: a) la Dirección Nacional de Políticas de Cuidados del Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad, cuyo objetivo es lograr una redistribución más justa de las tareas de cuidado y la elaboración de un Mapa Federal de los Cuidados con el apoyo de la CEPAL y b) la Dirección Nacional de Cuidados Integrales de la Secretaría de Economía Popular del Ministerio de Desarrollo Social que intenta, entre otros objetivos, profesionalizar y acreditar saberes a partir de la Diplomatura de Cuidados de Personas Mayores. Asimismo, en 2022 se presentó el proyecto de ley “Cuidar en igualdad” que busca implementar una política de cuidados integral. Este proyecto se presentó desde el Poder Ejecutivo y contiene arti-

culados sobre cuidados, género e infancias pero aquellos dirigidos a personas mayores son más inespecíficos.

La propuesta sigue en comisiones y está estancada en el Congreso de la Nación sin un tratamiento concreto. El debate se extenderá a todo el país a nivel local, provincial y municipal teniendo en cuenta la mirada de las organizaciones sociales que encaran espacios comunitarios de cuidado (Telam, 2022).

3. En relación a la restricción de medicamentos aplicada en PAMI por el gobierno de Macri, se restituyó el beneficio del 100% de los medicamentos para enfermedades crónicas y se otorgó mayor libertad de elección para algunas especialidades.
4. La pandemia visibilizó las desigualdades persistentes en las sociedades y, en muchos casos, las ha profundizado. En la Argentina, los problemas asociados a la medida de Aislamiento Social Preventivo Obligatorio (ASPO) expresan las carencias estructurales de diversos sectores y regiones del país, principalmente aquellas vinculadas a la marginalidad, precariedad laboral y déficits habitacionales. Se dividió a la población en grupos de riesgo, uno de los cuales contemplaba a las personas mayores (60 años y más). En el anexo II de la Resolución 627/2020, publicada en el Boletín Oficial el 19 de marzo, se indicó que las personas mayores de 60 años deberán:

- Permanecer en el domicilio la mayor parte del tiempo y minimizar el contacto social.

- Evitar contacto con personas con síntomas respiratorios o personas que volvieron de zonas afectadas en los últimos 14 días.

- No asistir a actividades sociales, lugares de alto tránsito y aglomeración de personas.

Las políticas en discapacidad de 2020 están asociadas a las necesidades que marcó la pandemia del Covid-19. En particular, las medidas generales no contemplaron inicialmente las dificultades estructurales de acceso a la salud de la población con necesidades específicas de cuidado, como es el caso de algunas personas con discapacidad. Ello devino en una profundización de tales dificultades ante la suspensión de atención en consultorios, la interrupción de servicios por parte de prepagas, la falta de transporte y de medicamentos, entre otras barreras (ONU, 2020).

Una vez decretado el ASPO, frente a las demandas de la sociedad civil, se implementaron medidas para la población con discapacidad. Algunas personas fueron exceptuadas del aislamiento obligatorio⁵ bajo ciertas condiciones que demostraran la necesidad de realizar determinadas actividades esenciales para sostener su bienestar. Otra decisión gubernamental determinó la extensión de la vigencia por noventa días del CUD ampliando las coberturas. Sobre las prestaciones básicas que se brindan en centros de día, centros de rehabilitación ambulatorios y prestaciones de consultorios (ONU, 2020), la Agencia Nacional de Discapacidad (ANDIS) priorizó el criterio epidemiológico y las suspendió preventivamente. Ello tuvo consecuencias tanto para las instituciones prestadoras de servicios y apoyos como para las personas con discapacidad y sus familias. La mayor vulnerabilidad de esta población se vio reflejada en los datos de letalidad de 2020. Según el informe desarrollado por Sistemas de Información de la Dirección Nacional de Políticas y Regulación de Servicios de la Agencia Nacional de Discapacidad, se observó que hasta el 23 noviembre de ese año “se encontraban confirmados 664.799 casos de COVID-19 en toda la Argentina de los cuales el 2,9% (18.986 casos) corresponden a personas con discapacidad con CUD y que el índice de letalidad entre la población con discapacidad con CUD (7%) fue mucho mayor que el de la población sin CUD (2,2%) (ANDIS, 2020).

Entre las medidas implementadas ante el impacto del ASPO en las instituciones prestadoras se encuentran los siguientes programas:

- a. Programa de asistencia económica a hogares y residencias para personas con discapacidad en el marco de la emergencia Covid-19, destinado a cubrir los gastos para la adquisición de insumos y elementos de protección.
- b. Programa de asistencia económica a talleres protegidos de producción en el marco de la emergencia Covid-19.
- c. Programa del Banco de la Provincia de Buenos Aires destinado a las áreas de discapacidad provinciales para la compra de insumos y que se solicitan a través de sus organismos administrativos de dependencia.
- d. Asimismo, es importante destacar el trabajo de articulación de la ANDIS con el Ministerio de las Mujeres, Género y Diversidad para

⁵ Esto fue permitido bajo ciertas condiciones establecidas en la Resolución 77/202.

abordar de manera conjunta la capacitación en temas de cuidados, género y discapacidad, mediante el Programa “Mujeres, Género, Discapacidad y Cuidado”, donde fueron convocadas a participar distintas Organizaciones de la Sociedad Civil.

Entre las medidas llevadas adelante con posterioridad a la crisis ocasionada por la pandemia, se encuentra la consulta federal realizada en 2022 en busca de aportes para la elaboración de una nueva ley nacional de discapacidad, desde una perspectiva de derechos, que reemplace a la Ley 22.431. Asimismo, se modificó el plazo para la renovación del CUD: a partir de marzo de 2023, aquellos que previamente debían renovarse cada diez años fueron otorgados sin vencimiento.

En los últimos años, las temáticas de género, cuidados y derechos sexuales han adquirido mayor fuerza entre las mujeres con discapacidad (Tiseyra, Palermo y Venturiello, 2022). Como resultado de estas luchas se encuentra la Ley 27.655 de 2021 que prohíbe la esterilización forzada de las mujeres en situación de discapacidad, históricamente vulneradas en este área.

Esta recopilación nos permite inferir, por un lado, que entre ambos períodos se registran ciertas continuidades. Con respecto a las políticas orientadas a las personas mayores, permanecen ciertos derechos básicos aunque se han generado modificaciones. La PUAM, creada en 2016 se mantiene hasta la actualidad. En el caso de las jubilaciones se han modificado las fórmulas de actualización de los montos percibidos, mientras que en relación a los medicamentos para enfermedades crónicas otorgados por PAMI su cobertura pasó nuevamente a ser del 100%.

En el caso de las políticas focalizadas en discapacidad, entre el gobierno de Macri y el de Fernández se dio continuidad a la ANDIS –en lo que refiere a su estructura, alcance y función–.

Por otra parte, las rupturas entre ambos períodos se relacionan, principalmente, con el advenimiento del Covid-19 y la necesidad de desarrollar políticas y acciones frente a esta situación y la posterior acentuación de la crisis inflacionaria.

Las consignas y medidas orientadas a las personas mayores y a las personas con discapacidad en este último período estuvieron signadas por la pandemia, la pospandemia y una falta de foco en las necesidades específicas de cuidado.

La consigna “quedate en casa” esgrimida por el Gobierno nacional, haciendo caso omiso de la continuidad de tratamientos, terapias y actividades, no consideró las necesidades y demandas de esos grupos poblacionales. De todas maneras, estas problemáticas no suelen ocupar un lugar preponderante en las agendas políticas, incluso en momentos no afectados por una pandemia. En ese sentido, se observan continuidades en políticas focalizadas que tienden a fragmentar las necesidades de ambos grupos sociales y que, por ende, no dan respuestas integrales. Las medidas del gobierno liderado por Fernández con la creación de entidades gubernamentales que trabajen desde la perspectiva del cuidado, muestra un intento de cambio sobre este tema que debe ser contrastado con hechos y datos para conocer su impacto.

Conclusiones

Desde fines de 2015 hasta 2019, las transformaciones acaecidas en protección social y salud muestran una retracción del Estado en su responsabilidad sobre el riesgo social. La gestión de Macri implicó un viraje con respecto a las estrategias implementadas previamente.

El gobierno de Alberto Fernández redujo el gasto en la percepción de haberes para las personas mayores aunque se intentó mejorar el haber mínimo. A la vez, se crearon instancias estatales relacionadas con cuidados y asistencia para personas mayores. Se iniciaron acciones novedosas tales como la articulación con el Ministerio de las Mujeres en relación a políticas de género. No obstante, las medidas implementadas durante el ASPO dieron lugar a un escenario en donde se evidenciaron y profundizaron las desigualdades, a pesar de los esfuerzos realizados.

Por un lado, la población de 60 años y más fue identificada como población de riesgo y se le indicó el máximo aislamiento posible, minimizando el contacto social y reduciendo los espacios circulables. Cabe señalar que, si bien las personas mayores fueron indicadas inicialmente como población de riesgo, la edad promedio de contagio presentó una disminución por la mayor conciencia de autocuidado de este grupo poblacional en contraposición a un mayor descuido por parte de adultos o jóvenes.

Por otro lado, si bien se tomaron medidas tales como la extensión de la vigencia del CUD y la habilitación para circular orientada a la población con determinado tipo de discapacidad o necesidad, la ANDIS priorizó el criterio epidemiológico y suspendió la continuidad de prestaciones de servicios y apoyos esenciales para el funcionamiento de las personas con discapacidad y sus familias en relación a la asistencia, apoyo y cuidado.

Estas medidas orientadas a personas mayores y a personas con discapacidad durante el ASPO fueron fundamentadas en la necesidad y el imperativo de cuidado. No obstante, cabe preguntarse qué sentido le fue asignado a dicho concepto.

La crisis inflacionaria y económica que siguió a la pandemia supone una acentuación de la fragilidad social de las poblaciones vulnerables aludidas. Frente a ello las medidas de transferencia económicas compensatorias –como los bonos– constituyen ayudas necesarias que deben complementarse puesto que no resultan suficientes frente a la creciente dificultad de acceso a bienes y servicios.

El futuro del sistema de previsión social es complejo e incierto ya que su financiación proviene en gran parte de una tributación general notoriamente regresiva a lo que se suma el elevado índice de informalidad laboral que reduce la cantidad de aportantes. Si la organización del sistema de protección social continúa estructurada según los principios contributivos de tipo tradicional, seguirá expuesta a los vaivenes del mercado de trabajo.

Las estrategias del Estado dirigidas hacia personas mayores no consideran políticas de largo alcance ni los cambios producidos en los últimos años relativos a la prolongación de la vida y la disminución de las posibilidades y recursos de las familias para hacerse cargo de las personas mayores.

La población con discapacidad encuentra permanentemente amenazado su lugar en la participación económica así como en las ayudas sociales por parte del Estado. Nuevas demandas relativas al colectivo de mujeres enfatizaron la importancia de atender también aspectos relativos a los cuidados y los derechos sexuales y (no)reproductivos, que muestran cierto avance contra la esterilización forzada.

En este sentido, aún no se puede afirmar que exista una práctica de cuidados en el marco de una organización social que dé una respuesta efectiva a las necesidades de grupos excluidos.

Referencias bibliográficas

- ANDIS (2020). “Anuario Estadístico del Registro Nacional de Personas con Discapacidad”. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/02/andis._anuario_estadistico_del_registro_nacional_de_personas_con_discapacidad._ano_2019_-_2020.pdf
- Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES) (2022). “Informe de Estadísticas de la Seguridad Social IV Trimestre 2022”. <https://www.anses.gob.ar/sites/default/files/archivo/2023-04/Informe%20de%20Estad%20C3%ADsticas%20de%20la%20SS%20IV%20Trimestre%202022.pdf>
- . (2023). *Plan de pago de deuda previsional. Documento de Políticas Públicas*. Agosto 2023. Disponible en: https://www.anses.gob.ar/sites/default/files/2023-08/DPP_Plan%20de%20Pagos.pdf
- Aguiar Villanueva, L. (1992). *La hechura de las políticas. Antologías de Política Pública*. México, Miguel Ángel Porrúa.
- Amadasi, E. y C. Tinoboras (2015). *Condiciones de vida e integración social de las personas mayores: ¿diferentes formas de envejecer o desiguales oportunidades de lograr una vejez digna?* Buenos Aires, Educa.
- Amadasi, E.; S. Rodríguez Espínola y C. Garofalo (2022). “Condiciones de vida de las personas mayores (2017–2021). Vulnerabilidades en clave de pandemia por COVID-19”. *Documento Estadístico – Barómetro de la Deuda Social con las Personas Mayores*, 1ª ed. Buenos Aires, Educa. <https://wadmin.uca.edu.ar/public/ckeditor/Observatorio%20Deuda%20Social/Documentos/2022/2022-Observatorio-Doc-Estadistico-PersonasMayores.pdf>
- ASAP (2023). “Informe de la Seguridad Social”. N°1, junio 2023. Disponible en: https://asap.org.ar/img_informes/07071520_InformeN1SeguridadSocialASAP.pdf
- Danani, C. (1998). *Los procesos que esconde la reforma de la Seguridad Social. Argentina: el caso de las obras sociales*. XXI LASA International Congress. <http://lasa.international.pitt.edu/LASA98/Danani.pdf>
- Danani, C. y S. Hintze (coords.). (2011). *Protecciones y desprotecciones (I): problemas y debates de la seguridad social en la Argentina*. Los Polvorines, Universidad Nacional de General Sarmiento.
- . (2014). *Protecciones y desprotecciones (II): problemas y debates de la segu-*

- idad social en la Argentina*. Los Polvorines, Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Dirección Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) (2018). *Anuario Estadístico de la República Argentina*, Vol. 33. Disponible en: https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/publicaciones/anuario_estadistico_2018.pdf
- . (2020). *Encuesta Anual de Hogares 2019. Estructura de la Población*. Buenos Aires, Dirección General de Estadísticas y Censos.
- Fara, L. (2010). Análisis de la normativa nacional orientada a persona con discapacidad. En Acuña, C. y L. Bulit Goñi (comps.). *Políticas sobre discapacidad en la Argentina. El desafío de hacer realidad los derechos*, pp. 125-190. Buenos Aires, Siglo XXI.
- Findling, L.; E. López y E. Cirino (2020). Políticas sociales y desigualdades en salud: un panorama sobre las personas mayores en el Gran Buenos Aires. *Cuestiones de Sociología*. La Plata, Universidad Nacional de La Plata, N° 22.
- Findling, L.; M. P. Lehner y E. Cirino (2022). “Narrativas sobre la vejez, las familias y el Estado de profesionales que trabajan por el bienestar de personas mayores en Buenos Aires”. *Population Aging in Latin America*, N° 1: 7-23, marzo. Oxford Institute of Population Aging.
- Findling, L.; M. Venturiello y E. Cirino (2018). Restringiendo derechos para las personas mayores y con discapacidad. Un panorama de las políticas de previsión social y salud en el marco del nuevo Estado neoliberal. *Entramados y Perspectivas*, Vol. 8: 56-89.
- Frenk, J.; T. Frejka; J. Bobadilla; C. Stern; R. Lozano; J. Sepúlveda y M. José (1991). “La transición epidemiológica en América Latina”. *Bolt of Sanit Panam*, Vol. 6, N° 111: 485-496.
- Gerontovida (2023). “Canasta de jubilados: ya cuesta poco más de \$ 200.000”. Disponible en: [https://www.gerontovida.org.ar/noticias/ARTICULOS/Canasta-de-jubilados:-ya-cuesta-poco-m%C3%A1s-de-\\$-200.000/1746](https://www.gerontovida.org.ar/noticias/ARTICULOS/Canasta-de-jubilados:-ya-cuesta-poco-m%C3%A1s-de-$-200.000/1746)
- González, H. y L. González Etkin (2017). Reforma Previsional. Un proyecto de ley inconstitucional, regresivo, que vulnera los derechos humanos de los trabajadores. *Boletín Reforma Previsional*: 1-14.
- Grassi, E. (2003). *Políticas y problemas sociales en la sociedad neoliberal. La otra década infame (I)*. Buenos Aires, Espacio Editorial.

- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) (2010). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas*. Buenos Aires, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.
- . (2018). *Estudio Nacional sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad*. Buenos Aires, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.
- Messina, G. M. (2023). Expansión, fragmentación y desigualdad en el sistema previsional argentino (2003-2019). *Estudios Sociales del Estado*, Vol. 9, Nº 17. Disponible en: <https://www.estudiossocialesdeleestado.org/index.php/ese/article/view/219>
- Ministerio de Salud de la Nación (2020). “Estado de situación de salud de las Personas Mayores Año 2020”. https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2022-11/situacion_personas_mayores_23-11-2022.pdf
- Oddone, J. (2013). *Antecedentes teóricos del Envejecimiento Activo. Informes Envejecimiento en red*, Nº 4, Madrid.
- Oliver, M. (1990). *The politics of disablement*. Londres, Macmillan
- Oliveri, M. L. (2020) *Envejecimiento y atención a la dependencia en Argentina*. BID, Nota Técnica NºIDB-TN-2044. Disponible en: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/viewer/Envejecimiento-y-atencion-a-la-dependencia-en-Argentina.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU) (2020). *Análisis inicial de las Naciones Unidas Covid-19 en Argentina: impacto socioeconómico y ambiental*. <http://www.onu.org.ar/stuff/Informe-COVID-19-Argentina.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2011). *Informe Mundial sobre la Discapacidad*. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://www.oas.org/es/sedi/ddse/paginas/documentos/discapacidad/DES-TACADOS/ResumenInformeMundial.pdf>
- Palermo, C.; E. Cirino y L. Findling (2020). “¿Existen barreras en el acceso a consultas y participación? Las trayectorias de las personas mayores en la Ciudad de Buenos Aires”. *Revista Sociedad*, Nº 41: 88-102.
- Palermo, C.; M. Venturiello y M. V. Tiseyra (2 al 4 de septiembre 2020). *Políticas públicas en discapacidad en la Argentina durante el período 2016-2019: tensiones en torno a derechos y merecimientos. XII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población*. Buenos Aires, Instituto de Investigaciones Gino Germani.
- PAMI (2017). *Boletín del INSSJP*, 12(2882), Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. http://institucional.pami.org.ar/files/boletines_inssjp/27-09-17.pdf

- Pautassi, L. (2007). *El cuidado como cuestión social desde un enfoque de derechos*. CEPAL, Serie Mujer y Desarrollo 87.
- Poy, S.; R. Robles; V. Ledda y A. Salvia (2023). Aumento de la desigualdad del ingreso antes y después de la crisis del Covid-19 en Argentina. *Problemas del Desarrollo. Revista Latinoamericana de Economía*, Vol. 54, N° 212.
- Roqué, M.; H. Letchner; J. Strada y F. De Marizani (2019). *Informe sobre la situación de las personas mayores. El impacto inflacionario en los Medicamentos*. Centro de Estudios Políticos para Personas Mayores (CEPA) y Asociación Latinoamericana de Gerontología Comunitaria.
- Seda, J. (2015). *Discapacidad y derechos: evolución en la legislación y jurisprudencia en la República Argentina. Impacto de la Convención Internacional por los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Tesis de doctorado. Buenos Aires, Facultad de Derecho, Universidad de Buenos Aires.
- Sosa, G. y Mársico, N. (2018). Recorte a los jubilados a medida del FMI. *Nuestras Voces, Periodismo Ciudadano*. <http://www.nuestrasvoces.com.ar/investigaciones/recorte-a-los-jubilados-a-medida-del-fmi/>
- Telam (2022). “Cuidar en Igualdad, comenzaron las jornadas informativas del proyecto de ley en el Congreso de la Nación”. <https://www.argentina.gob.ar/noticias/cuidar-en-igualdad-comenzaron-las-jornadas-informativas-del-proyecto-de-ley-en-el-congreso>
- Tiseyra, M. V.; C. Palermo y M. Venturiello (2022). Inclusión de temas de género y salud sexual y reproductiva en la agenda de discapacidad. *Actas - XV Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario de Salud y Población. Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires*.
- Venturiello, M.; C. Palermo y M. V. Tiseyra (2020). La discapacidad bajo sospecha: políticas públicas en discapacidad en la Argentina durante el período 2016-2019. *Revista Argentina de Sociología*, Vol. 16, N° 27.
- Venturiello, M. P. (2017a). Discapacidad en contexto: origen social y responsabilidad colectiva. *Bordes. Revista de Política, Derecho y Sociedad*, May-Julio 2017; 245-249. Disponible en: <https://revistabordes.unpaz.edu.ar/discapacidad-en-contexto-origen-social-y-responsabilidad-colectiva/>
- . (2017b). Políticas sociales en discapacidad: una aproximación desde las acciones del Estado en Argentina. *REDIS Revista Española de Discapacidad*, Vol. 5, N° 2: 149-169.

Acciones públicas, envejecimiento activo y agenda de los medios de comunicación durante el aislamiento

Estefanía Cirino y Liliana Findling

Introducción

El siglo XXI se presenta con cifras alarmantes de envejecimiento a nivel mundial por lo que se generan estrategias orientadas a la población que se encuentra en dicha situación, a través de un grupo de actores que planifican políticas y programas por medio de diferentes formas de gobierno.

El 20 de marzo de 2020 se dictó en el país el Decreto 297/2020 que estableció el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO). A partir de diciembre de ese año, se modificó por el Distanciamiento Social y Preventivo Obligatorio (DISPO) que permitió algunas actividades fuera de las esenciales y que duró con intermitencias hasta mayo de 2021. En total, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) atravesó 234 días de aislamiento. Inicialmente la pandemia se concentró principalmente en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), pero hacia la mitad de 2020 se extendió a todo el territorio del país.

Frente al ASPO, el Estado argentino implementó medidas dirigidas a grupos poblacionales considerados en situación de mayor vulnerabilidad, entre ellos, a las personas mayores de 60 años. Este segmento que ya transitaba por dificultades estructurales sociales y sanitarias pre-existentes y agudizadas por las políticas instrumentadas por el gobierno anterior, encontró obstáculos para cumplir con las medidas de aislamiento y adherir a las diversas pautas de cuidado (ONU, 2020). A esta situación se suma que Argentina presenta un sistema de salud fragmentado y los niveles de pobreza de la población general se acrecientan a lo largo de los años.

La declaración de las personas mayores como grupo de riesgo puso a algunas de ellas en situación de dependencia. El eslógan “Quedate en casa”, que se utilizó para difundir las medidas del ASPO, impulsó a que las personas de edad debieran recurrir a familiares, amigos, vecinos, contratar ayuda o acudir a las organizaciones de la sociedad civil para encarar tareas cotidianas que antes realizaban de manera autónoma.

Además, las respuestas a la pandemia incidieron en la vida cotidiana, en sus vínculos y en la atención y cuidado de las personas mayores. Por el ASPO se produjeron deficiencias en la atención en hospitales públicos, obras sociales y prepagas y barreras en el acceso a medicamentos, entre otras (ONU, 2020). A raíz del aislamiento se modificaron las respuestas de los servicios de salud provocando el cambio en las implementaciones para el cuidado desde los espacios gubernamentales.

La decisión de prohibir las salidas a personas de 70 años y más, generada por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, provocó fuertes controversias entre las organizaciones de la sociedad civil y de la población afectada al ser difundida en los medios de comunicación, medida que debió ser revocada ante las protestas. Tal como plantea Skocpol (1994), una política gubernamental activa a grupos sociales que debatirán e intentarán imponer sus intereses.

Los pilares teóricos que atraviesan este trabajo se basan en las políticas públicas y en el rol de las instituciones, el envejecimiento activo y el desarrollo de dispositivos a modo de red que se activan entre un conjunto heterogéneo de elementos para interpretar hechos sociopolíticos.

Las instituciones son sistemas de reglas sociales establecidas que estructuran las interacciones sociales. Su rol puede analizarse desde un enfoque relacional para dar cuenta de cómo las capacidades de diferentes actores se modifican para alcanzar sus objetivos a través del conflicto y la negociación. Todos los actores interactúan con racionalidad limitada y en condiciones de incertidumbre, por lo que se requieren mecanismos colectivamente aceptados que den forma a sus intercambios (Belmartino, 2009). Dichos intercambios en diferentes políticas públicas dependen de la calidad de los respectivos contextos institucionales. Por ende, son las instituciones conformadas por reglas, normas, prácticas informales y tradiciones las que estructuran las relaciones entre Estado y sociedad (Belmartino, 2006).

El envejecimiento activo (EA) es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el proceso de optimización o las oportunidades de salud, participación y seguridad con la finalidad de mejorar la calidad de vida de las personas que envejecen (OMS, 2002). Busca subrayar los aspectos positivos del envejecimiento, diferenciándose de conceptos anteriores (indicados también por la OMS), como los de envejecimiento saludable, satisfactorio, competente y productivo (Alfama y Cruells, 2016). Si bien algunos académicos e investigadores de la vejez han utilizado el concepto de EA focalizando en el contexto económico, específicamente en el mercado de trabajo, la OMS lo utiliza para referirse a la salud en su concepción amplia de condición de bienestar biológico, psicológico y social.

Las nociones sobre el EA y las políticas en relación a este se transformaron en piedras angulares de un nuevo marco interpretativo y de acción relevante en el proceso de envejecer para construir nuevos sujetos (Pla y Pérez Salanova, 2016). Sin embargo, es un concepto polisémico, ambiguo, cambiante y de contornos difusos y se intenta explicar el EA desde diferentes posturas, proponiendo diversas formas de actuar frente al problema del envejecimiento considerándolo como un nuevo paradigma.

Las definiciones sobre el EA deben comprenderse en un contexto de emergencia de enunciados y acciones estatales vinculados a la instrumentación de políticas en el marco de un arte de gobierno neoliberal, que se impuso mundialmente como una nueva manera de construcción de subjetividades (Adelantado Gimeno, 2017).

A partir de los discursos y prácticas de los organismos internacionales se intenta modificar la concepción de la vejez, escindiéndola de la idea de enfermedad y orientándola a la autovalidez o no dependencia (Cirino y Findling, 2022).

Se impone una serie de actividades a cargo de los Estados para intervenir en el ciclo de vida de las personas. Estas acciones desconocen la determinación social y cultural de los sujetos que tienen ciertas especificidades. En Argentina, se pretende propiciar políticas y programas en pos de un envejecimiento activo, pero se detectan vacíos no resueltos, tales como la fragilidad del sistema previsional, el monto de los haberes, el acceso a la cobertura de salud, las escasas políticas de cuidados, entre otras cuestiones.

Los dispositivos, según Foucault (2009), implican una relación entre diferentes elementos institucionales: discursos, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, filosóficos, morales, filantrópicos, lo dicho y también lo no-dicho que son los elementos del dispositivo. No son solamente sinónimos de institución, sino que constituyen una red con todos los elementos citados, se trata de una red de saber-poder contextualizada y de subjetividad, tal como expuso posteriormente Deleuze (en Fanlo, 2011). El dispositivo, según Foucault, está siempre inmerso en un juego de poder y responde a una estrategia dominante.

Se debe tener en cuenta además la trascendencia del concepto de cuidado para la población mayor. El “diamante del cuidado” (Esping Andersen, 2000) es un esquema que permite analizar la distribución del cuidado entre cuatro actores: el Estado, las familias, el mercado y las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) (Razavi, 2007). Todos estos actores tienen injerencia en las diversas demandas de protección, no obstante es en las familias, y en particular en las mujeres, en quienes recaen estas tareas.

¿Qué otros actores aparecen para construir diversas subjetividades sobre los cuidados entre las personas mayores? Durante el ASPO y el DISPO se pudo observar cómo los medios de comunicación fueron actores determinantes para la construcción de ciertos discursos que influyeron en la construcción de la opinión pública. También actuaron como un termómetro moral que evaluaba constantemente los resultados de las políticas públicas. Los cuidados de las personas mayores pasaron a ser parte de la agenda de los medios.

McCombs y Shaw (1972) definen la función de agenda de los medios de comunicación como el resultado de la relación que se establece entre el énfasis manifestado por el tratamiento de un tema por parte de los *massmedia* y las prioridades temáticas manifestadas por los miembros de una audiencia tras recibir los impactos de los medios de comunicación. Cuanto mayor es el énfasis de los media sobre un tema, mayor es el incremento de la importancia que los miembros de una audiencia ofrecen a estos temas como orientadores de la atención pública. Hay una relación directa entre la agenda de los medios y la agenda pública y la primera siempre inicia el proceso.

Esta capacidad de establecer agenda temática no solo se da en el plano político sino en cualquier ámbito de la actividad de los media (deportes, espectáculos, etc.).

En el primer nivel de la agenda muchos estudios evidencian que los medios influyen en la jerarquización temática o lista de problemas de preocupación del público.

¿Cómo es la formación y composición de la agenda de los media? Son temas que organizan los contenidos de las comunicaciones recomendadas por los medios de comunicación. Se analizan las unidades temáticas, los conocimientos de carácter colectivo que se diseminan masivamente y las prioridades que los media establecen en el ámbito de su agenda temática.

La originalidad de Mc Combs y Shaw, además de crear la idea de agenda, fue la de pensar una metodología para poder medirla (Casermeiro de Pereson, 2003). Esa investigación proveyó un método empírico de estudio del proceso de establecimiento de agenda teniendo en cuenta el análisis de contenidos de los medios y de la agenda pública a través de encuestas. Los medios mostraron ser los proveedores de la mejor aproximación a la realidad política a través de la cobertura que hacen de estos temas.

Este hallazgo inicial luego devino en un segundo nivel de la agenda: el poder de los medios para fijar en las audiencias lo relacionado a los atributos acerca de los temas o personajes públicos. Este segundo nivel recién es estudiado en años recientes (Casermeiro de Pereson, 2003). Shaw y Martin (1992) vincularon la agenda de los medios a la función de consenso que estos cumplen al poner de acuerdo a las distintas partes de la sociedad acerca de la importancia de los temas. Existen numerosas circunstancias que hacen pensar en la complejidad de los modelos relacionados con las agendas: las condiciones contingentes, las características de las audiencias, la especificidad de los períodos estudiados y las características propias de cada tema.

Objetivos

Los objetivos de este capítulo se basan en: a) analizar las políticas de la CABA para las personas mayores desde un enfoque crítico basado en el envejecimiento activo, durante los años 2020-2021, y b) rastrear la agenda de los medios de comunicación sobre la temática del Covid-19 en las personas mayores durante dicho período a partir de un relevamiento de los principales diarios nacionales.

Abordaje metodológico

A través de fuentes secundarias se buscó información procedente de los sitios oficiales del Gobierno nacional y local durante el período 2020-2021. Para complementar la revisión de documentos, se seleccionaron y analizaron noticias y notas de opinión de cuatro medios de comunicación nacionales de Argentina durante 2020 y 2021 que se referían a la situación de las personas mayores que residen especialmente en la Ciudad de Buenos Aires. Los medios seleccionados fueron: *Clarín*, *Infobae*, *La Nación* y *Página/12*.

Se relevaron 70 (setenta) artículos a partir del corpus de noticias durante el ASPO y el DISPO. Se realizó una codificación manual mediante la búsqueda de los siguientes conceptos: personas mayores, Covid, CABA, seleccionando categorías a partir del análisis de cada una de las noticias.

Resultados

Una breve descripción de las personas mayores en la CABA

La Ciudad de Buenos Aires se presenta como una de las jurisdicciones más envejecidas del país. Según las proyecciones poblacionales para 2022, se estima una cifra de 667.210 residentes de más de 60 años (21,7%) y se verifica que se trata de una población feminizada (el 61% del total son mujeres).

La pirámide de población de CABA presenta una forma acampanada con una menor cantidad de nacimientos y, a la vez, una mayor esperanza de vida de las personas, principalmente en el segmento de mujeres mayores.

Si bien es heterogénea la distribución de la población mayor en la ciudad, el cordón norte presenta el mayor índice de envejecimiento, seguido por el cordón central. Las comunas ubicadas al sur son las que presentan una población más joven (Subsecretaría de Personas Mayores, CABA, 2023).

Un elevado porcentaje de personas mayores son propietarias de sus viviendas (78%) y el 61% vive en hogares multipersonales (muchos de los cuales pueden ser unigeneracionales, o sea que en ellos residen solamente personas de +60). El resto (39%) vive en hogares unipersonales que se concentran sobre

todo en las comunas del norte de la Ciudad. Por otra parte, CABA presenta bajos índices de pobreza y vulnerabilidad entre las personas mayores.

En cuanto a la cobertura de salud de este segmento, el 5,21% de las personas mayores solo utiliza el sistema público. A medida que avanza la edad esta tendencia va disminuyendo (Subsecretaría de Personas Mayores, CABA, 2023).

Los programas de la Ciudad de Buenos Aires

La Subsecretaría para Personas Mayores, dependiente de la Secretaría de Bienestar Integral del Ministerio de Salud, es el organismo que promueve programas para personas mayores residentes de la CABA. En 2021, modificó su dependencia y actualmente se encuentra en el ámbito del Ministerio de Salud. Anteriormente, dependía del Ministerio de Desarrollo Social y Hábitat, y su denominación era Secretaría de Integración Social para Personas Mayores. Esta modificación implicó una mayor orientación hacia la atención de la salud y hacia el EA.

La CABA posee varios programas vinculados a la promoción social y el bienestar: Ciudad Amigable para Personas Mayores, Programas de Protección de derechos, Envejecimiento activo, Unidades formadoras de asistentes gerontológicos, Prestación de Cuidados para personas mayores vulnerables, Inclusión digital, Programa Proteger y Estaciones Saludables, entre otros.

En relación al Programa de Envejecimiento Activo, la Secretaría de Bienestar Integral (2021) considera que:

Se debe entender la necesidad de extender la productividad y la calidad de vida durante todo el ciclo vital, procurando un bienestar físico y psíquico, que permitan la independencia y la participación de los adultos mayores en todas las actividades de la sociedad. Por eso, se trabaja en pos de un modelo de envejecimiento activo, flexible y adaptable a los cambios sociales que cada vez se producen con mayor intensidad en menores períodos de tiempo.

Últimamente y además del EA, aparece un paradigma, relacionado con el bienestar, denominado *longevidad positiva* (Subsecretaría de Personas Mayores, CABA, 2023). ¿Cuál es el argumento según la Subsecretaría?

El trabajo con personas mayores requiere de una perspectiva positiva que no implica de ningún modo negar los déficits o deterioros, sino identificar recursos y potencialidades desde los cuales poder trabajar, aun en los casos en que se presentan los mayores niveles de patología. Desde la perspectiva positiva se sostiene que todas las personas mayores poseen recursos, potencialidades y fortalezas, siendo de vital importancia la capacidad para identificarlas y promoverlas.

Por ello plantea las siguientes actividades: envejecimiento productivo, actividades intergeneracionales, escuela para personas mayores y talleres específicos.

¿Cuáles fueron las acciones de los organismos que ejecutan programas para las personas mayores en la CABA durante el ASPO?

Inicialmente, se acataron las medidas impuestas a nivel nacional (elaboración de protocolos para las residencias de larga estadía, clausura de Centros de Día, refuerzo excepcional por un mes y suspensión del trámite de supervivencia para jubilaciones y pensiones mínimas, refuerzo del sistema virtual bancario).

Durante el ASPO una de las acciones a nivel local consistió en ofrecer servicios de forma virtual a través de diversos programas *online*. Así, el programa Estaciones Saludables que tenía puestos en puntos estratégicos de la ciudad a fin de promover hábitos saludables para las personas mayores e incluía control de presión arterial y medición de glucosa, atendió durante 2019 al 43% de las personas mayores de 60 años según la Dirección de Estadísticas del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (2019). Durante la pandemia solo asesoró sobre hábitos saludables a través de las redes sociales de la Ciudad. Sin un acceso a la tecnología y sin capacitación previa se complicó implementar este Programa a nivel virtual.

Otros programas implementados fueron Experiencias en casa, Escuela de Mayores o Tardes de Encuentro que tenían como objetivo dar opciones de cultura, entretenimiento y bienestar para acompañar en casa en la etapa del aislamiento a través de Facebook, Zoom, Instagram o celulares.

Para paliar el aislamiento se conformó una red de ayuda para que las personas mayores evitaran salir de sus hogares a través del Programa Mayores Cuidados. Mediante los medios de comunicación se realizó una convocatoria de reclutamiento de voluntarios para asistencia telefónica, compras, pago de servicios y capacitación en aplicaciones digitales. Según

cifras oficiales, en la CABA hay cerca de medio millón de personas mayores de 70 años y solo 12.082 de ellas solicitaron algún tipo de asistencia al número 147 hasta la primera semana de mayo de 2020. Los que se ofrecieron como voluntarios hasta esa fecha fueron 38.573 personas (Cosoy, 2020). Surgen algunos interrogantes en ese sentido: ¿fue efectiva esta medida ya que hubo más voluntarios que solicitantes? ¿Los motivos de no aceptar relacionarse con desconocidos que debían ingresar al hogar de la persona mayor tenían que ver con temores sobre la seguridad personal?

Otra decisión tomada inicialmente desde CABA, tal como se indicó en la introducción, fue prohibir a las personas de 70 años y más salir de sus hogares durante el ASPO contando con la ayuda de voluntarios. Ante las crecientes demandas de organizaciones de la sociedad civil y de los propios involucrados con poder de influencia en los medios de comunicación, esta medida fue derogada por restringir la libertad de circulación.

Si bien se llevaron a cabo varias acciones bajo la premisa de cuidar a la población, se observaron tensiones entre las iniciativas destinadas al cuidado y las de control y coerción (Cirino *et al.*, 2021). Por otro lado, y en paralelo a las disposiciones vigentes del Gobierno nacional, se suspendió la atención de los servicios de salud afectando gravemente el acceso a las consultas y a los medicamentos, sobre todo entre las personas mayores con enfermedades crónicas, pero también para aquellas que requerían controles anuales a modo de prevención de su salud.

Los Centros de Día para personas mayores cerraron sus puertas y algunos de ellos se reconvirtieron en vacunatorios o en ámbitos para la entrega de bolsones alimentarios para aquellas personas con escasos recursos de la Ciudad.

En relación al cuidado de las personas mayores, se habilitó el trabajo de personal doméstico para un único empleador, y ante la prohibición del uso del transporte público, la movilidad debió realizarse por un medio propio y/o con un transporte privado a cargo del empleador.

Haciendo un repaso de las políticas a nivel nacional y a nivel local pueden detectarse varias falencias:

- a) una escasa planificación para la instrumentación de medidas para paliar la prohibición de circulación (compras, salidas, visitas familiares, barreras en el acceso a beneficios sociales),
- b) medidas tardías para evitar las muertes en residencias geriátricas,

- c) política de comunicación errática: recepción de vasta información, pero de poca confiabilidad, generando ansiedad y angustia,
- d) escasa capacitación en el uso de tecnologías (tarjetas, mail, celulares y otras plataformas).

¿Cuál fue la agenda de los medios durante la pandemia?

Este relevamiento constituye un primer acercamiento al establecimiento de la agenda por parte de los medios de comunicación en relación al Covid-19 y las personas mayores centrado a nivel local en la Ciudad de Buenos Aires.

Es importante remarcar que no todos los medios tematizan de la misma forma y su ideología incide en cómo se transmite y cómo se discriminan ciertos temas en relación a otros. Si bien la pandemia de Covid constituyó la primera plana de la mayoría de los diarios de circulación nacional, se restringe el enfoque cuando se centra exclusivamente sobre personas mayores y en la CABA.

De acuerdo con el análisis efectuado durante 2020-2021 se han construido las siguientes categorías:

Acciones públicas: medidas de aislamiento, prohibición de salidas, prevención de contagios y cuidados, programas de voluntariado para acompañamiento de personas mayores, vacunación, evacuación de geriátricos, estadísticas sobre contagios y letalidad; flexibilización de salidas.

Acciones de Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) y líderes de opinión: reclamos por prohibición de salidas y obtención de permisos, capacitación en el uso de tecnologías.

Acciones de las familias: reclamo por maltrato en geriátricos, pérdida de lazos sociales e imposibilidad de interacción social.

Cuadro N° 1. Relevamiento de notas periodísticas en los medios de comunicación según categorías y año de aparición (números absolutos).

Cantidad de notas según categorías y año	Acciones públicas/agenda política	Acciones de líderes de opinión/OSC	Acciones familistas	Total
2020	39	8	8	55
2021	18	3	3	24
TOTAL	57	11	11	79

Base: setenta notas. Algunas fueron tabuladas en dos categorías. Elaboración propia.

Tal como se advierte en el este Cuadro, la mayoría de las noticias trata sobre las medidas implementadas por el Gobierno local teniendo en cuenta las acciones públicas a nivel nacional. Las prohibiciones de salidas y de circulación imperan durante los primeros meses de 2020 y, a partir del cuarto mes, se disemina el contagio en los geriátricos de la Ciudad de Buenos Aires, lo que implica la evacuación de varias instituciones, sobre todo privadas. Es en este período en el que se alzan las voces de los familiares de personas que residen en dichas instituciones solicitando medidas para evitar mayores contagios y ámbitos seguros para el hábitat de sus allegados. La lógica familista está casi ausente desde la mirada de los medios de comunicación. Solo aparece cuando se entrevista a algunos familiares durante la evacuación de los geriátricos.

El impulso de las autoridades del GCBA en 2020 para llevar a cabo la prohibición de salidas de personas mayores de 70 años tuvo un eco relevante en todos los medios de comunicación, pero ocupó mayor espacio en los medios no afines del partido político al cual pertenece el Jefe de Gobierno de la Ciudad.

Para este tema en particular fueron las voces de los líderes de opinión (intelectuales y políticos) y de los representantes de las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) quienes alertaron sobre la inconstitucionalidad de la medida y lograron que las autoridades anularan dicha disposición.

Otro tema no tan divulgado pero interesante es la creación de una plataforma para el uso de tecnologías digitales creada por una OSC li-

derada por una persona mayor que intenta acompañar y capacitar a sus congéneres para evitar el aislamiento.

Ya en el segundo año del DISPO, en 2021, las noticias se centraron en iniciar el proceso de vacunación para personas mayores y en los controles y requisitos necesarios para llevar a cabo esta medida.

Es en este período en el que la visión de los medios sobre las medidas gubernamentales comienza a ser algo más optimista con respecto a la disminución de la letalidad entre personas mayores y a cierta baja en los contagios. Se reflejan estadísticas sobre cantidad de personas vacunadas y se disponen medidas de flexibilización de salidas.

Muy pocos medios relevan investigaciones encaradas por Universidades u OSC sobre el impacto causado por la pandemia en las personas de edad y la pérdida de sus lazos sociales.

A modo de conclusiones

Del análisis efectuado surgen algunos interrogantes: ¿se está promocionando el paradigma del envejecimiento activo desde los dispositivos adaptados durante el aislamiento? ¿De qué manera se puede fomentar la participación, la prevención de la salud y la seguridad si una parte de la población no puede acceder a las prestaciones ni a las actividades? Las personas mayores pasaron a ser consideradas, por parte del Gobierno nacional y jurisdiccional, como individuos que no podían decidir por sí mismos. Nombrar a este segmento, desde las políticas, como grupo de riesgo, implicó negarle la posibilidad de un entorno social a través de los vínculos sociales preexistentes. De hecho, las consecuencias en la salud física y mental demuestran cómo operó la pérdida de lazos en su bienestar.

Las decisiones tomadas por los funcionarios hicieron evidente (más de lo que ya se conocía) que el cuidado sigue configurándose como un problema privado. Son las familias las principales encargadas, en especial las mujeres de esas familias, a quienes también se les negó la posibilidad de llevar adelante la tarea de cuidado de sus allegados, práctica que tampoco se podía mercantilizar. Entonces, nos encontramos frente a una población que no contaba con el apoyo familiar y que tampoco tenía las condiciones aseguradas para acceder a las prestaciones (mínimas) de los programas.

A nivel local, se despliegan y se argumentan discursos ambivalentes que incorporan nociones de derechos y reconocimiento, aunque no vayan acompañadas de una real distribución equitativa que mejore las condiciones de vida de la población mayor. En realidad, se basan en meros instrumentos técnicos similares a los que esbozan los organismos internacionales con respecto al envejecimiento activo, pero que enmascaran el contexto de una aguda crisis socioeconómica.

En Argentina las políticas dirigidas a la población mayor han estado habitualmente fragmentadas y basadas en la buena voluntad de las personas que trabajan en el terreno de los programas. No ha habido un interés real por generar un sistema de bienestar integrado. Esto repercute en el discurso que se construye socialmente sobre qué tipo de vejez se quiere en un mundo que sigue guiándose por una lógica productivista e individualista.

Más allá de la incidencia directa o indirecta de los medios de comunicación, hay influencias que están determinadas por otras agendas, tal como la agenda *building* (política/institucional) y la agenda del público. En relación al Covid y el cuidado de personas mayores, han sido los representantes políticos a nivel nacional y local quienes priorizaron los temas en los media (Cabrera, 2016). En un segundo plano, y con menores menciones, aparecen los líderes de opinión y representantes de Organizaciones Sociales y Comunitarias. Y es mínima la presencia de las familias de las personas mayores. El poder de los medios se basa no tanto en la influencia directa sobre la población, sino más en la percepción que los líderes y los decisores de políticas sostienen en la prensa para lograr repercusión pública.

Pese a que a nivel nacional se ha avanzado en algunos aspectos relativos al cuidado, aún el acento está puesto en el cuidado de niños/niñas y en menor medida en la preocupación por las personas mayores.

Todo lo expuesto plantea nuevos interrogantes: en primer lugar se debería discutir la vigencia del envejecimiento activo, sus avances y limitaciones especialmente en los países latinoamericanos y analizar cómo se podrá avanzar en la formulación de un modelo no exento de imposibilidades de implementación (Sánchez González, 2021).

En segundo lugar habría que plantearse si el espíritu de las leyes de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores de 2015 se incorporará efectivamente como parte de las políticas públicas vigentes. Si bien se ha avanzado en

la creación de organismos públicos dedicados a mejorar los cuidados de personas mayores, aún falta mucho por hacer.

Referencias bibliográficas

- Adelantado Gimeno, J. (2017). “Reestructuración de los Estados de Bienestar. ¿Hacia un cambio de paradigma?”. *Argumentum*, 2: 38-52.
- Alfama, E. y M. Cruells (2016). “¿De qué hablamos cuando hablamos de envejecimiento activo? Interpretaciones distintas, propuestas divergentes”. En Ezquerria, S.; M. Pérez Salanova; M. Pla y J. Subirats (eds.). *Edades en transición. Envejecer en el siglo XXI*. Madrid, Planeta.
- Belmartino, S. (2006). “La reforma del sector salud en la Argentina, mujer y empleo”. En Rico, M. N. y F. Marco. *La reforma de la salud y la salud de la reforma en Argentina*. Buenos Aires, CEPAL, GTZ, Siglo XXI.
- . (2009). “Los procesos de toma de decisiones en salud. Historia y teoría”. *Revista Política y Gestión* 11.
- Cabrera, D. (2016). “Medios poderosos, ciudadanos inteligentes: agenda setting en la ciudad de Buenos Aires en octubre de 2013”. *Austral Comunicación*, 5(1): 7-62.
- Casermeyro de Pereson, A. (2003). *Los medios en las elecciones: agenda setting en la ciudad de Buenos Aires*, 1ª ed. Buenos Aires, Educa.
- Cirino, E. y Findling, L. (2022). COVID-19 y personas mayores en la Ciudad de Buenos Aires. *GIGAPP-EWP*, Vol. 9, N° 233-247: 279-294.
- Cirino, E.; C. Palermo y L. Champalbert. (2021). “Experiencias profesionales del trabajo de cuidado a personas mayores ante la pandemia del Covid 19 en Buenos Aires (Argentina)”. *Revista Latinoamericana de Antropología del Trabajo (LAT)*, 5(11): 1-21.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. CEPAL (2020). “Desafíos para la protección de las personas mayores y sus derechos frente a la pandemia de COVID-19. Informes COVID-19”. Santiago de Chile, Naciones Unidas. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/c372165d-89de-4fd4-b1c-2-67b59b8590c7/content>
- Cosoy, N. (2020). “Miles de voluntarios asisten a los adultos mayores en Buenos Aires durante la pandemia”, *France 24*. Disponible en: <https://>

- www.france24.com/es/20200514-voluntarios-argentina-buenos-aires-adultos-mayores-pandemia-covid19
- Esping-Andersen, G. (2000). *Fundamentos sociales de las economías postindustriales*. Barcelona, Ariel.
- Fanlo, L. (2011). “¿Qué es un dispositivo?: Foucault, Deleuze, Agamben”. *A parte Rei*, 74: 1-8.
- Foucault, M. (2009). *Historia de la sexualidad. La voluntad del saber*. Buenos Aires, Siglo XXI.
- Gobierno de la Ciudad de Buenos. Dirección General de Estadísticas. Estaciones Saludables. Disponible en: <https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/?cat=9627>.
- Mc Combs, M. y D. Shaw (1972). “The agenda-setting function of mass media”. *The public opinion quarterly*, 2: 176-187.
- Organización de las Naciones Unidas. ONU. (2020). “Análisis inicial de las Naciones Unidas Covid-19 en Argentina: impacto socioeconómico y ambiental”. Buenos Aires, Naciones Unidas. Disponible en: <https://argentina.un.org/sites/default/files/2020-12/Ana%CC%81lisis%20de%20impacto%20%28ESP%2BING%29.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2002). “Envejecimiento activo. Un marco político”. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 37: 74-105.
- Palermo, C.; E. Cirino y L. Findling (2020). “¿Existen barreras en el acceso a consultas y participación? Las trayectorias de las personas mayores en la Ciudad de Buenos Aires”. *Revista Sociedad*, 41: 88-102.
- Pla, M. y M. Pérez Salanova (2016). “Las personas mayores ¿de objetos a sujetos? Subjetividades e identidades”. En Ezquerria, S.; M. Pérez Salanova; M. Pla y J. Subirats (eds.). *Edades en transición. Envejecer en el siglo XXI*. Madrid, Planeta.
- Razavi, S. (2007). “The political and social economy of care in the development context. Conceptual issues, research questions and policy options”. *Gender and Development Programme*, 3 (1): 1-50.
- Sánchez González, D. (2021) .“Reseña de Envejecimiento Activo, Calidad de Vida y Género. Las Miradas Académica, Institucional y Social”. En Fernández-Mayoralas, G. y F. Rojo-Pérez (eds.) (2021). *Estudios Geográficos* 82 (290), enero-junio. Disponible en: <https://estudiosgeograficos.revistas.csic.es/index.php/estudiosgeograficos/article/view/1043/1233>

- Secretaría de Bienestar Integral (2021). “Envejecimiento Activo”. Ministerio de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Disponible en: <https://buenosaires.gob.ar/envejecimiento-activo>
- Shaw, D. y S. Martin (1992). “The Function of Mass-Media Agenda Setting”. *Journalism Quarterly*, 69: 902-920.
- Skocpol, T. (1994). “The Origins of Social Policy in the United States: A Polity-Centered Analysis”. En Dodd L. C. y C. Jillson (eds.). *The Dynamics of American Politics*. Colorado, Westview Press.
- Touris, C. (2019). “Salud integral, cuidados y afectos. Reflexiones posibles en torno a una experiencia con adultos mayores”. En Chardón, M. C.; R. Montenegro y S. Borakievich (comps). *Instituciones y sujetos del cuidado. Salud, educación, familias*. Bernal, Universidad Nacional de Quilmes.
- Subsecretaría para Personas Mayores (2023). “Informe de Caracterización de las Personas Mayores en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”. Secretaría de Bienestar Integral. Ministerio de Salud. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Disponible en: https://buenosaires.gob.ar/sites/default/files/2023-07/Caracterizacio%CC%81n%20de%20las%20Personas%20Mayores%20en%20la%20Ciudad%20Auto%CC%81noma%20de%20Buenos%20Aires-Mayo_18_2023.pdf

Prácticas de profesionales que trabajan con personas mayores en Buenos Aires

Laura Champalbert y Liliana Findling

Introducción

América Latina y el Caribe es una región que envejece aceleradamente. Y uno de los principales retos de los sistemas de salud y protección social es mantener la capacidad funcional de las personas durante el proceso de envejecimiento.

El modo en que los medios de comunicación se han referido a las personas mayores durante el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) y la forma en que los decisores gubernamentales encararon ciertas políticas restrictivas han recalcado los prejuicios y el edadismo (Cirino y Findling, 2023).

La reforma del sistema de salud en Argentina –iniciada en la década de 1990– ha desplazado la preocupación por la equidad enfatizando el ordenamiento del sistema a partir de la eficiencia en la utilización de recursos existentes, mediante la competencia entre prestadores y proveedores de servicios lo que acarrea una cobertura desigual para los usuarios. La acción reguladora del Estado queda reducida a las funciones de acreditación y categorización de los servicios de atención (Belmartino, 2009).

Los efectos de la reforma en las prestaciones de salud condicionan la práctica de los recursos humanos. La formación de profesionales de la salud enfrenta varios problemas, entre ellos una expansión de la oferta sobre todo de instituciones privadas, falta de políticas de promoción de determinadas carreras de interés estratégico y persistencia de planes de estudio tradicionales desarticulados de las cambiantes necesidades sociales (Abramzón, 2006).

Los constantes cambios en la organización de los servicios de salud por la incorporación de nuevas tecnologías, debido a las nuevas demandas

de la población y por la preocupación por una gestión de calidad obligan a contar con profesionales sólidamente formados (Abramzón 2011).

Algunos campos que se van abriendo progresivamente frente a las mayores necesidades y desafíos son la atención, cuidado y prevención de la enfermedad y promoción de la salud de las personas mayores (Cirino *et al.*, 2021).

Los conceptos cuidar y curar tienen la misma raíz, aunque la medicina se dedicó más a curar, dejando el cuidar para las tareas femeninas y después para lo paramédico. Lentamente el concepto salud-atención-cuidados se incorpora en los sistemas de salud intentando centrarse más en las relaciones intersubjetivas y en los lazos sociales (Chardón, 2019).

La psicodinámica laboral define el trabajo profesional como una actividad de pensamiento y experiencias que moviliza la subjetividad. Aquellos que trabajan con personas mayores deben inventar, descubrir o crear para cubrir la brecha entre el trabajo que deben hacer y el que efectivamente hacen, es decir entre trabajo prescripto y trabajo real (Wlosko y Ros, 2018).

Cuidar en un sentido amplio requiere aprender destrezas tanto técnicas como emocionales y estos son aspectos atribuidos generalmente a las mujeres (ibídem). Este tipo de saber-hacer es discreto y la preocupación por el confort psicológico del otro está siempre implicada en este tipo de saber-hacer (Molinier, 2018). Asimismo, dentro de esta tarea, la preocupación por el bien del otro se impone como una “postura relativista”, en la que es necesario recuperar las voces de los demás para responder a las necesidades mutuas (Ayres, Paiva y Buchalla, en Touris, 2019).

El cuidado es entendido como una variable analítica que permite reflexionar acerca de un tipo de trabajo, asociado tradicionalmente a la familia y a las mujeres (es decir al ámbito de lo doméstico) pero que tiene lugar tanto dentro como fuera de la familia, se organiza de maneras diversas y, en ocasiones, se trata de un trabajo remunerado no familiar (Cerri, 2015).

Desde la lógica institucional del cuidado (en cuanto a la formación y la provisión) es importante analizar las instancias y mecanismos de regulación que operan sobre el sistema de servicios y sus resultados y, muy en particular, las formas de intervención del Estado que, en tanto garante del acceso a la atención de la población, es responsable de la eficacia y eficiencia del sistema (Belmartino, 2009).

La epidemia de Covid-19 fue declarada por la OMS como una emergencia de salud pública de preocupación internacional el 30 de enero de 2020. En Argentina, según el Decreto 297/2020 del 19 de marzo de 2020, se estableció el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) como una medida para proteger la salud pública poniendo énfasis en que las personas mayores constituían uno de los grupos de riesgo de contagio. El ASPO primero se instaló como una política con una duración de quince días pero fue actualizándose hasta alcanzar un total de ocho meses. A partir de algunas modificaciones en el acceso y el desarrollo de ciertos servicios públicos, en noviembre de 2020 se sustituyó el ASPO por el DISPO (Distanciamiento Social, Preventivo y Obligatorio). En este contexto, la vida cotidiana de las personas mayores se vio modificada en sus prácticas y relaciones por estas medidas de aislamiento. La cuarentena implicó (e implica todavía) efectos en la salud, en las relaciones sociales y familiares y en los lazos con la comunidad.

Objetivos

El objetivo general de este artículo —que forma parte de un proyecto más amplio¹— es explorar las opiniones de los profesionales acerca de las modificaciones en su trabajo con personas mayores durante el período del ASPO en la Ciudad de Buenos Aires. Los objetivos específicos son: a) describir las trayectorias educativas y laborales de los profesionales de diversas disciplinas que se ocupan de cuidar a las personas mayores, y b) analizar los facilitadores y los obstáculos vislumbrados por los profesionales durante el ASPO.

Abordaje metodológico

El abordaje metodológico se basó en un diseño exploratorio mediante la aplicación de técnicas cualitativas con base en una muestra no pro-

1 Proyecto UBACyT 2018-2021 “Políticas de cuidado de personas mayores en Argentina, Uruguay y España. Percepción de la calidad de vida, itinerarios terapéuticos y perspectivas de los profesionales”. Liliana Findling y Elsa López (Directora y Codirectora); María Paula Lehner, María Pía Venturiello y Marisa Ponce (Investigadoras); Estefanía Cirino y María Cecilia Palermo (Becarias doctorales); María Teresa Martín Palomo, Isabel Pérez de Sierra y Laura Champalbert (Investigadoras invitadas).

habilística de tipo intencional. Se elaboró una guía de pautas semiestructurada y, mediante la técnica de entrevistas en profundidad, se entrevistó a 26 (veintiséis) profesionales especializados en la atención integral de las personas mayores en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y Gran Buenos Aires, indagando sobre sus trayectorias laborales, los ámbitos de formación, las actividades que realizan con las personas mayores, las características que asumieron esas actividades en relación a la condición del aislamiento y la recepción y participación de las personas mayores involucradas.

Las entrevistas, debido al ASPO, se realizaron a través de plataformas virtuales de abril a julio de 2020. Fueron grabadas y desgrabadas y el Consentimiento Informado se envió vía mail. Las entrevistas fueron analizadas por un procesador de texto cualitativo.

Resultados

Quiénes son los entrevistados y cómo han sido sus trayectorias profesionales

Dieciocho (18) mujeres y ocho (8) varones conforman la muestra de las personas entrevistadas. La mayoría supera los 50 años de edad. Todos detentan grado universitario y, en general, han cursado estudios superiores especializados (Diplomaturas y Maestrías). Tienen en común el trabajo con personas mayores, pero su formación de base es sumamente variada y abarca un amplio espectro de profesiones. Entre ellos hay 6 geriatras (5 varones, 1 mujer), 3 licenciadas en Psicología, 3 licenciadas en Kinesiología y Fisiatría, 1 licenciada en Comunicación Social, 1 fonoaudióloga, 1 abogada, 1 profesora de Historia, 1 licenciada en Terapia Ocupacional, 1 licenciado en Enfermería, 1 licenciada en Nutrición, 1 licenciada en Trabajo Social, 2 licenciadas en Psicología y Trabajo Social, 1 licenciado en Filosofía, 1 licenciado en Producción y Dirección de radio y TV y 1 licenciada en Ciencias de la Educación.

En general, se desempeñan en el ámbito público (14), en clínicas prestadoras y organismos de PAMI, Centros de Día, diversos ámbitos en el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y hospitales; varios a su vez son docentes e investigadores en diversas instituciones y, en algunos casos,

ejercen también su profesión de manera independiente. En el espacio privado, dos geriatras dirigen sus propias instituciones; otro suma a la función pública un consultorio en CABA. Una de las kinesiólogas creó un equipo privado de atención domiciliaria y una psicóloga dirige un equipo de acompañamiento terapéutico que se desempeña en forma tercerizada en un hospital de mutualidad.

La mayoría de los entrevistados atribuye el origen de su actividad actual más al azar que a una vocación definida y explica que el rumbo profesional hacia las personas mayores lo determinó el primer trabajo remunerado:

(...) fue la única opción laboral que encontré al recibirme en 1979.

cuenta Susana, licenciada en Trabajo Social;

(...) empecé a ejercer dentro de lo que se podía,

corroborra Cristina, psicóloga, y Lucía, abogada joven, explica que

(...) cuando me recibí en 2000 incorporaban abogados en el Gobierno de la Ciudad.

Los inicios laborales también han incidido en los que, más tarde, serían geriatras; Eduardo, recién egresado como médico, hizo una residencia con pacientes añosos y fue “para entender más la práctica cotidiana” que se especializó en Geriátría y Gerontología. Algo parecido les sucedió a José y a Mario que, durante su especialización en Medicina clínica, notaban en varios pacientes de edad la influencia de otras patologías que aceleraban la pérdida de funcionalidad.

En otros casos y de manera fortuita, la actividad profesional estuvo estrechamente ligada a los avatares del trabajo remunerado y a su continuidad, como revela Marisa (kinesióloga):

(...) el hospital quiebra, lo expropián y pasa a ser de PAMI (...);

a veces fue inherente al progreso laboral como expone Darío (licenciado en Enfermería):

(...) al llegar a Jefatura, me toca supervisar el área de adultos mayores;

o al apremio económico:

(...) estaba sin trabajo y una señora me llamó para dar clases de comprensión de texto a su marido en un geriátrico (Lili, licenciada en Comunicación Social).

Algunos, a la hora de comenzar su ejercicio profesional, fueron motivados por el vínculo afectuoso y satisfactorio con la generación de sus mayores. Paula (psicóloga) orientó su especialización porque

(...) desde siempre me sentí bien con adultos mayores ya que estuve rodeada de mis abuelos y bisabuelos.

Y algo similar les sucede a Lía, que proviene de las ciencias de la educación, y a Damián, geriatra.

Los entrevistados de más edad se especializaron en el tema de personas mayores una vez obtenido el título de grado a través de maestrías o cursos de posgrado. La geriatría como especialidad médica es relativamente reciente, José y Mario se cuentan entre las primeras camadas de geriatras en el país tanto en hospitales públicos de CABA como en el exterior.

La mayoría delineó su recorrido profesional evaluando sus propios déficits de conocimiento en el colectivo de personas mayores, buscando y solventando con sus propios medios estudios más avanzados en un panorama nacional de oferta muy limitado y en el que diversas instituciones ligadas a la comunidad judía fueron precursoras: Lía, especialista en educación, descubre un curso de formación de especialización en Psicogeriatría de la Universidad Maimónides; y Raquel, trabajadora social y psicóloga rememora:

(...) eran unas jornadas sobre vejez coordinadas por el equipo de recreación de la Sociedad Hebraica Argentina, algo súper novedoso, en 1978.

Profesionales de distintas disciplinas confirman esta tendencia autodidacta porque, como resume Lara, terapeuta ocupacional,

(...) en la carrera aprendí muy poco, tuve que estudiar por mi cuenta.

Algunos mencionan la influencia de profesores o mentores durante su formación de grado (como el Dr. Iacub, el Dr. Salvarezza o el Dr. Galperín, entre otros). Entre los más jóvenes se puede apreciar cómo la gerontología gana terreno propio y se introduce en la formación de grado:

(...) me recibí en la Universidad Maimónides que tiene una orientación hacia el área de la gerontología en la carrera de kinesiología y fisioterapia,

cuenta Pía; y Diana, que obtuvo su licenciatura en psicología en 2009, ve

(...) que en 20 años la gerontología pegó un salto cuanti-cualitativo en nuestro país.

Si bien, como señala Mario, geriatra, “aún no hay una formación integral en gerontología”, la necesidad de preparar a futuros profesionales en el tratamiento de las personas mayores la encararon aquellos primeros profesionales que idearon sus propias herramientas de trabajo y hoy ejercen la docencia y tienen autoridad para influir en los diseños curriculares de grado y posgrado. Profesionales de larga trayectoria asumen un compromiso docente: Lara, terapeuta ocupacional, actualmente coordinadora de talleres de Centros de Día (CABA) explica:

(...) siento que puedo brindarles formación como a mí me hubiese gustado tenerla en su momento.

El trabajo en equipo e interdisciplinario es una modalidad ampliamente extendida entre los profesionales sea cual sea su carrera de grado. La interacción es reciente y está en vías de consolidarse según advierte Rita, fonoaudióloga, que trabaja en un hospital público capitalino:

(...) no había nada, en 2010, al nombrar a una médica gerontóloga, se creó un grupo, una coordinación y explotó este área, si bien no está tan divisado en la sociedad en los últimos años.

La interdisciplina optimiza el propio ejercicio profesional:

(...) el principal facilitador de nuestra actividad es el reconocimiento de la importancia del trabajo en red (...).

sintetiza Paula, y se realiza a nivel interinstitucional:

(...) yo participo desde 2007 en la Red Gerontológica de CABA, que la integran médicos y técnicos de hospitales y de centros de salud (Ricardo, productor de radio y TV).

Es importante relacionar el trabajo en equipo coordinado con los procesos de formación en el mundo de los propios contextos de acción (Abramzón, 2011). Así como las carreras de grado son diversas, las actividades que realizan los profesionales cubren también un horizonte variado de áreas laborales que, en los últimos años, se ha ampliado cada vez más en función del reconocimiento de las necesidades y los derechos de este grupo etario.

Retratos sobre las personas mayores

El trabajo de los profesionales permite reflejar el estado de salud, las condiciones socioeconómicas y la mirada que tienen las personas de edad. Desde el punto de vista psicofísico, Gustavo, geriatra, puntualiza:

(...) hoy, las patologías prevalentes son las demencias, con todas sus variantes.

Desde su tarea en contextos de internación hospitalaria, Darío, enfermero, destaca:

(...) depresión, es algo que uno cruza la barrera de los 65 años y la tenés.

Sin embargo, Ana, psicóloga, subraya que las pérdidas afectivas:

(...) altamente probables en esta etapa de la vida con una atención adecuada se pueden mejorar con una aceptación, transitando un duelo normal.

Marisa, kinesióloga, que atiende problemas relacionados con la marcha y el equilibrio frecuentes a ciertas edades, describe:

(...) los grupos son absolutamente diversos, desde personas de 65 hasta de 92, recuperar la marcha es un indicador mayor de independencia y autonomía para las personas.

Leonor, nutricionista, y Diana, psicóloga, advierten como problemas “el sobrepeso y la obesidad, pero también desnutrición y bajo peso”. Las patologías mencionadas parecen ser inherentes al paso del tiempo, pero las condiciones en las que deben sobrellevarlas no son las mismas y los profesionales perciben cómo influyen en el bienestar psicofísico las diferencias socioeconómicas y culturales de las personas mayores. José, geriatra que atiende pacientes tanto en forma privada como de Obras Sociales y de prepagas, nota:

(...) si se trata de PAMI, uno lo que ve es que la accesibilidad al sistema para los recursos sanitarios queda supeditada a la buena voluntad de la estructura formal.

Mónica, geriatra, aporta otra mirada:

(...) en un consultorio cerca de la Villa 31, atiendo población con escasos recursos económicos. Hay gente que accede al sistema de salud por primera vez cuando se jubila porque tiene PAMI.

Pía, kinesióloga, explica:

(...) las personas de un nivel socioeconómico más elevado y que tienen prepagas, apenas aparece un dolor se hacen resonancia, y así el proceso de envejecimiento se asocia con una enfermedad, no hay un gerontólogo a la cabeza como director de orquesta de esta situación.

Carola, profesora de tai chi en un hospital público, tuvo que encarar una tarea de integración a partir de la diversidad sociocultural de las personas mayores que concurren a su programa; y Rita, fonoaudióloga, confirma la heterogeneidad de sus pacientes:

(...) es un reto, en el Hospital atiendo en mi taller al mismo tiempo gente analfabeta y universitarios jubilados.

Otra particularidad que señalan los entrevistados sobre las personas mayores aún autónomas refiere a la situación de soledad y carencia de vínculos. Ricardo (productor de radio y TV) comenta:

(...) el 80% de los que asisten a mis talleres, viven solos, incluso hay mucha gente que, si bien no vive sola, se siente sola.

Algunos profesionales señalan que la vejez es diversa y condiciona el acceso y/o la demanda de servicios de cuidado. Al respecto, Mónica, geriatra, cuenta que en una Obra Social hace unos quince años:

(...) intentamos hacer un servicio de geriatría, no funcionó porque la población de ese gremio no se aceptaba como viejo, querían saber si trabajaba con células madre.

Su colega, Eduardo confirma la dificultad que experimentan los mayores más jóvenes y apunta a miedos y negaciones:

(...) veo que a los de 60, les molesta a veces compartir una sala de espera porque el paciente de 90 tiene bastón o viene con cuidador.

Las resistencias individuales al edadismo son factores que disminuyen las posibilidades de una mejor calidad de vida en esta etapa y, como señala Renata, trabajadora social y psicóloga:

(...) lo que más vamos a tener que trabajar es la mirada que las personas mayores tienen de sí mismas.

Pero, ¿qué les pasa a los profesionales con su propio envejecimiento? Una buena parte se encuadra en el grupo etario al que tratan y a la hora

de dar precisiones sobre su vejez, se involucran y la asumen desde sus posibilidades, como Carola:

(...) tengo 70 años, uno es mayor cuando se deja estar, la edad está acá [señala la cabeza].

Otros estiman que ser coetáneos de sus pacientes y reconocerse como tales, mejora la empatía y les brinda facilidades en el tratamiento. Como contracara, Ana, psicóloga y coordinadora de Centros de Día, indica que:

(...) se dificulta el trabajo cuando los equipos de trabajo no elaboran su propio concepto de vejez y, de manera solapada, desprecian las arrugas, las canas, la lentitud de los viejos en aprender.

Para superar esta barrera y mejorar la calidad del servicio se formaron “grupos de reflexión para compartir lo que nos pasaba trabajando con viejos (...)”; y en el hospital público en el que trabaja Mónica, geriatra, observó:

(...) el maltrato de los enfermeros hacia los pacientes mayores en salas (...).

y, haciéndose cargo, implementaron un curso específico con buenos resultados.

Entre los profesionales más jóvenes se perfila otra actitud ante el futuro envejecimiento, por ejemplo, Lara, que coordina un Centro de Día de CABA, razona:

(...) hago lo que me gustaría que me hicieran a mí, que me consulten, que hagan asambleas, que pueda participar.

Esta tarea que desempeñan los profesionales puede relacionarse con el concepto de responsabilidad de Gilligan (1982) asociado al rol de los actores morales a través de sus relaciones de interdependencia. En ese sentido, se reconoce la necesidad de incorporar la dimensión afectiva y subjetiva en los análisis vinculados al campo de la salud y el cuidado (Touris, 2019) que contempla, además, las expectativas y deseos de los usuarios.

Vejez: ¿la última estación o un viaje con varias paradas?

La prolongación de la vida incita a un replanteo profundo sobre lo que hoy se considera vejez. Los profesionales entrevistados han visto

durante su trayectoria cómo fue variando el concepto de vejez, tanto desde la edad cronológica asociada a la jubilación, como a la aparición de una escala etaria que agrega una “cuarta edad” para los que superan los 80 años que, en otras épocas, eran longevos excepcionales. Gustavo, geriatra, cree que

(...) han cambiado mucho las patologías y los índices de sobrevivencia, cuando yo estudiaba una persona de 55 años era mayor (...).

Entonces, preguntas como ¿qué es la vejez? O, ¿la vejez es distinta según sexo o pertenencia a un estrato social determinado? O, ¿cuál es la relación que establecen los profesionales con esta población en vías de envejecimiento a la que tratan y cuidan?, son interrogantes que interpelan a más de uno de los integrantes de la muestra que, con franqueza, reconocen que están ante una nueva frontera, explorando y aprendiendo.

¡Qué difícil! -exclama Rita, fonoaudióloga- es un momento más de la vida, hay un cambio sociodemográfico grande, no porque haya más viejos se define mejor (...).

Algunos profesionales marcan la diferencia entre la vejez actual y la de épocas anteriores:

(...) pasamos de una persona mayor que estaba retirada a otras que no se retiran de la vida, que tienen posibilidades de aprender, están más activas (...) (Ricardo, productor de radio y TV).

Otros aluden a una pluralidad de vejezes según la edad:

(...) se distingue claramente entre viejos-jóvenes y viejos-viejos tanto en los espacios socioculturales como en la residencia geriátrica (Susana, trabajadora social).

No obstante, la mayoría elige calificar la vejez no como un estado sino como un proceso sin fecha de inicio exacta:

(...) el envejecimiento requiere el gerundio, uno no envejece de un día para el otro, la idea es de un sendero, un siendo (Lía, Ciencias de la Educación).

Aparecen dos visiones que están relacionadas con sus elecciones profesionales. Por un lado, algunos médicos geriatras enfatizan que la vejez posee una dinámica propia cuyas características pueden ser observables aunque no siempre se convierten en patologías y, por otro, aquellos que provienen del campo social aluden a la singularidad del momento por

la presencial, a la forma de transitar diferentes etapas y a la presencia de ciertos estereotipos sociales.

Casi todos remarcan desigualdades al transitar el envejecimiento que dependen de la calidad de vida, del acceso a los servicios de salud, del género, del nivel socioeconómico e incluso del período etario en que se encuentran las personas mayores. En resumen, la vejez se desenvolverá según las potencialidades individuales, pero siempre en contacto con otros, como concluye Ana, psicóloga:

(...) definitivamente hay vejezes y se tramitan en la grupalidad.

Por lo tanto, si la persona mayor “es sujeto de derechos” como define Paula, psicóloga, “hablar de vejezes implica pensar en un colectivo de personas mayores bien heterogéneo” cuya asistencia “amerita distintos tipos de cuidados, pero manteniendo la mayor autonomía del sujeto envejeciente”.

Viejas y viejos...

El género parece marcar la mayor diferencia en el modo de transitar la vejez. En opinión de los profesionales, varones y mujeres encaran en forma disímil los deterioros para aliviar los déficits que se van presentando tanto en el aspecto médico como social.

La mayoría de los profesionales señala las limitaciones masculinas para el autocuidado y las atribuyen a la vigencia de un rol de tipo patriarcal que no se modificó con los años:

(...) el hombre es más desaprensivo, no le enseñaron a valorar su salud y piensa en la indestructibilidad de sí mismo, el macho. (Gustavo, geriatra).

Y Pía, kinesióloga, dice que los varones delegan el cuidado en su compañera:

(...) es muy difícil que un hombre me contrate, es la esposa la que llama, ella toma el rol protagónico del cuidado de su compañero con discapacidad, aunque ella también lo esté (...).

Eduardo, geriatra, opina que

(...) el hombre se siente poderoso y deja para un segundo tiempo el cuidado de la salud.

y plantea el impacto del retiro de la actividad productiva: “el cambio es brusco y mortificante”, y esas condiciones parece no observarlas en las mujeres. A ello se suman otras vulnerabilidades masculinas que se agravan en esta etapa del envejecimiento porque

(...) el hombre transita de modo más doloroso y trabajoso la soledad y la consecuente depresión”, afirma Claudio, filósofo.

La diferencia entre varones y mujeres se agudiza y se extrema cuando se trata de la participación en actividades que se sostienen, tanto desde el ámbito público como del privado, para promover el bienestar psicofísico de las personas mayores que aún gozan de autonomía. Aparece, entonces una expresión que se repite: “la vejez tiene cara de mujer”, como dice Silvana, psicóloga, a cargo de un Centro de Día en CABA:

(...) somos todas mujeres, por eso hablo en femenino, ahora hay un solo varón que viene con su esposa para acompañarlo.

Y lo corrobora Lía, licenciada en Ciencias de la Educación, que coordina talleres tanto en organizaciones de la sociedad civil como en PAMI:

(...) asisten algunas parejas, pero muy pocos hombres solos,

mientras que Lara, terapeuta ocupacional, acota:

(...) los hombres vienen a regañadientes, son mayores de 75, miran si hay otros hombres, con la onda del toco y me voy, no arman vínculos fuertes, se enganchan más con un viaje o una salida recreativa.

Varios profesionales interpretan esta disparidad de conductas entre géneros que, en los hechos, se traduce en menores oportunidades de prevención, de rehabilitación y de cuidado para los varones. En la visión de Ana, psicóloga y coordinadora de Centros de Día en CABA, la rigidez y permanencia de los modelos tradicionales de género está sustentada por las personas mayores de ambos sexos, si bien constata indicios de evolución entre las mujeres:

(...) todavía hay mucho resabio de lugares ocupados, aceptados y adjudicados, estamos en un momento de tránsito (...).

Diana, también psicóloga, aporta reflexiones interesantes sobre aquellos varones “contados con los dedos de una mano” que se salen del estereotipo y ensayan modos de vivir la vejez distintos a la generalidad de

sus congéneres, son aquellos “que en su vida tuvieron mucha relación con cuestiones grupales, sindicales, de militancia”.

La renuencia masculina a participar en actividades grupales, la desidia con la que encaran el cuidado de la salud, el impacto psicofísico que les provoca la partida del ámbito laboral y la soledad, son características de los varones mayores según la opinión de los entrevistados, y abren un campo de investigación ineludible para replantear estrategias de atención de este grupo etario.

Conviene preguntarse también si la mayor presencia femenina entre los profesionales que están a cargo de los programas para este segmento restringe de alguna manera el acercamiento de los varones o, aún no se han delineado proyectos que contemplen sus particulares necesidades, atraigan su interés y contribuyan a su bienestar.

Discriminación, prejuicios y costos compartidos

Los prejuicios sobre la vejez parecen estar extendidos en todos los niveles de la sociedad según cuentan los entrevistados:

(...) el envejecimiento es muy marcado por una cuestión de discriminación social, desvalorización y autoincriminación,

relata Raquel, psicóloga; y, también revelan, lo difícil que resulta modificar discursos, comportamientos y modos de relación entre los mismos profesionales dedicados a este grupo etario.

Ciertos entrevistados apuntan a los medios de comunicación:

(...) a mí cuando alguien dice abuelos, ahí hay una cuestión de ‘viejismo’ instalado, de igualar a todos desde los medios,

dice Lía, educadora. Renata, psicóloga y trabajadora social, agrega que

(...) la mirada sobre la vejez está asociada a la falta de información, a querer homogeneizar a través del discurso que todas las personas mayores son iguales.

Con cierta benevolencia, Damián, geriatra, intenta explicar la necesidad de utilizar rótulos:

(...) las personas por comodidad, clasifican, meten etiquetas, ¿no? clase pasiva, viejenials, perennials y eso no hace más que limitar, que separar.

Quizás, los profesionales experimenten en su propia actividad el punto más inquietante de esta mirada social prejuiciosa –temerosa, negadora o negligente– sobre la vejez: la desvalorización del propio ejercicio de su disciplina, tanto en términos de prestigio como de compensación económica. De alguna manera, el demérito que supone ocuparse de las personas mayores se solapa bajo una sobrevalorización del quehacer con niños y jóvenes, como sospecha Lara, terapeuta ocupacional:

(...) cuando vos preguntás a los estudiantes, son dos los que quieren trabajar con viejos, el resto, quiere trabajar con niños.

El rechazo a ejercer con personas envejecidas se impone como una realidad difícil de soslayar como comprobó en su momento Carola, profesora de tai chi:

(...) me ofrecieron el trabajo porque no había nadie que quisiera trabajar con viejos, así de simple.

Darío, licenciado en enfermería, expresa con realismo esta falta de atractivo para las nuevas generaciones:

(...) es que no te da un estatus social, recién recibidos dicen prefiero la ambulancia y no los viejos, el viejo no te da chapa.

Coincidiendo con este planteo, Mario, geriatra, opina:

(...) la vejez no vende, a nadie le gusta que publiciten un producto que lo vas a usar por un tiempo limitado,

y aclara:

(...) los chicos hoy buscan una rápida formación y despegue laboral que les rinda frutos, eso no sé si la geriatría se los puede ofrecer.

Eduardo, geriatra, apunta al sistema de salud vigente cuando detalla la situación que lo involucra como profesional:

(...) nos toca a un solo médico tener 800, 700 pacientes de cápita y lógicamente no se les puede dar una debida atención. También nosotros somos rehenes de ese sistema que conspira contra la salud del mayor.

No obstante, Damián, geriatra, conjetura cambios importantes que vendrán de la mano de las mismas personas mayores cuando estas comprendan –y utilicen– el poder que pueden detentar:

(...) en Buenos Aires una de cada cuatro personas tiene más de 60 años, es una fuerza política, es una fuerza de consumo, económica, en el mundo las sociedades con más personas mayores condicionan gobernabilidad, condicionan votos, condicionan consumo (...).

La mayoría de los profesionales establece una asociación entre la problemática de la vejez y las limitaciones que padecen en el quehacer de su actividad laboral y, al menos por el momento, no visualizan la influencia que puedan ejercer los mayores en beneficio y respaldo de su propio colectivo.

Profesionales, personas mayores y familias: una relación de tres puntas

Los entrevistados a cargo del cuidado de la salud señalan a la familia como partícipe necesaria del vínculo que establecen con sus pacientes. Coinciden también en la importancia que ese vínculo representa para una mejor evolución. Mario lo explica con mayor detalle:

(...) trato de saber sobre mi paciente cómo es la composición familiar, si tiene cuidador, si la familia le da bolilla; en gerontología nunca podemos dejarla afuera porque es fundamental.

Esta necesidad hacia la inclusión de la familia no se circunscribe a la especialidad médica; en opinión de la mayoría de los profesionales la presencia, participación y contacto con familiares condiciona en gran medida su calidad de vida y una mejor atención. Sin embargo, esta valorada relación triangular es a menudo compleja y, en ocasiones, la familia dificulta la labor profesional según la actitud que asuma ante el desgaste o la enfermedad de su pariente añoso; a veces, la voz familiar influida por los prejuicios sobre la vejez, acalla los deseos u opiniones del propio sujeto vulnerando su autonomía y minimizando sus derechos. Esto se debe a que

(...) a los hijos les cuesta entender cuál es la situación” y establecen “un diálogo con el profesional de la puerta para afuera y, de la puerta para adentro, se esconde la enfermedad y se infantiliza a la persona mayor. (Pía, kinesióloga)

Entonces, “la familia entra en una colisión” con los profesionales actuantes, especifica José, geriatra, y agrega:

(...) hay que tener cintura de boxeador para asistir al paciente y, al mismo tiempo,

satisfacer entre comillas las necesidades y expectativas familiares, no es igual una familia sobreprotectora que una funcionalmente protectora.

Y los profesionales se ven obligados a prestar atención también a la familia cuando se ve superada por la desmejora pronunciada de su paciente. Gustavo, geriatra, director de su propio establecimiento, aclara que

(...) hay un deterioro del entorno, la familia se complica desde lo afectivo y lo económico (...),

y Pía, kinesióloga acota:

(...) me ha tocado acompañar a hijos a los que les es muy difícil sobrellevar una vida propia: con la casa, los hijos y al mismo tiempo el trabajo y el cuidado de personas mayores.

¿Qué pasa cuando no hay familia presente ni disfuncional ni sobrepasada? En la actualidad, no es posible soslayar los cambios que ha experimentado esta relación tripartita, como evocan aquellos cuya trayectoria se inició hace 30 o 40 años:

(...) en mi etapa de residencia el grupo familiar era muy continente y al dar el alta, sabíamos que el paciente volvía a su hogar,

cuenta Edgardo, geriatra. Su colega, José, rememora y contrasta con lo que sucede hoy en día “antes era raro ver al abuelo que iba al geriátrico, ahora directamente los hijos nos plantean que no se los pueden llevar con ellos, la familia se desentiende o no puede (...)”. Diana, psicóloga, comenta que

(...) en Capital, tenés personas muy solas, aisladas y que llegan a nuestro servicio por la soledad que padecen”. Y Edgardo, geriatra, añade que se dan más casos de “familia uniparental, un matrimonio sin hijos que no puede sostenerse mutuamente.

Los profesionales se enfrentan, a veces, a una situación en la que se carece del apoyo familiar al que acostumbraban. Algunos, son tajantes al respecto y la ausencia familiar se describe en términos de juicio calificativo como “no hacerse cargo” o “abandono”. Merece a su vez el reproche en tanto obliga al profesional a suplantar o reemplazar al familiar que evade la responsabilidad. Darío, jefe de enfermeros, expone su reparo:

(...) llega un momento en que somos familia, y firmamos como responsables nosotros, porque no hay nadie (...).

Ante las nuevas realidades y sin desmerecer la actuación de los familiares como factor fundamental en la atención de la persona mayor, varios profesionales redefinen el rol atribuido tradicionalmente a la familia en tanto red de contención y acompañamiento y apuntan a que, no necesariamente debe estar conformada por vínculos de parentesco. En este sentido, Susana, trabajadora social, afirma:

(...) la familia es un apoyo, hay mucha presión social para verla como indispensable e insustituible, el vecino puede establecer un buen vínculo se convierte en un 'nieto del corazón', o un cuidador en un geriátrico, la clave está en el vínculo.

Asociar el concepto de familia a una red de vínculos que incluye los sanguíneos, pero no los limita ni obliga, se perfila entre los profesionales como una herramienta para operar con mayor flexibilidad y eficiencia en el cuidado de las personas mayores. Así reconocen Mónica, geriatra, y Diana psicóloga:

(...) uno trata de ponerlos en red, incorporarlos en grupos a los que ves solos; pienso que el PAMI es una red, que el hospital es otra red, porque es muy difícil trabajar esos casos sin red.

Algunos profesionales avanzan un paso más en sus apreciaciones sobre cómo establecer una relación más saludable en la relación familiar:

(...) hay que tratar de dejar de lado el cuidado instrumental que brindan los hijos porque crea conflictos y sentimientos encontrados; es preferible que lo realice una persona contratada, que los hijos se acerquen con amor y afecto a sus mayores,

recomienda Renata, psicóloga y trabajadora social. La misma visión sostiene Susana, trabajadora social, poniendo el foco en la singularidad de la persona mayor y con la premisa de "respetar su autonomía" para lo cual es más conveniente delegar en "cuidadores domiciliarios" porque "la necesidad del contacto con los familiares es diferente para cada uno". El profesional por ello añade otra función a su trabajo:

(...) es muy importante el asesoramiento a la familia para sugerir asistencia externa que permita que el acompañamiento sea desde lo emocional y no desde lo físico,

sostiene Pía, kinesióloga. Indudablemente, estos enfoques que pretenden optimizar la relación persona mayor-familia-profesional presupone recursos económicos que permitan cuidados remunerados tanto en el hogar como en instituciones. Y las familias que no pueden costearse estas

ayudas van adquiriendo conciencia de que necesitan cierta capacitación para ayudar a sus mayores, como constata Lucía, abogada:

(...) muchos vienen a los cursos para formarse y poder cuidar porque no saben cómo asistir a la persona mayor a su cargo y no tienen otra opción.

Sin embargo, se extiende entre los profesionales la convicción de no dejar afuera de la decisión al propio sujeto mayor mientras aún conserve sus facultades mentales porque, como detecta Mario, otro geriatra

(...) se ve una gran diferencia en el comportamiento entre el que vino por su propia voluntad y el que trajeron de prepo.

Actualmente, los profesionales perciben que la resistencia familiar a institucionalizar a su pariente se ciñe a una mirada social que aún acusa al geriátrico como lugar de abandono y desamparo:

(...) hay mucha gente que, por la culpa, no institucionaliza y cuida mal y le hace un mal mayor a la persona,

interpreta Lucía, abogada. En algunos casos,

(...) insisten en mantener a sus padres en los domicilios de los hijos en un equitativo circular de casa en casa, lo cual es agobiante para los mayores y no les permite sentir que tienen un lugar de pertenencia,

desconociendo que hay personas

(...) para las cuales la institucionalización es liberadora y donde pueden sentirse contenidos y estimulados,

aclara Susana, trabajadora social. Y Paula, psicóloga, agrega que la institucionalización debería ser considerada un derecho para aquellos que

(...) carecen de redes, de autonomía, que vivir solos constituye un riesgo terrible a su propia integridad, es lo peor que le puede suceder a un viejo.

Los cambios experimentados por las sociedades en los últimos años en la conformación de las familias, la prolongación de la vida y la evolución de la gerontología como especialidad, introducen nuevos conceptos y resignifican instituciones como los geriátricos. El discurso de los entrevistados permite entrever que su intervención tiende a favorecer la contención y el afianzamiento de redes centrándose en la naturaleza de los vínculos más que en obligaciones de índole legal o mandatos sociales; se

centra en asesorar sobre el momento en que es necesaria la institucionalización en beneficio de su paciente y de su entorno, asegurando –cuando sea posible– la participación de este en la decisión y haciendo respetar el derecho que le asiste a toda persona en el último tramo de la vida a estar bien cuidado.

El Estado: lo que funciona y lo que queda por hacer

La problemática del envejecimiento empezó a considerarse a nivel estatal en los años 1990. En opinión de varios entrevistados, las acciones han avanzado decididamente en la última década, como ejemplifica Rita, que se desempeña en un hospital público: “creció mucho la oferta, no se conoce tanto, pero ahora tenés la Red Gerontológica de Hospitales, el Programa de gerontología, el Ministerio del área de desarrollo social, hay Defensoría de Personas mayores (...)”.

La articulación en redes no solo se organiza entre áreas estatales sino con otros organismos privados y/o organizaciones de la sociedad civil siendo la forma más efectiva de trabajo. Ana, psicóloga, coordinadora de Centros de Día, corrobora esta tendencia:

(...) hace unos años abrimos el primer centro modelo para atención de personas con trastornos cognitivos; hay una unidad que trabaja en la interdisciplina y que se ocupa de visitar y asesorar a las entidades privadas.

Lucía, abogada, señala que, al regularizarse la figura del Asistente Gerontológico de CABA en 2016, se abrieron nuevos horizontes para la expansión de actividades relacionadas con el cuidado:

(...) hicimos una Asesoría para cuidadores (orientación vocacional, estrés, problemas laborales con los contratados), todavía no tiene difusión, es nuevo (...).

Ricardo, que coordina la página web de salud dedicada a personas mayores en CABA, comenta los ejes de la dinámica de las políticas comunicacionales:

(...) además de educación para la salud, la red gerontológica y las residencias, ahora estamos virando hacia el envejecimiento saludable, defendiendo lo que marca la Convención porque se han violado muchos derechos de la gente grande y tratamos de fortalecerlos (...).

Otros ejemplos de valoración positiva que se mencionan son el Programa Centros de Día o los Centros de Jubilados:

(...) veo a los Centros de Día en constante enriquecimiento, se constituyen nuevas redes en función de la pertenencia, cercanas al barrio, se propicia la vecindad y la relación entre los hijos de los concurrentes y les damos orientación en el uso de la tecnología. (Ana, psicóloga),

y Claudio, filósofo, acota que

(...) los Centros de Jubilados son un ejemplo de integración social.

Sin embargo, al indagar específicamente sobre las dificultades que experimentan como profesionales en la debida atención de los mayores, se permiten reflexiones más allá de sus condicionamientos y fidelidades laborales. Los problemas que mencionan pueden clasificarse en dos tipos: los que son solucionables con la asignación de mayores recursos y los que merecen una revisión del sistema de salud en su conjunto (público, de obras sociales y prepagas).

Entre aquellos obstáculos cuya resolución depende de un mayor presupuesto económico y de una mejor disposición para solventar las necesidades de este grupo etario, señalan barreras que persisten en el tiempo: por ejemplo, las arquitectónicas “el área de geriatría queda en el primer piso, sin baranda en la escalera, a veces los ascensores no funcionan, esa es la realidad de un hospital”, el deterioro de las instalaciones o las deficiencias en la capacitación tecnológica: “los adultos siguen siendo inmigrantes digitales.

Demoras, burocracia y estructuras organizativas:

(...) en PAMI a veces pedís cosas y no salen, tardan mucho (...), resume Mónica, geriatra, y completa Claudio, filósofo: los adultos mayores que requieren consulta, diagnóstico, tratamiento y seguimiento deben concurrir a distintos lugares y a diferentes instancias y muchas veces los profesionales desconocen la diversidad fáctica para su atención y tratamiento.

Los conflictos entre áreas de una misma institución es otro de los factores que entorpece el cuidado:

(...) las áreas programáticas de los hospitales son muy verticalistas, se hace lo que dice el jefe, no importa si sos geriatra, tenés que salir a vacunar sarampión, es una pérdida de tiempo para el residente que se tiene que formar en geriatría y gerontología (...) (Mónica, geriatra).

Paula, psicóloga que ejerce su actividad en el GCBA –en coincidencia con este análisis– propone una reforma organizativa interna:

(...) creo que sería mucho más enriquecedor si tuviésemos equipos interdisciplinarios en Unidades de Gerontología.

Algunos profesionales contabilizan negligencias y postergaciones en las políticas hacia personas mayores al ponerlas en práctica tanto en la ejecución del presupuesto como en la falta de control de las instituciones, situaciones que se hacen notorias en el caso de las residencias geriátricas. Gustavo, geriatra, expone

(...) el geriátrico municipal de la zona norte decreció en número de camas, de 108 pasó a 34, anexaron un Centro de Día con actividades recreativas, pero en los últimos años no se implementó una efectiva política para personas mayores, se redujo notablemente la internación.

Desde la esfera privada, Cristina, psicóloga y acompañante terapéutica de una prepa, describe:

(...) las residencias muchas veces funcionan a modo de obstáculo, tuve experiencias de lugares indignos, deshumanizantes y desubjetivantes, como un depósito más bien. Y no los auditan, no se dan cuenta de que esos lugares no pueden funcionar (...).

Por otra parte, la escasa divulgación de los programas a los que pueden acceder gratuitamente los mayores residentes en CABA devela un presupuesto restringido y en disminución, situación que explica por qué Lucía, abogada que se desempeña en GCBA, pidió infructuosamente “un botón de cuidados gerontológicos” para incluir en la página web informativa; Raquel, psicóloga y trabajadora social, al indagar sobre la falta de difusión de actividades cuenta:

(...) me informan que si difundimos no podremos dar respuesta a la demanda. Se manejan con un presupuesto limitado porque desvían recursos asignados a otras áreas de interés electoral.

En el mejor de los casos, los recursos económicos destinados a las personas mayores “están orientados hacia las poblaciones que fueron vulneradas o que pueden demostrar bajos ingresos” pero “hay una clase media baja que está totalmente desprotegida desde el Estado”, opina Renata, trabajadora social.

Por otro lado, la creciente mercantilización de la salud y sus efectos nocivos se refleja también en otros actores que intervienen en el sistema actual:

(...) en temas arancelarios, obras sociales y prepagas destinan pocos recursos al área de kinesiología y fisioterapia, eso hace que vaya en detrimento del tiempo de atención, confiesa Pía, kinesióloga.

Y agrega que la situación empeora cuando se eleva la edad del paciente y se encuentra en estado crítico:

(...) en la internación domiciliaria, las obras sociales, prepagas y PAMI inclusive, contratan empresas tercerizadas, no envían profesionales matriculados para tratar pacientes con patologías neurológicas y respiratorias, poniendo en riesgo la vida literalmente.

Repensar el sistema de salud: lo que se necesita en el futuro inmediato

Las actividades que realizan los profesionales para cuidar a las personas mayores van ocupando nuevos espacios en función del reconocimiento de sus necesidades y derechos. Así, las primeras camadas de profesionales, autodidactas en su mayoría, fueron –y son– impulsoras de las transformaciones y avances. En dicho contexto, algunos de los entrevistados tienen en claro que se necesitan reformas de gran envergadura en el sistema de atención de la salud y en las políticas para personas mayores, reformas cuya magnitud y profundidad van más allá de la decisión ocasional de aumentar un presupuesto en declive permanente.

Las transformaciones que vislumbran deberían operar sobre el sistema de salud en su conjunto y a partir de las particularidades que lo conforman apuntando a una reestructuración organizativa tanto del flujo de fondos como de las modalidades de acercamiento y asistencia. En este sentido, Gustavo, director de su propio geriátrico y de amplia trayectoria en hospital público, opina

(...) el sistema público subsidia a tres monstruos: las obras sociales, las prepagas y la industria farmacéutica. La gente que tiene cobertura por obra social o prepaga pide medicamentos por PAMI o va al hospital público porque tiene mejor calidad de atención.

Y agrega:

(...) estamos en una situación muy compleja, habría que agrupar estos modelos de gestión.

Los comportamientos que observa Gustavo entre sus pacientes y familiares se correlacionan con las estrategias que utilizan mujeres cuidadoras de clase media y baja oscilando entre diferentes coberturas para optimizar sus recursos, tanto económicos como de calidad para la atención de sus familiares mayores (Findling y López, 2015). Lucía abogada, señala

(...) lo que sí falla es la integralidad, lo que es público es muy separatista, tendríamos que articular más entre todos, eso no existe, es una cosa de años (...).

Desde la gestión privada, Pía, kinesióloga, aporta su visión sobre los cambios que deberían encararse: “me costó encontrar instituciones o espacios que trabajen con una mirada comunitaria” y plantea “nos faltan espacios de rehabilitación de tercer nivel, que no sea con institucionalización”. Finalmente, Damián, geriatra, desestima las actuales políticas porque se limitan a ser “asistenciales”, y asegura que es la sociedad la que puede

(...) desde abajo, movilizar y generar cambios, por presión, porque cada vez son más los adultos mayores y esa presión puede ser significativa.

Por ahora, los profesionales se esfuerzan en la medida de sus posibilidades en articular programas y áreas, asesorando a las personas con las que trabajan y/o a sus familias, y son conocedores de una realidad apremiante en la que “no todos los mayores tienen las mismas patologías, ni todos los familiares la misma disponibilidad o recursos” (Lucía).

El trabajo de los profesionales durante el ASPO

La pandemia provocó cambios en diferentes órdenes de la vida cotidiana de las personas mayores (Lehner y Cataldi, 2020) e hizo visible la necesidad de que se formaran y mejoraran sus habilidades digitales para acceder a información, realizar trámites, compras y, fundamentalmente, suplir la falta de encuentros presenciales para mantenerse comunicadas, como un aspecto central de la salud mental durante el aislamiento (Palacios-Rodríguez *et al.*, 2020).

El contexto de pandemia por Covid-19 en el que se desarrolló esta investigación brindó la oportunidad de indagar sobre sus efectos en la etapa de mayor aislamiento. En ese momento, los profesionales entrevistados enfrentaban un gran desafío: mantener los vínculos ya establecidos con sus pacientes

mediante dispositivos tecnológicos que, ni unos ni otros, manejaban:

(...) nosotros también nos virtualizamos. (Lucía, abogada).

En vista de los déficits digitales de sus pacientes, invirtieron tiempo y energía haciendo docencia en la consulta profesional:

(...) le tengo que explicar sobre las recetas hasta que comprenda mínimamente como es el sistema y a los ponchazos hacen su propia experiencia. (Eduardo, geriatra)

Consecuentes con las posturas que asumieron en su labor desde mucho antes de la pandemia, mantuvieron la interdisciplinariedad a rajatabla como la mejor herramienta de cuidado: “

(...) siempre sosteniendo nuestra labor gerontológica bajo el lema “aislados pero, en red”. (Paula, psicóloga).

Del mismo modo protegieron los vínculos que conforman la tríada con la familia:

(...) hablo con la familia y les mando los cuadernillos de ejercicios, los hijos se los imprimen, se los dejan a los padres y a través del celular, hago una videollamada y veo el cuadernillo que hacen. (Carola, profesora de tai chi).

Y renovaron complicidades con la persona mayor:

(...) me dicen cosas que no les cuentan a sus hijos. (Rita, fonoaudióloga).

Algunos entrevistados sumaron estrategias de cuidado a través de la virtualidad:

(...) realmente descubrí una nueva herramienta. (Pía, kinesióloga).

Y lograron nexos inéditos con aquellos a los que atendían:

(...) lo que me agradecen es la comunicación entre ellos que se ha generado, ese sostén no solamente desde lo terapéutico, sino también desde lo humano. (Mariela, kinesióloga).

Si bien los entrevistados pudieron reconocer ciertos avances durante la pandemia, advirtieron los impactos negativos en la población añosa. La desigualdad en las condiciones socioeconómicas y el encierro, agravados por las limitaciones en el acceso a dispositivos adecuados y/o a conexiones ágiles, repercutieron en la salud mental:

(...) la psiquiatra y la psicóloga no dan abasto con las llamadas de pedidos de atención, la gente está encerrada, deprimida, se está enfermando. (Rita, fonaudióloga).

Algunos profesionales han señalado dificultades a la hora de abordar por modalidad virtual a personas que transitan estados de salud severos. Si bien se acude a la virtualidad para paliar la atención de la salud, los profesionales necesitan del “cara a cara” para desempeñar su actividad laboral sobre todo si no son pacientes autoválidos:

Pero estamos en problemas, porque por ejemplo una valoración gerontológica, no la puedo hacer en forma virtual, entonces, a veces, un paciente de primera vez o con patologías severas los tengo que ver en el consultorio. (José, geriatra).

A su vez, señalan la infantilización que sufrieron las personas de edad en los medios de comunicación y la total ausencia de su voz entre los decisores gubernamentales que encararon acciones tendientes a su protección:

(...) las personas mayores saben sobre el Covid, saben cuidarse. (Damián, geriatra).

En este sentido, las medidas del ASPO favorecieron e incrementaron lo que Renata, trabajadora social, llama “anulación de la autonomía” cuyas consecuencias sobre los mayores se ignoran. Y, en la atención hospitalaria se replicaron e intensificaron prácticas deshumanizantes: “todo lo justificamos con el Covid” expone con crudeza Darío, jefe de enfermeros, y con amargura destaca “es como que retrocedimos quince casilleros”.

Las dificultades tecnológicas fueron el mayor obstáculo que enfrentaron los profesionales durante el aislamiento para asegurar su tarea en coincidencia con lo que experimentaron sus pacientes. Sin embargo, resulta llamativo el escaso reclamo por falta de equipamiento hacia las instituciones en las que se desempeñaban dado que utilizaron, en la mayoría de los casos, sus propios recursos, y fueron mínimas las quejas por no haber recibido apoyo de parte de sus empleadores. Rosa, psicóloga y trabajadora social, por ejemplo, hace uso de la plataforma que brinda la CABA para realizar talleres, y advierte que tiene 80 personas inscriptas pero solamente participan 35. Si bien las personas asisten a las activida-

des, las dificultades se presentan en aquellas que involucran interacción y fue necesario invertir tiempo del taller en la capacitación de los asistentes.

En esa coyuntura los entrevistados muchas veces precarizados laboralmente y sometidos a la desvalorización que sufren las propias personas mayores –sobre todo entre aquellos cuya actividad se relaciona más al cuidar que al curar– se ocuparon sin reparo de las consultas fuera de horario, ayudaron en la realización de trámites médicos y burocráticos, capacitaron en el uso de las plataformas virtuales y defendieron los estándares de trabajo manteniéndose en red. Una vez superada la capacitación, la virtualidad resultó ser una estrategia viable para sostener actividades y talleres. Para quienes realizan actividades asistenciales no siempre fue posible continuar con dicha modalidad de trabajo.

El uso de tecnologías entre las personas mayores –según la visión de los entrevistados– no se inició con el ASPO, sino que ya se utilizaba y, en este contexto, se afianzó y profundizó. La familia aparece como un actor al que se puede acudir en busca de ayuda para el manejo tecnológico pero dicha colaboración no es frecuente. Se afirma que el mayor obstáculo está en el acceso a dispositivos diversos, adecuados y a conexiones ágiles.

¿Cómo reciben las personas mayores el paso de la presencialidad a la virtualidad en sus actividades y consultas según la mirada de los profesionales? Sus relatos expresan que cuando el acceso es efectivo y se poseen las herramientas necesarias para mantenerlo en el tiempo, la participación ha sido beneficiosa. Disponer de los espacios para las actividades, mantener el vínculo con sus docentes y entre ellos mismos y poder comunicar sensaciones vividas, han sido las ganancias que los profesionales mencionan durante el proceso de aislamiento.

No desconocen que la pandemia expuso necesidades que ya existían. Lo cierto es que las políticas implementadas durante el aislamiento revelaron una visión sobre las vejeces despegada de una concepción integral de la salud y exhibieron las fragilidades sociales y económicas que afectan a las personas mayores antes, durante y después de la pandemia.

Consideraciones finales

Los resultados muestran el compromiso de los profesionales que trabajan con personas mayores para encarar diversas estrategias antes y

durante la cuarentena por el ASPO y, en muchos casos, sin contar con apoyo institucional (Findling *et al.*, 2022).

La mayoría de los entrevistados coincide en que el envejecimiento es un proceso, una etapa del transcurso de la vida que en las últimas décadas se ha modificado, y por ende, existen múltiples vejezes que no pueden agruparse bajo una sola etiqueta. Consideran que asisten a nuevas vejezes, remarcando la necesidad de la escucha y la empatía, así como la importancia del cuidado de la salud a lo largo del ciclo vital; pese a que la orientación disciplinaria sea algo diferente entre geriatras y científicos sociales.

La capacitación de los recursos humanos para superar los estigmas que acarrea el envejecimiento se presenta como una herramienta imprescindible que no debe partir de las iniciativas propias de cada profesional, sino que se constituye como una obligación de las instituciones en las que estos se desempeñan. El menosprecio por las personas mayores y, en algunos casos, el maltrato son llamados de atención que han dado lugar a capacitaciones para algunos profesionales que atienden a personas añosas.

Si bien los profesionales señalan la importancia de la presencia familiar como algo vital para el trabajo en conjunto, en ocasiones las relaciones filiales pueden interferir y acarrear conflictos que desestructuran los vínculos creados. Por ello pensar a la familia en un sentido amplio puede optimizar las interacciones: la familia-red posibilita una mejor calidad de vida para las personas mayores.

Respecto al rol del Estado, los entrevistados observan múltiples obstáculos relacionados con las inequidades del sistema de salud argentino que se vieron potenciados por el ASPO. La falta de adaptación de los recursos (económicos y humanos) constituye un impedimento para la tarea profesional. Resulta llamativo el escaso reclamo por falta de equipamiento durante la pandemia hacia las instituciones en las que se desempeñan estos profesionales, principalmente porque se utilizaron recursos propios. Tampoco han recibido ofertas de las instituciones para mejorar su espacio doméstico para un adecuado desempeño laboral. En este sentido cabría la posibilidad de preguntarse la manera en que las instituciones (tanto de carácter público como privado) priorizan el trabajo del cuidado.

Un aspecto que merece profundización en próximos trabajos es la renuencia masculina a participar en actividades grupales y la apatía con la que encarán el cuidado de la salud, el impacto psicofísico que les provoca la partida del ámbito laboral y la soledad.

La planificación de políticas públicas para garantizar el reconocimiento de los profesionales de áreas sociales que cuidan a personas mayores es un aspecto a tener en cuenta para mejorar la calidad de vida de este grupo y de quienes lo cuidan.

El país presenta una enorme diversidad de políticas focalizadas hacia personas mayores que redundan en mayor fragmentación y menor integralidad de la atención de la salud. Ante la escasa coordinación de los programas para las personas mayores es necesario pensar políticas modificando estructuras arraigadas. Si bien Argentina adhirió a la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores de 2015, y en 2020 se han creado organismos públicos que intentan promocionar políticas de cuidado, habría que interrogarse si el espíritu de las leyes de la Convención y los diagnósticos y el diseño de políticas públicas que se proponen, se incorporarán efectivamente como parte del derecho vigente y si contribuirán a la implementación de políticas públicas para la promoción de la calidad de vida y cuidados adecuados de la población adulta y para los profesionales que se ocupan de su apoyo y asistencia.

Referencias bibliográficas

- Abramzón, M. (2006). "Recursos humanos en salud en Argentina. Desafío pendiente". *Revista de Salud Pública*, Vol. 10, 1: 52-62.
- . (2011). "Acerca de la formación de Recursos Humanos en Salud". *Voces en el Fénix*, N° 7: 116-124.
- Belmartino, S. (2009). "Los procesos de toma de decisiones en salud. Historia y teoría". *Revista Política y Gestión*, 11: 33-59.
- Cerri, C. (2015). "Dependencia y autonomía: una aproximación antropológica desde el cuidado de los mayores". *Athenea Digital. Revista de Pensamiento e Investigación Social*, 15 (2): 11-140.
- Cirino, E.; M. C. Palermo; L. Findling y L. Champalbert (2021). "Las prácticas de profesionales que trabajan con personas mayores ante la pandemia del Covid-19 en Buenos Aires". *Revista Latinoamericana de Antropología del Trabajo* 5 (11): 30-51.
- Cirino E. y L. Findling (2023). "Políticas y perspectivas sobre el envejecimiento en Argentina". *Gerontología Latinoamericana*, 1 N° 1: 65-78. Disponible

- en: <http://revistas.unach.mx/index.php/GerontoLat/issue/view/9/6>
- Chardón, M. C. (2019). “Cartografías del cuidado: despliegues de etimologías y themata”. En Chardón, M. C.; R. Montenegro y S. Borakievich (comps.). *Instituciones y sujetos del cuidado. Salud, educación, familias*, pp. 73-94. Bernal, Editorial Universidad Nacional de Quilmes.
- Findling, L. y E. López (coords.). (2015). *De cuidados y cuidadoras: acciones públicas y privadas*. Buenos Aires, Biblos.
- Findling, L.; M. P. Lehner; E. Cirino y L. Champalbert (2022). “Narrativas sobre la vejez, las familias y el Estado de profesionales que trabajan por el bienestar de personas mayores en Buenos Aires”. *Population Ageing in Latin America*, 1 N° 1: 7-23. Disponible en: <https://www.ageing.ox.ac.uk/download/332>
- Gilligan, C. (1982). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Cambridge, Harvard University Press.
- Lehner, M. P. y M. Cataldi (2020). “Las personas adultas mayores frente a la pandemia”. En Goren, N. y G. Ferrón (comps.). *Desigualdades en el marco de la pandemia. Reflexiones y desafíos*, pp. 75-82. José C. Paz, EDUNPAZ. Disponible en: <https://edunpaz.unpaz.edu.ar/OMP/index.php/edunpaz/catalog/view/53/64/204-2>
- Molinier, P. (2018). “El cuidado puesto a prueba por el trabajo. Vulnerabilidades cruzadas y saber-hacer discretos”. En Borgeaud-Garciandía, N. (comp.). *El trabajo del cuidado*, pp. 187-210. Buenos Aires, Fundación Medifé Edita. <https://www.fundacionmedife.com.ar/sites/default/files/PDF/Edita/El%20Trabajo%20De%20Cuidado-DIGITAL.pdf>
- Palacios-Rodríguez, A.; J. M. Romero Rodríguez; G. Gómez García y J. C. de la Cruz Campos (2020). *Desafíos de investigación educativa durante la pandemia*. Madrid, Dykinson.
- Touris, M. C. (2019). “Salud integral, cuidados y afectos. Reflexiones posibles en torno a una experiencia con adultos mayores”. En Chardón, M. C.; R. Montenegro y S. Borakievich (comps.). *Instituciones y sujetos del cuidado. Salud, educación, familias*. Bernal, Universidad Nacional de Quilmes.
- Wlosko M. y C. Ros (2018). “La profesión enfermera y el trabajo del cuidado. Puntuaciones de investigación a la luz de la psicodinámica del trabajo y la teoría del care”. En Borgeaud-Garciandía, N. (comp.). *El trabajo de cuidado*, pp. 163-189. Buenos Aires, Fundación Medifé Edita.

Percepción de la calidad de vida en personas mayores de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en pandemia y pospandemia

Liliana Findling y Marisa Ponce

Introducción

El 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el estado de pandemia provocado por el Covid-19. Pocos días después, el Gobierno argentino tomó medidas de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) para evitar la propagación del Coronavirus, prestando especial atención a las personas de 60 años y más, declaradas grupo de riesgo por las autoridades sanitarias por ser el segmento demográfico más vulnerable ante las amenazas provocadas por la pandemia. Por su parte, las Naciones Unidas recomendaron a los gobiernos que brindaran protección a las personas mayores, ya que muchas de ellas vivían solas o en instituciones, percibían bajos ingresos y corrían el riesgo de discontinuar tratamientos de enfermedades crónicas (Lehner *et al.*, 2021).

Si bien este nuevo virus podía infectar a personas de cualquier edad, tempranamente se demostró que las personas mayores se exponían a un riesgo de muerte más elevado si se contagiaban (Huenchuan, 2020). Al padecimiento de enfermedades crónicas preexistentes (respiratorias, cardiovasculares o diabetes) y al desgaste del sistema inmune, sobre todo a partir de los 75 años, se sumaban los aspectos emocionales asociados a la soledad y el aislamiento que pueden afectar la capacidad para responder a las enfermedades (ibídem).

Una de las principales manifestaciones de la transición demográfica es el aumento de la supervivencia generacional, fenómeno conocido como “vejez de masas” y definido como la generalización de la supervivencia de una generación hasta los 65 años (Pérez, 2000).

Trabajos pioneros sobre la vejez consideran que debe ser entendida como una construcción social y no como un fenómeno biológico (De Beau-

voir, 2018). Existen vejez múltiples, atravesadas por diversas carreras personales estableciendo las diferencias entre la concepción de la vejez individual (vejez) y la vejez social (envejecimiento) (Bazo, 1996). Las diversas maneras de atravesar esa etapa de la vida aparecen condicionadas por los contextos sociales, así como por las políticas públicas destinadas a esa población.

El envejecimiento es inevitable y las características de este proceso están diferenciadas en los grupos sociales. No todas las personas viven con la misma calidad de vida ni poseen trayectorias de vida similares, por lo que cabría preguntarse, ¿cómo es ese proceso de envejecimiento? La respuesta más enfática es que es diferencial. Por ejemplo, las mujeres tienden a vivir más cantidad de años que los varones, pero con mayores morbilidades, por lo que esta desigualdad por género trae repercusiones en su bienestar y en su entorno. La mayor longevidad no está asociada necesariamente a una mejor calidad de vida.

La calidad de vida (CV), como concepto analítico, es compleja y multidimensional. Según la perspectiva teórico-ideológica y/o la disciplina desde la que se analice, existen variados trabajos que problematizan aspectos de lo que supone el bienestar o la calidad de vida en diversos grupos sociales.

Al intentar medir la calidad de vida de las personas mayores, cobran importancia múltiples factores y, entre ellos, se resalta el grado de auto-determinación en sus actividades cotidianas (López y Findling, 2009), así como el *empowerment*, que se refiere a la habilidad de comprender y de controlar aspectos personales, sociales y económicos que influyen en sus condiciones de vida para un mayor bienestar (Pérez Salanova, 2020).

Objetivos

El objetivo general de este artículo es contribuir a la comprensión de un concepto complejo como es el de la calidad de vida de las personas mayores.

Como objetivos específicos se discuten los principales aportes teóricos relacionados con esta temática y se describen las conclusiones de una investigación llevada a cabo por las integrantes del proyecto FONCyT¹ sobre la percepción de la calidad de vida en personas de 60

¹ Proyecto FONCyT PICT- 2020/23 Código 3318: "Políticas de cuidado para personas mayores en Argentina. Desigualdades sociales y calidad de vida en Ciudad de Buenos Aires". Investiga-

años y más de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) durante el Aislamiento Social y Preventivo Obligatorio (ASPO), comparando los resultados con otros estudios implementados durante la pandemia y pospandemia.

Abordaje metodológico

Se trabajó con fuentes secundarias y primarias. En primer lugar, se han relevado diversos documentos, encuestas, estadísticas y bibliografía especializada sobre la temática. En segundo lugar, y mediante fuentes primarias, se procedió a elaborar una encuesta virtual (a raíz del ASPO establecido por el Gobierno Nacional) sobre calidad de vida y efectos que produjo la pandemia, dirigida a personas mayores en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Se diseñó un cuestionario autoadministrado en la plataforma Google Forms con preguntas predominantemente cerradas y una pregunta abierta, enviado por mail o por Whatsapp. Se trató de una muestra no probabilística, de tipo intencional por bola de nieve (N = 362 casos) y los criterios de inclusión se basaron en tener 60 años o más y residir en la CABA, sin distinción de sexo. Se abordaron las siguientes dimensiones: características sociodemográficas, autocuidado de la salud, modificaciones producidas por el ASPO en la vida cotidiana, uso de Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) y participación en actividades a través de plataformas virtuales.

Las personas respondieron la encuesta voluntariamente y a todas se les garantizó la confidencialidad y el anonimato. Los resultados fueron volcados al procesador SPSS y se tabularon mediante cuadros bivariados. El relevamiento se realizó desde fines de junio hasta el 15 de julio de 2021. Respecto a la muestra, es necesario mencionar que existe un sesgo, ya que solo formaron parte de ella quienes tenían acceso a las TIC mediante dispositivos móviles, computadoras y conectividad. De allí que los resultados no pueden ser generalizados a toda la población mayor que reside en la CABA.

Un rastreo de los conceptos sobre calidad de vida

El concepto de bienestar posee un carácter más general que el de calidad de vida. Durante la evolución del pensamiento económico, el bienestar objetivo o *welfare*, ha sido objeto de investigación habitualmente centrada en aspectos económicos, se ha asociado a la explicación mediante criterios cuantitativos de los modelos dominantes del desarrollo económico y del ingreso per cápita de los países (Espinoza Ortiz, 2014).

El progresivo desarrollo económico desigual a causa de la industrialización en Europa favoreció la medición de indicadores sociales para analizar dimensiones relacionadas con el bienestar social de las poblaciones. En una primera etapa, los antecedentes de lo que hoy se conoce como el estudio de la calidad de vida se basaban en indicadores económicos (Espinoza Ortiz, 2014).

El concepto, más allá de sus raíces filosóficas, tiene sus primeros desarrollos en la propuesta aristotélica, y comienza a tenerse en cuenta hacia mediados del siglo XX (Schwartzmann, 2003). Se ha utilizado desde el sentido común o conocimiento ordinario (en términos de Bourdieu) haciendo alusión a la felicidad (con toda la complejidad que incorpora) y también desde el conocimiento científico investigando diferentes estrategias para definirlo y medirlo (Cirino y Findling, 2023).

Después de la Segunda Guerra Mundial, las Naciones Unidas propusieron crear un nuevo indicador de análisis económico: el nivel de vida (renta per cápita nacional real más indicadores cuantitativos de los campos de la salud, educación, empleo, vivienda y cuestiones demográficas). Fue un concepto criticado ya que hizo hincapié en el dominio y acceso a los recursos, dejando de lado las condiciones del entorno. Se omitía tener en cuenta una construcción histórica y cultural de valores de cada época y sociedad (Cardona y Byron-Agudelo, 2005).

En 1961, se presentó un documento que propuso nueve componentes para caracterizar el nivel de vida: salud, alimentación, empleo, vivienda, educación, seguridad social, vestido, esparcimiento y libertades humanas (Tonón, 2005; Espinoza Ortiz, 2014).

Posteriormente, en 1970, la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), construyó un índice para determinar el bienestar alcanzado en las veinticuatro naciones más industrializadas con ocho dimensiones básicas haciendo foco además en indicado-

res sobre empleo y calidad de vida en el trabajo, tiempo dedicado al trabajo y tiempo libre, control sobre los productos y servicios (Palomino y López, 1999).

En la década de 1980, ya pueden vislumbrarse dos miradas diferentes respecto a la definición de calidad de vida. Un grupo más ligado a la geografía adoptó una visión cuantificable y objetiva, basada en el ambiente externo de las personas y en los bienes y servicios para la satisfacción de sus necesidades materiales e inmateriales. Otro grupo de autores defendió una postura cualitativa y enfatizó aspectos perceptivos de agrado o desagrado ante diferentes dimensiones de la vida (Leva, 2005).

La propuesta de Desarrollo Humano, elaborada por el Programa de las Naciones Unidas en 1990, incorporó dimensiones materiales y subjetivas del ser humano sobre la CV. Tomó en cuenta aspectos como la participación de las personas en las decisiones de sus vidas para poder convertirse en agentes activos de su propio desarrollo (PNUD, 1996).

En 1995, se conformó la International Society for Quality of Life Studies (ISQOLS) que reunió investigadores a nivel mundial a fin de estudiar la calidad de vida. Su objetivo radica en orientar en la producción de teorías, programas de intervención y métodos de medición. Esta organización afirma que la CV implica la percepción que el sujeto tiene de sí mismo, con respecto a su situación en el contexto cultural y social a partir de sus propias expectativas, logros e intereses (Tonón, 2007). Así esta definición conjuga indicadores de bienestar objetivos y subjetivos.

En esta misma línea, Casas (1999) considera que el conocimiento de las condiciones materiales de vida, así como también el de las percepciones, aspiraciones y evaluaciones de los sujetos que integran su bienestar social y material, expectativas, logros e intereses engloban el estudio de la calidad de vida.

En una investigación llevada a cabo en España, con una muestra de 467 personas mayores de 65 años, se hallaron cinco dimensiones importantes expresadas por los participantes: salud, red familiar, situación económica, red social y ocio-tiempo libre. Se enfatiza que la dimensión familiar fue la más destacada (Rojo Pérez y Fernández Mayoralas, 2011). Por otro lado, Aponte Daza (2015), a partir de un estudio de caso, señala que las personas mayores consideran que lo más importante para su calidad

de vida es ser felices y estar satisfechas con los logros obtenidos y con la familia que las rodean.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad de vida como la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones. Esta definición reconoce dos marcos de referencia: el histórico y el cultural. Según Ruiz y Sánchez (2017) faltaría un marco relativo a la clase social. Si bien se centra en aspectos objetivos, estos refieren al bienestar material, las relaciones entre el ambiente y la salud percibida.

Desde una perspectiva económica, Sen (1998) propone que se estudien los aspectos subjetivos basándose en el enfoque de las capacidades como punto de partida. La visión subjetiva abarca la sensación del bienestar físico, psicológico y social, la intimidad, las emociones y la seguridad percibida. Asimismo, Sen desarrolla la idea de soberanía individual como la capacidad que poseen los individuos de poder tomar decisiones de forma autónoma en función de los recursos disponibles y de su uso. Esta mirada, a pesar de ser novedosa, debería complementarse con la posición de los sujetos en la estructura social (Ruiz Sánchez, 2017).

En el campo de la salud, el modelo biomédico tradicional suele desconocer la influencia del estado de ánimo, el desarrollo de redes de contención (o la ausencia de ellas) y las estrategias para afrontar determinadas situaciones. Es por esto que se empezó a hablar, desde fines del siglo XX, de la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS), rama que incorpora la perspectiva de los usuarios del servicio de salud como también algunas dimensiones sociodemográficas y del entorno (Schwartzmann, 2003). Además de las opiniones de los usuarios, se suman los juicios de valor que las personas realizan sobre las consecuencias y repercusiones de los padecimientos y los tratamientos en la vida de los sujetos, más allá de las afirmaciones de los profesionales de la salud.

La Declaración de la Década del Envejecimiento saludable para los años 2021-2030, iniciativa de la OMS impulsada por Naciones Unidas, también se enfoca en la erradicación del viejismo para reconocer a las personas como sujetos de derecho, respetar su voz y decisión y evitar la discriminación por edad.

Las recomendaciones implementadas por el Gobierno Nacional durante la pandemia del Covid en Argentina desde 2020 hasta mediados

de 2021, enfocadas hacia personas mayores y con discapacidad, constituyeron una vulneración de los derechos a la propia determinación. Y especialmente se desarrolló al amparo de estereotipos y prejuicios inmersos en la sociedad que son un reflejo de viejos modelos conceptuales ligados al verticalismo, a la imposición y al control (Bernardini, 2020).

A partir de la bibliografía sobre CV puede resumirse que la mayoría de los autores se refiere a dos aproximaciones para explicar la calidad de vida: a) subjetiva o micronivel: se trata de una evaluación del estado de salud, redes de apoyo social, satisfacción, estilo de vida desde el punto de vista de cada sujeto y, b) objetiva o macronivel: analiza dimensiones sobre la clase social/nivel socioeconómico, seguridad financiera, tipo de vivienda, accesibilidad a servicios sociales y sanitarios y entorno ambiental.

Resultados

Sobre las encuestas de calidad de vida a personas mayores durante la pandemia

Entre 2020 y 2021 se elaboraron varias encuestas para indagar las percepciones de personas mayores sobre el ASPO en el país, a cargo de instituciones académicas y de organizaciones de la sociedad civil.

Entre ellas cabe mencionar a la Cruz Roja Argentina (2022), que realizó dos mediciones sobre el bienestar de las personas mayores. La primera fue en julio-agosto de 2021 (abarcó 20 provincias relevando a 1.780 personas mayores de 65 años) y la segunda investigación, se emprendió en marzo de 2022 (en 20 provincias, a mayores de 60 años con un total de 1.450 casos).

Otro estudio lo realizó el Observatorio de la Deuda Social Argentina (ODSA-Universidad Católica Argentina) (2022) en conjunto con la Fundación Navarro Viola. Se trató de un relevamiento a partir de encuestas desde 2017 a 2021, y se trabajó con una submuestra de personas de 60 años y más en todo el país en aglomerados urbanos. Y se encaró una tercera encuesta a cargo de la cátedra de Psicología de la Tercera Edad y Vejez de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires (Iacub, 2020).

Y se resumen los principales resultados del estudio sobre percepciones de la calidad de vida realizado por las integrantes del proyecto FONCyT durante la pandemia a personas mayores y se comparan los resultados con los trabajos citados.

Descripción de la muestra de la Encuesta Calidad de Vida en la Ciudad de Buenos Aires (proyecto FONCyT)

La distribución por género evidencia que el 60% de los encuestados son mujeres y son datos similares a los de varias investigaciones realizadas durante la pandemia –Facultad de Psicología (UBA), Cruz Roja Argentina, Observatorio de la Deuda Social (UCA), entre otras–.

Una cuarta parte (25%) tiene de 60 a 64 años, 4 de cada 10 se ubica entre 65 y 74 años y el restante tercio tiene 75 o más años (en este segmento etario es muy pronunciada la presencia femenina).

Más de la mitad alcanzó un nivel medio de instrucción (secundario incompleto y completo) y en este grupo predominan las mujeres. Casi un tercio detenta un nivel elevado de instrucción (superior incompleto y completo), que es algo más pronunciado entre los hombres. Y un 17% cuenta con un nivel bajo de educación (primario incompleto y completo). Teniendo en cuenta que es una muestra no probabilística quizás el nivel de educación es un poco más elevado que el de las mediciones censales.

Según el estado conyugal, algo más de la mitad (51%) está en pareja. Casi una cuarta parte manifiesta estar divorciada o separada y el resto son viudos o solteros. De acuerdo con lo esperado, el porcentaje de viudas supera al de viudos como así también lo hace el de divorciadas/separadas. La viudez se torna más evidente cuando avanza la edad en ambos sexos. Una de las características de la población mayor en CABA es su feminización debido a la sobremortalidad masculina.

¿Con quiénes viven? Más del 50% de los entrevistados reside con su pareja (respuesta más indicada para los varones). Y casi 4 de cada 10 vive solo, sobre todo las mujeres. Cabe recordar que en la CABA casi el 40% de los hogares de personas de 60 años y más son unipersonales (Subsecretaría para Personas Mayores, 2023).

El 71% posee una jubilación por moratoria o por años de trabajo. Pocos indican tener pensión por viudez o por Pensión Universal del

Adulto Mayor (PUAM). Menos de una cuarta parte (23%) no cuenta con este beneficio, representada sobre todo por los varones.²

Al analizar la tenencia de la vivienda se detecta que 8 de cada 10 entrevistados son propietarios de su vivienda, aspecto que se condice con los datos del documento de la Subsecretaría de Personas Mayores, dependiente del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (2023).

La mitad de la muestra realiza alguna actividad remunerada, y este grupo lo integran sobre todo los hombres y los más jóvenes (de 60 a 64 años). Una amplia mayoría (89%) no buscó otro trabajo en el último mes.

¿Cómo se percibe y se cuida la salud? Datos de cobertura, estado de salud, principales problemas y cuidados

Algo más de la mitad de los entrevistados posee como cobertura de salud un servicio de medicina prepaga (por convenio o por aporte propio), cifra algo más elevada en comparación con datos de la Subsecretaría para Personas Mayores de CABA (2023). Son sobre todo los hombres, los de mayor edad y de elevado nivel de educación. Un tercio cuenta con la Obra Social del Instituto Nacional de Jubilados y Pensionados (PAMI). En este segmento se destacan las mujeres y los de menor instrucción. Menos de una cuarta parte afirma tener otras obras sociales y el resto (6%) posee cobertura pública, sistema de emergencias u otro tipo de cobertura.

La variable estado de salud percibido puede relacionarse con la sensación subjetiva del estado físico y mental, y es un predictor de mortalidad (Rohlf's *et al.*, 2000). En ese sentido, el 64% de los encuestados piensa que su salud es buena, y si se le suma la categoría muy buena, la cifra alcanza al 81%. Solo un 18% evalúa su salud como regular y se trata sobre todo de aquellos encuestados de niveles bajos de educación. El impacto del padecimiento de enfermedades crónicas en relación con la percepción de mala salud disminuye a medida que los grupos son de mayor edad (Seculi *et al.*, 2001).

² Hay que tener en cuenta que al formular la pregunta a los encuestados de 60 años o más se está incluyendo a una porción considerable de personas económicamente activas que aún no acceden a la edad jubilatoria (60 a 64 años para los varones).

Independientemente del Covid, estos datos son similares a los de la Encuesta Anual de Hogares (EAH) de 2018 (INDEC, 2019; Palermo *et al.*, 2020) y a los de la Subsecretaría para Personas Mayores de CABA (2023). A medida que avanza la edad mejora la percepción del estado de salud. Más de dos tercios (67%) manifiestan padecer problemas de salud, respuesta que crece entre las personas de mayor edad. Las afecciones más mencionadas en primer lugar aluden a hipertensión, problemas cardíacos o colesterol (62%). En segundo lugar (44%), se mencionan padecimientos óseos, musculares, de movilidad, dolores articulares, dolencias que se enfatizan más entre las mujeres. En tercer lugar, y con menores porcentajes, se exhiben problemas odontológicos (22%).

Según los indicadores de la Encuesta Nacional de Hogares de 2018 (EAH, Dirección General de Estadísticas y Censos, GCBA, 2019; Palermo *et al.*, 2020), 6 de cada 10 personas mayores de 60 años efectuaron consultas médicas en el último mes y un 80% lo ha hecho en los últimos 6 meses. Estos datos se reflejan en los resultados, ya que el 82% de las personas mayores indica cuidar su salud realizando sobre todo controles médicos. Las mujeres revelan además cuidar su salud en mayor medida que los hombres a través de la alimentación, la actividad física y la realización de tratamientos kinesiológicos. El mayor cuidado de la salud entre las mujeres no es un dato novedoso, en la mayoría de las encuestas sobre salud son las mujeres las que más utilizan los servicios de salud por sus experiencias reproductivas (Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, INDEC, 2019; EAH, Dirección General de Estadísticas y Censos, GCBA, 2019). Pese a ser más longevas que los hombres, tener hábitos más saludables y hacerse más controles y revisiones, las mujeres padecen mayores morbilidades.

Otro aspecto a resaltar es la postergación de procedimientos y/o controles médicos durante el aislamiento. Las tres cuartas partes de la muestra debió posponer tratamientos o controles (especialmente las mujeres optan por esta respuesta). Estos resultados también pueden verificarse en la Encuesta del ODSA que indica que han disminuido notablemente las consultas médicas durante el período 2020-2021. Una amplia mayoría (93%) manifiesta no tener discapacidades físicas o mentales.

En relación al cuidado de la salud, casi todas las personas entrevistadas manifiestan realizar controles médicos periódicos, y se alude –con menores porcentajes– a tener en cuenta una alimentación saludable y a realizar actividad física. De todas maneras, es escasa la práctica de depor-

tes entre las personas mayores. Así también lo comprueban los resultados de los relevamientos de ODSA y de la Cruz Roja Argentina.

Al consultar por la necesidad de ayudas para trámites o actividades cotidianas, 7 de cada 10 personas mayores no requiere esta asistencia. La edad, el nivel de instrucción y el vivir acompañadas inciden en poder desempeñarse sin colaboración.

Casi la tres cuartas partes (73%) afirma no tener que cuidar a alguna persona en la actualidad. Son especialmente los hombres los que viven solos y los de mayor edad. ¿A quiénes asisten los que sí cuidan a alguien? Las respuestas indican que la mayoría cuida a nietos y son las mujeres las que realizan esta tarea.

Cambios percibidos como consecuencia del aislamiento

La sensación de riesgo ante el aislamiento afecta la salud física y mental y puede deteriorar las condiciones de salud previas.

El Observatorio Humanitario de la Cruz Roja (2022) identificó en 2021 una deficiente calidad de vida en el 70% de las personas, mientras que en 2022 este porcentaje fue menor, pero aún afecta a la mitad de las personas (52%). También señala que la mitad de las personas mayores sufrió algún impacto negativo sobre su bienestar físico desde la pandemia, situación que no mejora en el relevamiento de 2022.

En nuestra encuesta sobre calidad de vida en CABA, algo más de la mitad (55%) de las personas mayores sintió algún cambio en su salud física por la pandemia y esto es enfatizado por las mujeres, las personas más jóvenes (60 a 69 años) y por aquellos de niveles medios de educación. Los cambios más mencionados se refieren a problemas en el peso y molestias musculares y óseas, falta de movilidad, trastornos de hipertensión y dolores de cabeza. Los de mayor edad y en especial los varones no han percibido fuertes modificaciones en su salud (Lehner *et al.*, 2021).

Al indagar sobre efectos en la salud mental, los porcentajes se invierten. Un poco más del 50% no los ha sufrido (nuevamente son los varones, los de mayor edad, los de menor nivel de educación y los que residen acompañados). Por el contrario, los que señalan sentir cambios (42%) son las mujeres, los más jóvenes y los más educados. ¿Qué los afecta? La angustia y la pérdida de lazos sociales y de vínculos familiares. También se

alude con menores cifras a problemas del sueño, sentimientos de soledad, síntomas de depresión y de estrés.

En ese sentido, una investigación publicada en la *Revista Española de Geriatria y Gerontología* (Losada Baltar *et al.*, 2020), cuyo objetivo se centraba en analizar diferencias con respecto a sentimientos de ansiedad, tristeza y soledad en distintos segmentos etarios, demostró que las personas jóvenes informaron niveles superiores de sintomatologías mentales en comparación con las personas mayores. Esto se explica porque las vidas de los jóvenes se han visto más alteradas por el aislamiento y, además, porque el bienestar emocional mejora a lo largo del ciclo vital. La Encuesta de ODSA también muestra que el índice de malestar psicológico ha afectado por igual a las personas mayores y a las de menor edad (22%) (Amadasi *et al.*, 2022).

Por el contrario, el relevamiento de la Facultad de Psicología (Iacub *et al.*, 2020) muestra escasos cambios de hábitos en las personas mayores ante el ASPO, quizás asociados a su condición de jubilación o pensión, razón por la que suelen estar más acostumbradas a pasar más tiempo en sus hogares. Detecta pocos cambios de hábitos ya que las personas mayores son pacientes, tolerantes, de buen humor y pueden manejar un adecuado control secundario de las situaciones, intentando solucionar problemas.

Nuestra investigación muestra que, a nivel social, una amplia mayoría (83%) debió suspender actividades y un porcentaje similar afirma que el ASPO provocó consecuencias en su vida cotidiana. ¿Qué efectos provocó en sus costumbres habituales? Los más mencionados fueron los vinculados a actividades sociales, la pérdida de lazos familiares y, con menos menciones, aspectos laborales y económicos.

¿Qué es lo que más se extraña de las actividades que se hacían antes de la pandemia? Las respuestas nuevamente exponen las barreras que provocó el ASPO. La mayoría añora las reuniones con amigos y con familiares, así como los paseos. El ejercicio físico, hacer compras no esenciales y el trabajo son aspectos menos indicados.

Tal como expone Paugam (2012), en los diferentes momentos de la socialización la intensidad de algunos tipos de vínculos va variando. Así, en el segmento de la población mayor es de suma importancia el vínculo de filiación (sobre todo con sus hijos) pero también el de participación electiva (relativa a la asistencia a actividades, talleres, cursos que implican

una salida del hogar y mejoran su calidad de vida). Y, en algunos casos, se destaca el vínculo de participación orgánica.

En la encuesta se incluyeron preguntas abiertas que apuntaban a conocer, desde la experiencia de las personas de 60 años y más, cuáles fueron los principales aprendizajes o reflexiones vividos durante la pandemia. Se menciona la necesaria capacidad de adaptación y resiliencia, se expresan temores causados por el aislamiento (muertes y vulnerabilidades). Además se alude a valorar mejor los vínculos afectivos y poder disponer a pleno de sus vidas; tener mayor tolerancia y solidaridad, y otorgar mayor importancia a los cuidados, a la salud y a la prevención.

A nivel macro, se enfatiza la necesidad de mejorar o cambiar el sistema de salud, la organización laboral, el ámbito educativo o la previsión social, así como la acción estatal para disminuir las desigualdades sociales. Algunos enumeran deficiencias en la gestión estatal, la demora en el arribo de vacunas y falencias en la comunicación emanadas desde los medios y desde el Estado.

Consideraciones finales

Este artículo se ha enfocado en interpretar una aproximación subjetiva de la calidad de vida desde la mirada de las personas mayores residentes en la Ciudad de Buenos Aires.

El escenario generado por la pandemia incidió notablemente en la vida cotidiana, en la atención de la salud y en los cuidados, vulnerando los derechos de las personas mayores. Y en la pospandemia aún quedan vestigios de lo transitado durante el Aislamiento y el Distanciamiento Social que no se desvanecerán rápidamente. Estos devastadores efectos evidenciaron aún más las desigualdades socioeconómicas y de acceso a los servicios de salud y protección social de la población en general y, especialmente, de las personas mayores.

Este grupo etario llegó a considerarse, por parte del Gobierno nacional y jurisdiccional, como integrado por individuos que no podían decidir por sí mismos. Plantearlo como segmento de riesgo desde las políticas implicó negarle la posibilidad de interacción social a través de los vínculos preexistentes. De hecho, las consecuencias en la salud integral demuestran cómo operó la pérdida de lazos y el acceso a los controles médicos.

Los relevamientos muestran las consecuencias en su bienestar durante la pandemia y ofrecen un marco para reflexionar sobre los modos de vida, las estrategias y los arreglos que se generan entre las personas mayores.

A modo de resumen, puede detectarse en las investigaciones relevadas ciertos aspectos diferenciales con respecto a algunas dimensiones de la calidad de vida. Quizás pueda deberse al tipo de muestras no probabilísticas de diseños combinados (telefónicas, virtuales y presenciales) y realizadas con bases, edades, regiones y períodos de tiempo diferentes.

De todas maneras, y a grandes rasgos, estas investigaciones muestran que se afectó la calidad de vida de las personas mayores aunque también se resaltan fortalezas relacionadas con su ciclo de vida. Paralelamente, puede entreverse el impacto del cierre de los servicios de salud, la imposibilidad del acceso a controles y un bajo nivel de actividad física durante la pandemia.

La encuesta de la Facultad de Psicología, la del Observatorio de la Deuda Social y la de nuestro proyecto FONCyT muestran que las personas mayores no han atravesado excesivos problemas en su salud mental, en comparación con la Encuesta de la Cruz Roja, y destacan el poder de resiliencia y la necesaria capacidad de adaptación de este grupo etario a tecnologías digitales para evitar la pérdida de lazos sociales.

Un aspecto que se debería profundizar en próximos trabajos es la renuencia de los varones a responder encuestas sobre estos temas, aspecto que se puede vislumbrar en los datos sociodemográficos de cada una de las investigaciones.

Se detecta un desfase entre lo que se propone a nivel teórico –sobre todo desde los organismos internacionales– y lo que puede constatarse en las investigaciones empíricas. Existe un hiato entre las definiciones abstractas de lo que debe ser la calidad de vida y lo que perciben los propios sujetos.

Y persisten desigualdades socioeconómicas entre las personas mayores que inciden en la calidad de vida desde el punto de vista objetivo: una de ellas es el bajo monto de los haberes previsionales, pese a que la cobertura de jubilaciones y pensiones en el país es elevada. Los resultados relevados por la ODSA (Amadasi, 2022) evidencian que el 40% de los hogares del país en los que residen personas mayores declara ingresos insuficientes. Sin embargo, a medida que aumenta la edad, el nivel edu-

cativo y la residencia en grandes ciudades, se verifica una mejor situación relativa. Y las ayudas externas en los hogares con personas mayores son más elevadas que entre los hogares que no cuentan con miembros de esas edades.

A fin de morigerar el impacto del aumento del gasto en salud provocado por el cierre de los servicios durante la cuarentena, el Estado deberá enfocarse en mejorar la prevención y promoción de la salud y las prácticas de cuidado de las personas mayores ya que se generará una mayor demanda en la atención. Una adecuada salud es un factor esencial de la calidad de vida de las personas mayores. Si bien la esperanza de vida está en constante aumento, el estado de salud no siempre se relaciona con vivir más años. Según un informe del Banco Interamericano de Desarrollo (Aranco *et al.*, 2022) la pandemia de Covid-19 afectó a las personas mayores de la región de América Latina y el Caribe, pero no puede medirse el impacto a largo plazo sobre la esperanza de vida y, especialmente, sobre la esperanza de vida saludable.

Un desafío a superar es mejorar el bienestar de las personas mayores, a través de los servicios de salud, de los cuidados a largo plazo, de la situación socioeconómica y reconocer sus derechos y los de sus familias.

Referencias bibliográficas

- Amadasi, E.; S. Rodríguez Espínola y C. Garofalo (2022). “Condiciones de vida de las personas mayores (2017-2021)”. *Vulnerabilidades en clave de pandemia por COVID-19*. Documento Estadístico – Barómetro de la Deuda Social con las Personas Mayores, 1ª ed. Buenos Aires, Educa.
- Aponte Daza, V. C. (2015). “Calidad de vida en la tercera edad”. *Ajayu*, Vol. 13, Nº 2: 152-182.
- Aranco, N.; M. Bosch; M. Stampini; O. Azuara Herrera; L. Goyeneche; P. Ibararán; D. Oliveira; M. Reyes Retana; W. Savedoff; E. Torres Ramírez (2022). “Envejecer en América Latina y el Caribe: protección social y calidad de vida de las personas mayores”. Washington, Banco Interamericano de Desarrollo.
- Bazo, M. T. (1996). “La nueva sociología de la vejez: de la teoría a los métodos”. *Revista Española de Investigación Social*. REIS, 73: 9-13.
- Bernardini, D. (2020). “Nueva normalidad, nueva longevidad: ser mayor

- en tiempos de covid-19". En Robledo Marín, C. (ed.). *La vejez. Reflexiones de la postpandemia*. Medellín, Opción Colombia, Fundacol. Disponible en: https://archivo.cepal.org/pdfs/ebooks/vejez_reflexiones_post_pandemia.pdf
- Cardona A. D. y H. Byron-Agudelo G. (2005). "Construcción cultural del concepto calidad de vida". *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 23(1): 79-90. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/521/456>
- Casas, F. (1999). "Calidad de vida y calidad humana". *Papeles del Psicólogo*, (74). Disponible en: <https://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=812>
- Cirino, E. y L. Findling (2023). "Calidad de vida, pandemia, postpandemia y cuidados de personas mayores en Argentina". *Revista Forum*. En prensa.
- Cruz Roja Argentina. Observatorio Humanitario (2022). *Investigación sobre la calidad de vida en Argentina*. Buenos Aires, Cruz Roja y Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. Disponible en: <https://cruzroja.org.ar/observatorio-humanitario/wp-content/uploads/2022/07/Estudio-Calidad-de-Vida-en-Argentina-2022-Observatorio-Humanitario-de-Cruz-Roja-Argentina.pdf>
- De Beauvoir, S. (2018). *La vejez*. Buenos Aires, Debolsillo.
- Espinosa Ortiz, F. (2014). "Aproximación teórica al concepto de calidad de vida. Entre las condiciones objetivas externas y la evaluación subjetiva de los individuos". *Revista de Antropología Experimental* 14: 331-347. Disponible en: <http://revista.ujaen.es/huesped/rae/articulos2014/23espinosa14.pdf>
- Dirección General de Estadísticas y Censos. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (2019). "Encuesta Anual de Hogares de la Ciudad de Buenos Aires 2018. Síntesis de resultados". Buenos Aires Ciudad. Disponible en: https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2019/07/2018_sintesis_resultados.pdf
- Huenchuan, S. (2020). COVID-19: "Recomendaciones generales para la atención a personas mayores desde una perspectiva de derechos humanos". *Rev. 1*. Ciudad de México, CEPAL. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45316-covid-19-recomendaciones-generales-la-atencion-personas-mayores-perspectiva>
- Iacub, R.; C. Arias; A. Kass; B. Herrmann; L. Val; L. Slipakoff y M. Gil de Muro (2020). "Aspectos psicosociales de las personas mayores en cuaren-

- tena”. *Revista Intersecciones* 35. Disponible en: http://intersecciones.psi.uba.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=823:aspectos-psicosociales-de-las-personas-mayores-en-cuarentena&catid=9:perspectivas&Itemid=1
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) (2019). “4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Resultados definitivos”. Buenos Aires, INDEC. Disponible en: https://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/publicaciones/enfr_2018_resultados_definitivos.pdf
- Lehner, M. P.; L. Findling; M. P. Venturiello; E. Cirino y C. Palermo (2021). “Opiniones y percepciones sobre la calidad de vida de las personas mayores de la Ciudad de Buenos Aires en pandemia”. Ponencia presentada en *VI Jornadas Internacionales de Trabajo Social en el Campo Gerontológico. Disputas y apuestas del Trabajo Social Latinoamericano en vejez, género y singularidades*. Mar del Plata, Universidad Nacional de Mar del Plata, 18 y 19 de noviembre.
- Leva, G. (2005). “Indicadores de calidad de vida urbana. Teoría y metodología”. *Habitat Metropolis*. Bernal, Universidad Nacional de Quilmes. Disponible en: http://hm.unq.edu.ar/archivos_hm/GL_ICVU.pdf
- López, E. y L. Findling (2009). *Salud, familias y vínculos: el mundo de los adultos mayores*. Buenos Aires, EUDEBA.
- Losada Baltar, A.; M. Márquez-González; L. Jiménez-Gonzalo; M. D. S. Pedroso-Chaparro; I. Gallego-Alberto y J. Fernandes-Pires J. (2020). “Diferencias en función de la edad y la autopercepción del envejecimiento en ansiedad, tristeza, soledad y sintomatología comórbida ansioso-depresiva durante el confinamiento por la COVID-19”. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 55(5): 272-278.
- Márquez Terraza, A.; J. Azzolino; C. Franco Rodríguez; D. Otaño y P. Martínez (2020). “Calidad de vida en adultos mayores, un análisis de sus dimensiones”. *Revista de Psicología* 6. Disponible en: https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/148627/CONICET_Digital_Nro.cde5601c-7ca3-47d1-a8eb-1f21ce4cb2c2_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Observatorio de la Deuda Social Argentina (2022). “Pobreza multidimensional y pobreza por ingresos desde un enfoque de derechos sociales. Argentina urbana 2010-20”. Informe de Avance. Buenos Aires, Universidad Católica Argentina. Disponible en:

- uca.edu.ar/public/ckeditor/Observatorio%20Deuda%20Social/Documentos/2022/202.-OBSERVATORIO-POBREZAS-DESARROLLO-HUMANO_PRENSA.pdf
- Palermo, M. C.; E. Cirino y L. Findling. (2020). “¿Existen barreras en el acceso a consultas y participación? Las trayectorias de las personas mayores en la Ciudad de Buenos Aires”. *Revista Sociedad* 41.
- Palomino, B. y G. López (1999). “Nota crítica: Reflexiones sobre calidad de vida y el desarrollo”. *Región y sociedad*, 11(17).
- Paugam, S. (2012). “Protección y reconocimiento. Por una sociología de los vínculos sociales”. *Papeles del CEIC*, 2 (82): 1-19. Disponible en: <https://ojs.ehu.es/index.php/papelesCEIC/article/view/12453>
- Pérez, J. (2000). “Envejecimiento y esperanza de vida en salud”, *XXIII Congreso de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología*. Barcelona, 8 de junio de 2000. Centre d’Estudis Demogràfics, Doc. N° 174.
- Pérez Salanova, M. (2020). Envejecimiento y rutas de participación en la era urbana: ¿hay que impulsar nuevos paisajes? *Societat Revista de Investigació y anàlisi social* 25: 1-11.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo-PNUD (1996). Informe sobre Desarrollo Humano. Madrid, Ediciones Mundi-Prensa. Disponible en: <https://hdr.undp.org/system/files/documents/hdr1996escompleteonostatspdf.pdf>
- Rohlfs, I.; C. Borrell; C. Anitúa; L. Artazcoz; C. Colomer; V. Escribá; M. García-Calvente; A. Llacer; L. Mazarrasa; M. I. Pasarín; R. Peiró y C. Valls-Llobet (2000). “La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud”. *Gaceta Sanitaria*, 2 (14): 146-155.
- Rojo Pérez, F. y G. Fernández Mayoralas (eds). (2011). *Calidad de vida y envejecimiento: la visión de los mayores sobre sus condiciones de vida*. Madrid, Fundación BBVA.
- Ruiz Sánchez, J. (2017). “Desarrollo y calidad de vida. Una perspectiva crítica a partir del pensamiento de Amartya Sen”. *Revista Aletheia*, 11(2): 107-126.
- Schwartzmann, L. (2003). “Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales”. *Revista Ciencia y Enfermería IX* (2): 9-21.
- Séculi, E.; J. Fusté; P. Brugula; S. Juncà; M. Rué y M. Guillén (2001). “Percepción del estado de salud en varones y mujeres en las últimas etapas de la vida”, *Gaceta Sanitaria*, 15 (3): 217-223.
- Sen, A. (1998). “Capacidad y bienestar”. En Nussbaum, M. y A. Sen

(comps.). *La Calidad de Vida*, pp. 54-83. México, Fondo de Cultura Económica.

- Subsecretaría para Personas Mayores (2023). “Informe de Caracterización de las Personas Mayores en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”. Buenos Aires, Secretaría de Bienestar Integral, Ministerio de Salud. Disponible en: https://buenosaires.gob.ar/sites/default/files/2023-07/Caracterizacio%CC%81n%20de%20las%20Personas%20Mayores%20en%20la%20Ciudad%20Auto%CC%81noma%20de%20Buenos%20Aires-Mayo_18_2023.pdf
- Tonón, G. (2005). “Apreciaciones teóricas del estudio de la calidad de vida en Argentina”. *Revista Hologramática*, 2 (1): 27-49.
- . (2007). Investigar la calidad de vida en Argentina. *Revista Psicodebate. Psicología, cultura y sociedad*, 8: 141-151. Disponible en: <https://dspace.palermo.edu/ojs/index.php/psicodebate/article/view/422/202>

Las personas mayores y las tecnologías digitales durante la pandemia

María Paula Lehner

Introducción

Este apartado está dedicado a analizar la relación de las personas mayores con las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) desde un abordaje de calidad de vida que combina factores objetivos y subjetivos. La calidad de vida es un concepto multidimensional y complejo que contempla, además de la salud, la autonomía, la satisfacción con la vida, las redes de apoyo y los servicios sociales; en definitiva se trata de la percepción de los individuos sobre su existencia en un ambiente cultural y un sistema de valores (Botero de Mejía y Pico Merchán, 2007).

Las TIC surgen en un contexto caracterizado por la emergencia de un nuevo paradigma tecnológico que ha alterado las condiciones de generación de conocimiento y procesamiento de la información. Estas tecnologías “permiten la adquisición, almacenamiento, procesamiento, evaluación, transmisión, distribución y difusión de la información” y se han desarrollado en el cruce entre la informática, las telecomunicaciones, la electrónica y la microelectrónica (Sánchez-Torres *et al.*, 2012: 121).

Superado el industrialismo, las sociedades emprenden un proceso denominado informacionalismo (Sociedad de la Información o Sociedad Digital) en relación a las formas que adquiere el uso de la información y el conocimiento como fuente de poder y bienestar (Castells, 2002). Asistimos a una masificación de Internet, se incorporan las Tecnologías Digitales (TD) en prácticamente todas las dimensiones de la vida; en realidad no cambian tanto las actividades que se realizan, sino que se dispone de una capacidad tecnológica superior para procesar datos e información. En esta nueva sociedad los dispositivos electrónicos cobran centralidad, la flexibilidad de estas tecnologías y la expansión de las plataformas digitales permiten su uso en ámbitos tan diferentes como las comunicaciones

interpersonales, el periodismo, pero también el comercio, o los servicios públicos (Castells, 2002; CEPAL, 2022). En el marco de una cuarta Revolución Industrial, las tecnologías informáticas se transforman asociadas a la biotecnología, las neurociencias, el Big Data y la Inteligencia Artificial de forma vertiginosa dando lugar al surgimiento de las TD¹ (Finquelievich, 2020). Las Naciones Unidas afirman que nunca en la historia una innovación había avanzado tan rápidamente como lo han hecho las TD, que en veinte años han alcanzado a la mitad de la población del mundo en desarrollo y transformado las sociedades.²

Las TD son un nuevo factor de diferenciación entre las poblaciones jóvenes consideradas nativas digitales por haber nacido en un mundo digital, y las de mayor edad que han tenido que adaptarse a ese mundo y a quienes, por lo tanto, se las considera inmigrantes digitales. En América Latina, las personas mayores están más aisladas de las TD, han crecido y se han desarrollado en mundos y entornos culturales analógicos, por lo que cotidianamente tienen que enfrentarse a innovaciones tecnológicas a fin de incorporarlas en el día a día. A estas desigualdades se les suman los discursos negativos y excluyentes hacia las personas mayores, lo que redundaría en una profunda brecha digital por edad y en modos diversos de acceder y apropiarse de las TD. Suponer que las capacidades tecnológicas están determinadas por la edad es resultado de sociedades que sobrevaloran la juventud y fomentan el edadismo (Sunkel y Ullman, 2019; CEPAL, 2022; Pochintesta, 2022).

Los esfuerzos por lograr la inclusión digital de las personas mayores deben atender a dos aspectos: por un lado, permitir el acceso a las TD y, por otro, facilitar la alfabetización digital y el desarrollo de competencias digitales. El acceso es considerado un concepto multifacético que puede provocar nuevas brechas e incluye al menos cuatro aspectos: 1. el motivacional para usar computadoras e Internet, 2. el físico o material para acceder a computadoras e Internet de forma pública o privada, 3. el acceso a competencias digitales y 4. el acercamiento a las oportunidades de uso (Van Dijk, 2014, en CEPAL, 2022: 261).

A continuación, se revisan algunas de las resoluciones de los organismos internacionales respecto de la inclusión de las personas mayores

1 Se emplea indistintamente Tecnología Digital (TD) y Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC).

2 <https://www.un.org/es/un75/impact-digital-technologies>

a la sociedad digital; luego se presentarán datos de encuestas y estudios sobre el tema y, finalmente, se analizará cómo se reconfiguró la relación de las personas mayores con las TD durante la pandemia y pospandemia de Covid-19.

Las declaraciones de los organismos internacionales

Desde comienzos del siglo XXI, los organismos internacionales han llevado adelante iniciativas tendientes a facilitar el acceso de las personas mayores a las TD desde un enfoque de derechos. Así, en 2002, el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento resaltó la relación entre el acceso a tecnologías con la promoción de la independencia de las personas mayores, ya que marginarlas supondría privarlas de funciones económicas y sociales al tiempo que debilitaría sus redes de apoyo (CEPAL, 2022). La definición de acceso a las TIC como un derecho apunta a incorporarlas como un tema transversal en la agenda de las políticas públicas dirigidas a la población mayor. Además, intenta garantizar procesos de educación a lo largo de la vida y capacitación en el uso de las TIC con el propósito de lograr mayor autonomía, alcanzar un envejecimiento saludable, activo y con dignidad y fortalecer los vínculos intergeneracionales (CEPAL, 2022). Se sostiene que la inclusión digital puede contribuir a “fomentar la unión y convivencia entre las personas y entre las diferentes generaciones. En ese sentido, este instrumento señala que la tecnología puede utilizarse para unir a las personas y contribuir de esta forma a reducir la marginación, la soledad y la separación entre las edades” (Naciones Unidas, 2002: 21, en CEPAL, 2022). Desde entonces los Gobiernos se han comprometido a “garantizar que todos puedan aprovechar los beneficios de las nuevas tecnologías, en particular de las tecnologías de la información y de las comunicaciones, teniendo en cuenta las necesidades de las mujeres de edad” (Naciones Unidas, 2003: 22).

En 2012, la Tercera Conferencia Regional Intergubernamental sobre el Envejecimiento en América Latina y el Caribe hace referencia a la necesidad de realizar acciones que garanticen “el acceso de las personas mayores a las tecnologías de la información y las comunicaciones, a fin de reducir la brecha tecnológica” (CEPAL, 2012: 15). Posteriormente, en 2015, en la Convención Interamericana sobre la Protección de los Dere-

chos Humanos de las Personas Mayores, los Estados parte se comprometen en sus artículos 20 y 26, respectivamente, “a promover la educación y formación de la persona mayor en el uso de las nuevas tecnologías de la información y comunicación (TIC) para minimizar la brecha digital, generacional y geográfica e incrementar la integración social y comunitaria” y a “promover el acceso de la persona mayor a los nuevos sistemas y tecnologías de la información y las comunicaciones, incluida Internet, y que estas sean accesibles al menor costo posible” (OEA, 2015: 12, 14).

Ese mismo año se realiza la Quinta Conferencia Ministerial sobre la Sociedad de la Información de América Latina y el Caribe cuyos resultados se plasman en la Declaración de Ciudad de México. En ella se aprueba la nueva Agenda digital eLAC 2018 y varios de sus objetivos se orientan a la inclusión de las personas mayores en áreas como la economía digital, el gobierno electrónico y la ciudadanía o gobernanza para la sociedad de la información (CEPAL, 2022). Finalmente, la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible también hace referencia a la necesidad de promover créditos para las personas mayores a fin de garantizar el acceso a las nuevas tecnologías, entre otros bienes y servicios (Huenchuan, 2018).

Las iniciativas de los organismos internacionales son necesarias pero no suficientes para garantizar el acceso de las personas mayores a dispositivos tecnológicos y a Internet; proceso que se da de forma heterogénea, atravesado por desigualdades sociales y económicas (Sosa, 2021, en CEPAL, 2022).

¿Qué sabemos sobre las TD y las personas mayores en Argentina y en la región latinoamericana?

En Argentina se registra un creciente acceso y uso de las TD propiciado tanto por la dinámica del mercado como por la ampliación de políticas públicas de inclusión digital que impregnan los ámbitos de la vida cotidiana (Guzzo y Benítez Larghi, 2020). Sin embargo, su expansión atraviesa fuertes desigualdades y su uso es significativamente menor por parte de las personas mayores. El uso de TD entre los jóvenes ha sido ampliamente estudiado; en cambio, existen escasas investigaciones sobre este tema desde la percepción de las personas de 60 años o más. Es importante conocer cómo las desigualdades sociales se articulan en las trayectorias de apropiación de las TD e Internet al interior de este grupo de edad según

marcadores de género, nivel socioeconómico, origen étnico, composición familiar y residencia rural o urbana.

El concepto de apropiación se centra en la perspectiva de los actores y se refiere al proceso material y simbólico de interpretación y dotación de sentido respecto a un determinado artefacto cultural por parte de un grupo social, enfatizando la capacidad de los sujetos para volverlo significativo de acuerdo con sus propios propósitos (Thompson, 1998). La velocidad con la que las TD han irrumpido en la vida cotidiana representa un desafío para la autonomía y obliga a la población mayor a utilizarlas para diversas actividades. El mayor nivel educativo y el contacto fluido con otras generaciones favorecen la inclusión digital, no obstante también se observa que las motivaciones, el interés y las representaciones sobre las TD condicionan su uso (Oddone y Pochintesta, 2021).

Sunkel y Ullman (2019) advierten que, si bien el auge de la sociedad digital ha transformado los modos en que la población latinoamericana interactúa entre sí y con sus gobiernos, sin embargo sus beneficios no se distribuyen de forma equitativa. En tal sentido, señalan cierta contradicción de las TD ya que pueden contribuir a reducir desigualdades y, a la vez, profundizar o crear nuevas. La brecha digital, es decir, la distancia que se crea entre países y personas según el acceso a las TD (Selwyn, 2004, en Sunkel y Ullman, 2019), se construye sobre desigualdades –económicas, educativas y culturales– preexistentes, pero también puede explicarse por diferentes intereses, necesidades y experiencias de cada grupo de edad (CEPAL, 2022).

Si bien los jóvenes de los países latinoamericanos usan en general más Internet que las personas mayores, también lo hacen desde el espacio público, mientras que las personas mayores suelen hacerlo desde sus hogares. La información disponible no permite dar cuenta si esto se explica por limitaciones de movilidad o por problemas de salud que les impiden a los mayores salir de sus viviendas (Sunkel y Ullman, 2019). Al mismo tiempo, hay evidencia de que son las características de cada persona las que condicionan el acceso y uso de los medios digitales. Como veremos más adelante, una mirada interseccional explica las diferentes posiciones desde las que se enfrenta el acceso y apropiación de las TD. Al mismo tiempo, se mencionan factores como la tecnofobia (miedo o aprensión a la tecnología y a las consecuencias de su uso), el rechazo ideológico (no les interesa relacionarse con la tecnología) y la deficiencia material

o cognitiva (la falta de recursos económicos o de capacidad intelectual y de conocimientos tecnológicos), entre otros factores (Selwyn, 2003, en Sunkel y Ullman, 2019: 251).

Según datos de la CEPAL, en 2019, el 66,7% de los habitantes de América Latina y el Caribe tenía conexión a Internet, con diferencias según el lugar de residencia, ya que el 67% de ese porcentaje pertenecía a hogares urbanos y el 23% a rurales. Además, el 13,3% de la población contaba con una suscripción a banda ancha fija y el 73,1% usaba banda ancha móvil (CEPAL, 2022). En 2018, se observó que el 42% de los menores de 25 años y el 54% de los de 65 y más no tenían conexión a Internet (CEPAL, 2022). Muchas personas mayores viven en hogares que tienen acceso a Internet o computadoras; sin embargo, ello no es garantía de su uso o apropiación, ya que para hacerlo se requiere de ciertas habilidades digitales (CEPAL, 2022). No obstante, residir en hogares multigeneracionales se considera un factor que facilita un mayor uso de las TD (Pochintesta, 2022). Un informe más reciente sobre uso de redes sociales en América Latina³ reveló que el mismo era muy reducido entre las personas mayores; las utilizadas con más frecuencia son WhatsApp (7,5%), Facebook (3,4%) y YouTube (3,4%) (Corporación Latinobarómetro, 2020, en CEPAL, 2022). También es reducido el uso de aplicaciones web o móviles: un 11,2% las utiliza para compras, el 10,9% para videollamadas, el 9,9% para solicitar transporte con conductor y el 6,4% para servicios de entrega de comida a domicilio (CEPAL, 2022).

Las personas mayores utilizan Internet fundamentalmente para la comunicación por videotelefonía ya que permite a personas con problemas de movilidad o auditivos realizar encuentros virtuales y mantenerse relacionadas con amigos y familiares (ibídem). El limitado uso que las personas mayores hacen de Internet revela que existe un amplio margen para ampliar su participación en las sociedades digitales. Sin embargo, se observa cierto temor, desconfianza y falta de seguridad para realizar otro tipo de actividades en la red como las compras en línea o el uso de la banca electrónica. Finalmente, en los países latinoamericanos las salidas al banco y a los negocios del barrio suponen una oportunidad de interacción y socialización para las personas mayores (ibídem).

³ Datos relativos a Brasil, Chile, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Paraguay y Uruguay.

La Quinta Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez de Chile dedica un capítulo al tema del acceso de las personas mayores a las TIC. Allí se puede observar el aumento de la cantidad de personas que tiene teléfonos inteligentes, que pasó de 4% en 2013 a 42% en 2019, y de quienes tienen Internet en sus casas que subió de 31% en 2013 a 51% en 2019. Los datos dejan en evidencia la fuerte asociación entre nivel educativo y posesión de Internet, computadora, teléfono inteligente o Internet en la vivienda. También resulta revelador el uso que le dan a estas tecnologías: por ejemplo, entre quienes tienen teléfono celular, el 85% lo usa para hablar con otras personas, el 44% para chat o WhatsApp, el 38% para hacer fotos o videos, el 29% para enviar mensajes de texto, el 29% para las redes sociales y solamente el 11% lo emplea para realizar trámites en línea. También refiere a la autonomía para utilizar el teléfono celular: el 30% puede usarlo por sí mismo de forma independiente, el 60% cuenta con la ayuda de otra persona que la asiste y el 8% no tiene a quién recurrir. La brecha digital también existe al interior del grupo de personas mayores: son las mujeres, los de 80 años o más y quienes cuentan con niveles educativos más bajos los que tienen menos autonomía a la hora de utilizar los teléfonos celulares. Al preguntar si las personas mayores sienten que es necesario saber más acerca de cómo usar las TIC, el 42% responde que es necesario saber más sobre cómo usar la computadora, el 55% sobre cómo usar el celular y el 45% sobre cómo usar Internet (UC-Caja Los Andes, 2019). Así, el perfil de las personas mayores que más utilizan TIC es el de un varón, de entre 60 y 74 años de edad, con nivel educativo alto, que reside en zonas urbanas y que no se identifica con ningún grupo étnico particular.

En 2012, se realizó en Argentina la Primera Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores (ENCAVIAM) que abordó el tema de las TIC concebidas como impulsoras de cambios culturales y sociales. Específicamente, se indagó sobre el uso de cajeros automáticos y telefonía celular. Los resultados arrojaron que el 64 % de las personas mayores de 60 años no usaba el cajero automático de manera autónoma para retirar dinero o realizar otras operaciones; un 42% prefería retirar el dinero por ventanilla y no le interesaba usar el cajero automático; un 21% consideraba complicado su funcionamiento y un 18% no tenía tarjeta de débito. Los datos mostraron que el no uso aumentaba con la edad y el género: los de 75 años y más y las mujeres eran quienes menos uso hacían

de esta tecnología. Respecto del teléfono celular, un 44,5% afirmó que no lo utilizaba por sí solo. Los motivos para ello refirieron a no tener celular (39%), no tener interés en usarlo (28%) o a que les resultaba complicado debido a alguna limitación física como no ver bien los números, no oír o no poder manipularlo (14%). Al igual que en Chile, el no uso de teléfono celular de manera autónoma aumentaba con la edad (INDEC, 2014).

Más recientemente, los datos del informe publicado por el Instituto Nacional de Estadística y Censos de Argentina, arrojaron que en 2021, el 53% de las personas mayores de 75 años utilizaba celular, computadora e Internet (INDEC, 2021). Entre la población de 60 a 74 años, el porcentaje que utiliza bienes y servicios de las tecnologías de información y comunicación es del 84,2%, según datos de la Encuesta Permanente de Hogares correspondiente al cuarto trimestre de 2019 en aglomerados urbanos. Existe una brecha digital entre las personas mayores y el resto de la población en cuanto al acceso y uso de nuevas tecnologías, pero al interior del grupo de personas mayores también se intensifica a partir de los 75 años (INDEC, 2021).

En un Informe sobre los Servicios Bancarios para las Personas Mayores realizado por el Observatorio de la Deuda Social se señaló también la existencia de una brecha digital en razón de la edad, ya que mientras que el 81,7% de la población argentina menor de 60 años accedió por algún motivo a Internet en el plazo de tres meses, lo hizo el 41% de las personas mayores de 60 años (Amadasi y Cicciari, 2019). La brecha se ensancha si se considera el uso de las redes sociales, ya que del 64% del total de la población que utiliza redes sociales, el 75,1% tiene una edad inferior a 60 años. Solo el 29,9% de los adultos mayores tiene incorporadas estas modalidades de interacción. El estudio revela que, a medida que aumenta la edad, disminuye el uso de redes sociales, el correo electrónico y el ingreso a las redes bancarias a través de Internet. Sobre el uso de la banca digital, las cifras indican que seis de cada diez personas prefieren un manejo personalizado. La resistencia al uso de Internet, según la población adulta entrevistada, se debe a la desconfianza, la dificultad que encuentran o el desconocimiento sobre cómo hacerlo.

Todo lo expuesto da cuenta de la complejidad de la brecha digital que existe en América Latina entre las personas mayores y los jóvenes, pero también al interior del grupo de mayores de 60 años. Estas desigualdades vuelven necesaria la alfabetización digital entendida como

la incorporación de competencias digitales relacionadas con diferentes soportes. Esto se refiere tanto a las competencias operativas (conocer las acciones necesarias para operar un soporte digital) como a las competencias formales (saber cómo manejar las estructuras formales del soporte: navegación, búsqueda) (Sunkel y Ullman, 2019: 262). Al momento de formular iniciativas que permitan disminuir la brecha digital se contemplan diversas aristas que van desde la inversión en infraestructura tecnológica, en conectividad, en acceso a banda ancha hasta los procesos de alfabetización tecnológica o digital sobre todo para poblaciones “fuera de línea” (CEPAL, 2022).

La inclusión digital se entiende no solo como el acceso a dispositivos y conectividad, sino fundamentalmente como la incorporación de factores cognitivos –habilidades y competencias digitales– que permitan la apropiación autónoma de las TD (Ortuño, 2020, en CEPAL, 2022). La inclusión digital de las personas mayores es concebida como una inclusión social, ya que les permite el uso de una herramienta que a la vez facilita el acceso y el ejercicio de otros derechos como la salud, la educación y la participación.

Con respecto al acceso a las TD, en Argentina se promulgó en agosto de 2020 un Decreto presidencial que convirtió a la industria de las telecomunicaciones en servicio público esencial dando potestad al Estado Nacional para regular los precios del sector. La medida convirtió a las empresas tecnológicas en servicios públicos esenciales y estratégicos en competencia y las puso bajo jurisdicción del Ente Nacional de Comunicaciones (ENACOM) para que el organismo garantice “su efectiva disponibilidad”. Así se autorizaron aumentos máximos y se generaron planes básicos universales (PBU) a precios preestablecidos. Ante esta medida, los directivos de las empresas del sector sostuvieron que se frenaban las inversiones para expandir la capacidad de las conexiones para áreas remotas y de baja densidad poblacional. La Prestación Básica Universal y Obligatoria se establece para telefonía celular y fija, Internet y televisión paga y es un derecho que se implementó a partir de 2020 para sectores vulnerables y jubilados y pensionados que perciban haberes mínimos (Cirino, Lehner y Findling, 2023).

En octubre de 2020, se presentó en el Congreso Nacional argentino un Proyecto de Ley (Exp. 5508-D-2020) que buscaba crear un Programa Nacional de Capacitación Digital para Adultos Mayores. El objetivo era

promover e implementar cursos y talleres para la apropiación y uso de dispositivos digitales, aplicaciones móviles y sitios web de información, comunicación, gestión de trámites, administración financiera y monedero digital para la población que supere los 60 años de edad. Se propone familiarizar al adulto mayor en el uso de dispositivos digitales, brindando conocimientos acerca de sus características, utilidades y potencialidades. Contempla capacitaciones en el manejo de Internet, de redes y aplicaciones de comunicación. También busca transmitir habilidades para el uso del correo electrónico, servicios de mensajería y plataformas de contenidos. Además, se mencionan aspectos de la gestión de trámites en línea y servicios de gobierno electrónico que permitan acceder a los portales de ANSES, PAMI, así como al Home Banking, Banca Electrónica y monedero digital.

Rivera (2022) considera que las TD también pueden emplearse como alternativa para realizar diversas actividades de la vida diaria (AVD). Por ello, la tecnología es una herramienta que puede proporcionar un amplio espectro de posibilidades, gracias a las que puede coexistir el espacio físico para mejorar la autonomía e independencia. Las personas mayores pueden presentar diversas alteraciones sensoriales, cognitivas o motoras; la presencia de discapacidades relacionadas con la vista, la audición y la comunicación no son tomadas en cuenta por los servicios que ofrecen las empresas tecnológicas y no se ajustan a las necesidades de esta población. Se concluye que es necesario pensar en un cambio profundo en la percepción cultural de las personas mayores ya que aún siguen imperando estereotipos y prejuicios en la sociedad (Cirino, Lehner y Findling, 2023).

En Argentina, existen varias iniciativas –tanto públicas como privadas– que apuntan a la inclusión digital de las personas mayores. Desde el ámbito público podemos mencionar los programas de la Jefatura de Gabinete de Ministros, el ENACOM (Ente Nacional de Comunicaciones), la Secretaría de Innovación Pública de la Nación, la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires junto al Centro de Protección de Datos Personales, la Universidad Nacional Tecnológica (UTN), el PAMI, la Obra Social del Instituto Nacional de Servicio Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP) en convenio con Faro Digital y la Universidad Nacional de Quilmes y el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Algunas de las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) que ofrecen capacitaciones son: Mayores en Acción, Fundación

Amijai, Faro Digital, AMIA, Fundación Navarro Viola, Silver Tech, Art Care, Mayores conectados.

Del análisis de las diferentes iniciativas de formación y acceso a las TD brindadas por las instituciones públicas y las OSC se puede concluir que, si bien hay una variada oferta de cursos dirigidos a las personas mayores, aún quedan muchos aspectos a mejorar para lograr reducir la brecha digital y garantizar el derecho al acceso a las TD en esta población. El relevamiento mostró que, si bien existe cierta articulación entre entidades públicas y OSC, se debería ampliar a más entidades privadas. Un aspecto algo inquietante es que en la oferta educativa predomina la capacitación virtual sobre la presencial, lo que se convierte en un obstáculo para mejorar la interacción social. Además, para ello deben contar con celular y con conexión WiFi para acceder a los cursos (Cirino, Lehner y Findling, 2023).

Personas mayores, tecnologías digitales, pandemia y pos-pandemia de Covid-19

Como fenómeno social total, la pandemia provocó cambios en diversos órdenes de la vida cotidiana de las personas (Lehner y Cataldi, 2020). Una de las mayores transformaciones fue la “virtualización de distintas prácticas sociales cuya presencialidad se vio impedida a raíz de las medidas de cuarentena y aislamiento, y el riesgo de contagio” (Petracci, 2022: 40).

El relevamiento realizado en Argentina por la comisión Covid-19 de Ciencias Sociales del MINCyT-CONICET-AGENCIA advirtió tempranamente sobre el temor de las personas mayores al contagio del SARS-CoV-2 debido a complicaciones por la edad o por enfermedades preexistentes. Quienes residían en hogares unipersonales y no contaban con apoyo para realizar compras o buscar recetas y medicamentos, se vieron obligados a pedir la ayuda de conocidos o familiares (Kessler, 2020). Una vez declarado el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO), los servicios de salud privilegiaron la atención de los pacientes Covid positivo, suspendieron turnos programados, reprogramaron cirugías y tratamientos. Debido a las restricciones para circular, se interrumpieron las consultas médicas y, en ocasiones, se complicó la compra de medicamentos.

Durante el ASPO, se demostró que las TD facilitaron el cuidado a distancia de la salud de las personas mayores mediante videollamadas, compras, trámites bancarios, vínculos sociales, cursos, recetas para medicamentos, entre otras actividades. Asimismo, se suspendieron trámites que obligaban a la presencialidad como el de la supervivencia para jubilados y pensionados y los cobros se derivaron al sistema de banca virtual. La percepción de los haberes jubilatorios a través de cajeros automáticos con tarjetas de débito generaron graves problemas en este grupo poblacional poco familiarizado con estas tecnologías. Se habilitaron horarios especiales para personas mayores a fin de evitar aglomeraciones en bancos, farmacias y supermercados. Además se apeló a voluntarios para asistir a la población de riesgo y así evitar salidas, pero lamentablemente no se cuenta con suficiente información que pueda ratificar esta asistencia. Las soluciones digitales tipo Apps, los teléfonos celulares o las tabletas (en especial para videollamadas), las alarmas para la toma de medicación, la teleasistencia o la telemedicina son tecnologías que han recibido un fuerte impulso con la crisis ocasionada por el SARS-CoV-2 (Martín Palomo, Gómez Bueno y González Calo, 2021).

Durante la pandemia se crearon plataformas tecnológicas específicas para personas mayores, por ejemplo la plataforma Comunidad PAMI de Argentina, “que funcionó como red de apoyo para mantener el contacto y proporcionar acciones de cuidado, gestión simplificada de trámites y promoción de actividades para la inclusión digital” o implementaron estrategias de alfabetización digital (CEPAL, 2022: 88). Una de las preocupaciones de los Estados fue garantizar la conexión social de las personas mayores a fin de evitar la sensación de soledad y aislamiento. Tras la declaración de la pandemia, la CEPAL ha reclamado a los países de la región compromiso político e inversión para garantizar una canasta básica de TIC a fin de lograr la universalización de la conectividad y la asequibilidad de las tecnologías digitales para toda la población (CEPAL, 2022).

La pandemia hizo visible la necesidad de las personas mayores de mejorar sus habilidades digitales para acceder a información, realizar trámites, compras y fundamentalmente suplir la falta de encuentros presenciales para mantenerse comunicadas, como un aspecto central de la salud mental durante el aislamiento (Palacios-Rodríguez *et al.*, 2020). Disponer de más tiempo en los hogares también contribuyó a que las personas mayores hicieran uso de las plataformas de Streaming gratuitas

como YouTube y de las pagas como Netflix o Spotify (Pochintesta, 2022). Se comprobó que durante la pandemia las personas mayores que estaban conectadas a Internet y contaban con dispositivos y conocimientos para usarlos, ocuparon una posición mejor para afrontar las medidas de aislamiento, conservar su propia salud y seguir en contacto con sus familiares. Internet les permitió estar mejor informadas y superar mejor la sensación de aislamiento durante la cuarentena (OPS, 2023: 4).

También en otros países de América Latina la pandemia reveló la brecha digital de las personas mayores, entre otras desigualdades. La repentina digitalización de los servicios de salud y las restricciones por ASPO dejaron al desamparo a las poblaciones fuera de línea que tuvieron dificultades para ejercer su derecho a la salud, así como al acceso a otros bienes y servicios. En algunos casos la población mayor se volvió más dependiente y desprotegida.

Una encuesta autoadministrada realizada en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) en 2021 permitió conocer cómo transitaban el ASPO las personas mayores (Cirino, Lehner y Findling, 2022). Los resultados evidenciaron la valoración de la tecnología que estas personas asocian a la importancia de su uso a fin de transcurrir y superar la etapa de aislamiento, acentuando que se trata de un aprendizaje incorporado cuyo beneficio trasciende esta circunstancia. Las expresiones apuntan a distintos aspectos de la vida cotidiana con énfasis en mantener los contactos sociales y familiares, acceder a nuevos aprendizajes sin importar la edad e incorporar la virtualidad al ámbito laboral. Los testimonios se pueden ordenar según aludan a 1) las comunicaciones, 2) los nuevos aprendizajes o 3) su aplicación en el ámbito laboral. Sobre las comunicaciones, las personas valoraron la posibilidad de “Comunicarse de otra manera”; “abrirse y tratar de buscar herramientas para comunicarme y encontrar formas de estar acompañada”; “La necesidad de mantener los contactos familiares o sociales aunque sea por plataformas”; “integraremos a nuestra cotidianidad algunas de las prácticas aprendidas, por ejemplo cómo sostener vínculos de modo virtual”. Respecto de los nuevos aprendizajes: “aprender nuevas tecnologías”; “Que la edad no nos impide hacer actividades, que tenemos que seguir actualizándonos, aunque no nos gusten las plataformas”; “me familiaricé con la tecnología”; “hay que nutrirse de intereses para aprovechar lo que la tecnología nos permite”; “no estaba preparada en relación a la tecnología”.

Finalmente en relación al ámbito laboral se valoró: “Aprender a comunicarse a través de Zoom para hacer cursos y trabajar como psicóloga”; “la presencialidad en muchos casos no es indispensable”; “profundizar el trabajo en línea, mejor gestión del tiempo, pensar nuevos horizontes laborales y sociales”; “trabajar con WhatsApp y Zoom”; “desarrollar algunas actividades laborales a distancia”; “Que algunos trabajos, como el mío, se pueden realizar a distancia”.

Los datos coinciden con otras investigaciones y refuerzan la idea de que durante la pandemia las personas mayores aprendieron a usar las TD en tiempo récord (Pochintesta, 2022).

En entrevistas a profesionales que trabajan con personas mayores en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, una psicóloga comentó la rapidez con que reaccionó el grupo que asistía que, inmediatamente después de la declaración del ASPO, creó un grupo de WhatsApp para comunicarse. Los profesionales reconocen que algunas personas tienen más autonomía para usar el Zoom, mientras que otras lo hacen con ayuda de sus hijos. La colaboración de personas de otras generaciones, por lo general hijos, facilitó la apropiación de las TD por parte de las personas mayores. Otro entrevistado menciona el poco conocimiento sobre las tecnologías que tienen las personas mayores, lo que se convierte en una barrera para la participación en actividades virtuales o para realizar controles médicos. Finalmente un médico geriatra menciona las limitaciones de las videollamadas para realizar su trabajo: “Nosotros tenemos problemas, porque una valoración gerontológica no la puedo hacer en forma virtual. Hay pacientes con casos complejos y con algunas patologías con los que yo no podía hablar a través de una pantalla, tenía que trabajarla en forma presencial” (Palermo, Cirino, Findling, 2020).

En 2022, en ocasión del Día Mundial de la Toma de Conciencia del Abuso y Maltrato a la Vejez, la Defensoría del Pueblo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires realizó una encuesta para conocer cómo se relacionan las personas mayores con las TIC y promover su integración a la sociedad del conocimiento. Se entrevistaron más de 900 personas mayores de 60 años, la mayoría residentes en la CABA. El estudio concluyó que el 97% de las personas encuestadas cuentan con conexión a Internet. Quienes no utilizan el servicio argumentan desconocimiento, miedo y desinterés, pero también motivos económicos, debido a la falta de recursos para afrontar el gasto del servicio. La mayoría accede a Internet a través de una computadora y teléfonos celulares y, en menor medida,

tabletas o televisores smart. Los motivos para su uso refieren a buscar información, comunicarse con otras personas, hacer trámites o pedir turnos médicos. También lo utilizan para acceder a propuestas educativas, mirar películas y/o videos, realizar operaciones bancarias o pago de impuestos y servicios. Las aplicaciones más utilizadas son WhatsApp, Facebook y YouTube. Pocos usan plataformas y redes sociales como Zoom, Meet o Jitsi, Instagram o sitios de compra. Más de la mitad afirmó no tener problemas en el uso de las TD; forman parte de su vida cotidiana, confían en ellas y piensan que resguardan sus datos personales. Entre quienes tienen reparos se destaca el temor a los *hackers* y a sufrir estafas (Defensoría del Pueblo, 2022; Cirino, Lehner y Findling, 2023).

Al momento de escribir este capítulo la población de Argentina se prepara para votar en las elecciones Primarias Abiertas Simultáneas y Obligatorias (PASO). El Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la jurisdicción con el porcentaje más alto de población mayor del país (21% mayor de 60 años), implementará el Sistema de Boleta Única Electrónica para la elección de jefe y vicejefe de gobierno y de legisladores. Se trata de un “mecanismo que combina pasos digitales frente a una pantalla táctil y la impresión física del voto que luego se introduce en la urna” (*Infobae*, 22/07/2023). Más allá de las dudas sobre las posibilidades de *hacking* del sistema que sus desarrolladores desestiman, surgen las preguntas sobre los riesgos para las personas mayores poco familiarizadas con las TD. De momento, el Gobierno de la Ciudad ha puesto a disposición de la población 150 puntos de capacitación en los diferentes barrios de la ciudad donde los electores podrán familiarizarse con las máquinas. En las notas periodísticas se resalta para las personas mayores que “la pantalla exhibe imágenes y texto simples, de manera que la elección se puede hacer de forma intuitiva” (*Infobae*, 31/07/2023).

Otras fuentes advierten que “a las personas muy mayores no les resultará fácil”. La Justicia Electoral ha contemplado la posibilidad de que se le explique al votante los pasos a seguir, de modo similar a como lo hace el personal de un banco frente al cajero automático sin mirar las claves ni operaciones (*Página/12*, 28/07/2023).

Las TD forman parte de la vida cotidiana de las personas mayores y cada vez se aplican en las más variadas actividades. Acceder a ellas, incorporarlas y apropiárselas son condiciones para la equidad y la inclusión en la sociedad digital actual.

A modo de cierre

La tecnología no es un conjunto de saberes e instrumentos neutrales, ella se enmarca en un momento histórico y está estrechamente inmersa en el contexto social. Actualmente las TD se han convertido en herramientas clave para el desarrollo y la inclusión social, permiten el acceso a la educación, la salud, los servicios públicos, los empleos y son instrumentos para el ejercicio democrático, el fomento del crecimiento económico, la reducción de la pobreza y la marginación de las personas mayores. Acceder a las nuevas tecnologías contribuye a la promoción de la vida independiente, de la autonomía y de la inclusión social.

Si bien la pandemia puso en evidencia la necesidad de tener acceso a la TD —y gran parte de las personas mayores lo tiene—, también resaltó la importancia de saber utilizarlas para diversas tareas, desde las consultas médicas, los trámites bancarios hasta diversas compras. Paralelamente, reveló la situación de vulnerabilidad, soledad y dependencia que atraviesan los analfabetos digitales.

Una lección positiva que dejó la pandemia es el elevado porcentaje de personas mayores que ha logrado aprendizajes tecnológicos y la capacidad de desarrollar vías alternativas de comunicación para mantenerse conectadas a otros, ya sea en el entorno familiar, como en el plano social a través de actividades virtuales.

Las recomendaciones de los organismos internacionales sobre inclusión digital de las personas mayores lleva más de dos décadas. Sin embargo, persisten brechas digitales que se construyen sobre otros marcadores de desigualdades como el género, la edad, el nivel educativo, la pertenencia étnica o el lugar de residencia. Es necesario pensar la brecha digital no solo como un problema generacional, sino como una situación que depende de innumerables circunstancias y está asociada a otras brechas y desigualdades preexistentes. Como ya se observó, en América Latina son los varones más jóvenes entre las personas mayores (60-74 años) con niveles educativos más altos, de sectores urbanos y que no se sienten parte de un grupo étnico particular, quienes más acceso tienen a las TD.

Diferentes fuentes dejan ver que las personas mayores utilizan principalmente Internet para la comunicación, en un intento de mantener sus redes de pertenencia, evitar la soledad y el aislamiento. Este uso diferenciado de las TD puede explicarse por falta de habilidades pero también

por temor o desconfianza. Es de destacar que la convivencia intergeneracional favorece el acceso y apropiación de las TD por parte de las personas mayores.

La pandemia obligó a la virtualidad y precipitó el uso de las TD en actividades antes presenciales. Las personas mayores poco familiarizadas con las nuevas tecnologías lograron adaptarse para seguir comunicadas en un mundo digital que hasta entonces les era ajeno. Las desigualdades quedaron en evidencia y la inclusión digital de esta población todavía es una deuda.

En algunas organizaciones de la sociedad civil se ha recurrido con éxito a la solidaridad intergeneracional como recurso para encarar las capacitaciones en el uso de TD en personas mayores, basadas en la formación de recursos humanos de diversas instituciones tanto públicas como privadas, que trabajan en el cuidado de personas mayores.

Aún subsisten varios interrogantes que deberán ser respondidos en próximos trabajos: ¿existe algún tipo de evaluación sobre estas capacitaciones? ¿Hay un seguimiento sobre la efectiva adquisición de conocimientos? ¿Cómo se difunden las actividades de las instituciones? ¿Cuántas personas encaran los cursos ofrecidos a nivel virtual y/o presencial? ¿Qué beneficios han obtenido los mayores que accedieron a dichos cursos? La brecha digital limita la autonomía de aquellas personas que son inmigrantes digitales y se acrecienta la dependencia para el uso de herramientas que en la actualidad son casi imprescindibles para la vida cotidiana.

Paulatinamente, las personas que se hacen mayores estarán más familiarizadas con las TD o serán nativas digitales de acuerdo con sus trayectorias vitales. Sin embargo, ante la acelerada carrera tecnológica es posible que siempre queden personas excluidas y que la brecha digital no se reduzca con el paso del tiempo.

Varios son los desafíos para lograr la inclusión digital de las personas mayores. En primer lugar, seguir produciendo información sobre la relación de las personas mayores con las TD. Luego, diseñar políticas situadas en las realidades de cada región, con criterios de género, edad, pero también socioeconómicos, educativos y culturales. Tercero, implementar la transversalización de las políticas de alfabetización digital ante el avance de Internet y la digitalización de muchos aspectos de la vida cotidiana. Finalmente, combatir el edadismo respecto de la relación de las personas mayores y las TD para revertir prejuicios negativos que las marginan de los avances tecnológicos actuales y por venir.

Referencias bibliográficas

- Amadasi, E. y M. R. Cicciari (2019). *Informe técnico. Los servicios bancarios en las personas mayores*. Buenos Aires, ODSA, UCA.
- Botero de Mejía, B. E. y M. E. Pico Merchán (2007). “Calidad de vida relacionada con la salud (cvrs) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica”. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12(1): 11-24. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772007000100002&lng=en&tlng=es.
- Castells, M. (1996). *La era de la información: economía, sociedad y cultura*, Vol. I, La Sociedad Red. Madrid, Alianza.
- . (2002). *La dimensión cultural de internet*. UOC. Disponible en: <https://www.uoc.edu/culturaxxi/esp/articulos/castells0502/castells0502.html>
- Cirino, E.; P. Lehner y L. Findling (2022). “Políticas públicas y Covid-19: efectos del aislamiento social en los vínculos de las personas mayores en la Ciudad de Buenos Aires”. *Quaestio Iuris*, Vol. 15, Nº 03: 1633-1660. *Dossier* Demetrio de Falerio y la sociedad del envejecimiento. Klein, A. (coord.). Río de Janeiro.
- . (2023). “Iniciativas públicas y de Organizaciones de la Sociedad Civil para la inclusión digital de las personas mayores en Argentina” en Klein, A. y G. Leeson (2023). *Ageing in Latin America and the Caribbean: Critical approaches and practical solutions*. Oxford Institute of Population Ageing, Latin American Research Network in Ageing (LARNA), University of Oxford.
- Comisión Económica para América Latina (CEPAL) (2022). *Envejecimiento en América Latina y el Caribe: inclusión y derechos de las personas mayores (LC/CRE.5/3)*, Santiago.
- . (2012). *Carta de San José sobre los Derechos de las Personas Mayores de América Latina y el Caribe (LC/G.2537)*. Santiago. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/21534/1/S2012896_es.pdf
- Filosofias.es “Sociedad de la información, sociedad del conocimiento y sociedad red”. Disponible en: https://filosofias.es/wiki/doku.php/cts/tecnosociedad/sociedad_de_la_informacion_y_del_conocimiento
- Finquelievich, S. (2020). “América Latina: entre el envejecimiento y el tsunami tecnológico. Robótica, inteligencia artificial y trabajo”. En

- Rivoir, A. (ed.). *Tecnologías digitales: desigualdades y desafíos en el contexto latinoamericano actual*. Buenos Aires, CLACSO.
- Guzzo, M. del R. y S. Benítez Larghi (2020). “Tic, vejez y desigualdades: una aproximación cualitativa a las trayectorias de acceso, uso y apropiación tecnológica de adultos mayores en La Plata y Gran La Plata”. *Investigación Joven*, Vol. 7 (2): 505-506.
- Huenchuan, S. (ed.) (2018). “Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos”. En *Libros de la CEPAL*, N° 154 (LC/PUB.2018/24-P). Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- INDEC (2014). Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012 ENCaViAM. Serie Estudios INDEC N° 46. Buenos Aires, Instituto Nacional de Estadística y Censos.
- . (2021). “Acceso y uso de tecnologías de la información y la comunicación. Informes Técnicos. EPH”. *Ciencia y tecnología*, Vol. 5, N° 1. Buenos Aires, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.
- Infobae* (22/07/2023). “Elecciones CABA 2023: cómo se usa la Boleta Única Electrónica, paso a paso”. Disponible en: <https://www.infobae.com/politica/2023/07/22/paso-a-paso-como-funciona-el-sistema-de-boleta-unica-electronica-que-se-usara-en-las-elecciones-de-la-ciudad-de-buenos-aires/>
- . (31/07/2023). “Habilitaron 150 lugares en CABA para que los porteños practiquen con las máquinas de voto electrónico”. Disponible en: <https://www.infobae.com/sociedad/2023/07/31/habilitaron-150-lugares-en-caba-para-que-los-portenos-practiquen-con-las-maquinas-de-voto-electronico/>
- Kessler, G. (2020). “Relevamiento sobre el impacto social del aislamiento dispuesto por el PEN”. Comisión COVID 19 Ciencias Sociales del MINCyT-CONICET-AGENCIA, CODESOC, ANFH y CONICET.
- Lehner, M. P. y M. Cataldi (2020). “Las personas adultas mayores frente a la pandemia”. En *Desigualdades en el Marco del Covid 19. Reflexiones y Desafíos*. José C. Paz, IESCODE-UNPAZ-EDUNPAZ.
- Martín Palomo, M. T.; C. Gómez Bueno e I. González Calo (2021). “Esencialmente descuidadas, Retos y desafíos de los tecnocuidados en la era Covid”. *Migraciones* 53.

- Oddone, J. y P. Pochintesta (2021). “Las personas mayores durante la pandemia Covid-19: políticas públicas y acceso a las tecnologías de la información y comunicación en Argentina”. *Anthropologica*, año XXXIX, N° 47: 289-310.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU) (2003). “Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento”. Nueva York. Disponible en: <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf>
- Organización de los Estados Americanos (OEA) (2015). “Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores”. Disponible en: https://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.asp
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2023). “El papel de las tecnologías digitales en el envejecimiento y la salud”. Washington, Organización Panamericana de la Salud y Unión Internacional de Telecomunicaciones. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275326558>
- Página/12* (28/07/2023). “Elecciones 2023: Cómo será el voto electrónico y concurrente en la Ciudad de Buenos Aires” por Raúl Kollmann. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/571992-13-a-como-sera-el-proceso-de-voto-electronico-y-concurrente-palacios-rodriguez-a-j-m-romero-rodriguez-g-gomez-garcia-y-j-c-de-la-cruz-campos>
- Palacios-Rodríguez, A., J. M. Romero Rodríguez; G. Gómez García y J. C. de la Cruz Campos (2020). *Desafíos de investigación educativa durante la pandemia COVID19*. Madrid, Dykinson.
- Palermo, C.; E. Cirino y L. Findling (2020). “¿Existen barreras en el acceso a consultas y participación? Las trayectorias de las personas mayores en la Ciudad de Buenos Aires”. *Revista Sociedad*. Facultad Ciencias Sociales, UBA, N° 41: 88-102.
- Petracci, M. (2022). *Comunicación y Salud. eHealth entre luces y sombras*. Buenos Aires, Teseo.
- Pochintesta, P. (2022). *Vejez activa y nuevas tecnologías. Investigación en Movimiento*, UNLa. Disponible en: <http://investigacionenmovimiento.unla.edu.ar/vejez-activa-y-nuevas-tecnologias/>
- Pontificia Universidad Católica de Chile y Caja Los Andes (2019). Quinta Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez 2019. Disponible en: <https://encuestacalidaddevidaenlavejez.uc.cl/encuesta-2019/>
- Rivera, M. (2022). “Acceso a la tecnología y a la alfabetización mediática

e informacional de las personas mayores”. En Huenchuan, S. (ed.). *Visión Multidisciplinaria de los derechos humanos de las personas mayores*, Capítulo X. Santiago de Chile, CEPAL.

Sánchez-Torres, J. M.; M. P. González-Zabala; P. Maida y M. P. S. Sánchez-Muñoz (2012). “La sociedad de la información: génesis, iniciativas, concepto y su relación con las TIC”. *Revista UIS Ingenierías*, 11(1): 113-128.

Sunkel, G. y H. Ullman (2019). “Las personas mayores de América Latina en la era digital: superación de la brecha digital”. *Revista de la CEPAL* N° 127: 243-268, abril.

Thompson, J. (1998). *Los media y la modernidad*. Barcelona, Paidós.

Porque somos vulnerables e interdependientes, necesitamos cuidados¹

María Teresa Martín Palomo

De otra manera²

Hablar del tándem vulnerabilidad-cuidados es empezar a pensar el mundo de otra manera. Las reflexiones que se traen aquí se orientan en ese sentido. En primer lugar, se invita a tomar como punto de partida la vulnerabilidad humana constitutiva. En segundo, a hablar de los cuidados necesarios en tanto somos vulnerables e interdependientes. No es que estén los cuidados primero, es que es la vulnerabilidad la que hace que necesitemos cuidados. Y en tercer lugar, pensar, soñar una sociedad del cuidado.

La forma en que se aborda el cuidado tiene importantes consecuencias tanto para el modelo de democracia y ciudadanía como para la igualdad de género y la equidad (Tronto, 1993). Se pueden incrementar las capacidades de mujeres y hombres, contribuyendo a la concreción de relaciones más igualitarias a partir de la promoción de la corresponsabilidad en el cuidado y de nuevos modelos de masculinidad y femineidad; pero también se pueden generar nuevas formas de desigualdad atravesadas por ejes de clase social, lugar de origen, etnia, edad... (Razavi, 2007).

Somos vulnerables

El punto de partida es, pues, el siguiente: hablar de cuidado es hablar de una variedad casi ilimitada de situaciones de dependencia entrelazadas

1 Agradezco a la Dirección de la revista *Jueces para la Democracia*, en especial a Ramón Sáez, la autorización para reproducir aquí el artículo publicado en 2021, vol. 101 (1), pp. 67-75. Se ha realizado una pequeña revisión del texto publicado en dicha revista para este libro.

2 Gracias también a Ramón Sáez por la invitación a escribir este texto; a José María Muñoz Terrón, su cuidadosa lectura. La responsabilidad del resultado es exclusivamente mía.

en las diferentes circunstancias de la vida. Una red de interdependencias que sostienen las existencias humanas constitutivamente vulnerables. Somos vulnerables (humanos y no humanos). Vulnerabilidad y dependencia aparecen como rasgos inherentes a la condición humana (Paperman, 2005), que se manifiestan como una trama delicada y sutil de interdependencias en el cuidado, cargadas de implicaciones políticas.

La pandemia ha hecho más visible lo que antes no se mostraba ni reconocía tanto: que somos vulnerables, que la vulnerabilidad es parte del vivir de todas las personas. Lo hemos encarnado, lo hemos vivido en nuestros cuerpos, en nuestras vidas. El mantenimiento y la reparación de los cuerpos depende de procesos de interacción entre los seres humanos y no humanos (tecnología, animales, plantas...) (Tronto, 1993). Es decir, la vida humana es posible gracias a un complejo entramado de vínculos, afectos y actividades de cuidados que implican gran cantidad de energías y tiempos para las personas que los realizan (Durán, 2021).

Se ha hecho, pues, evidente que los cuidados son esenciales, como se ha venido repitiendo en los medios de comunicación durante todo este tiempo de pandemia. Pero también que circulan cruzándose con ejes de desigualdad que atraviesan el mundo, no en una única dirección, de una forma muy compleja.

Efectivamente, nuestras vidas subsisten por esa extensa red de cuidados, que son propios, pues también nos los prestamos a nosotros mismos, y que probablemente deberíamos prestarnos más, sobre todo las y los más privilegiados, con un mayor sentido de autorresponsabilidad. Y por el cuidado de otras personas que mantienen nuestras existencias vivas y activas, y con ellas nuestro mundo. Pero, junto al cuidado y su ausencia, también tenemos que hablar de muchos descuidos, de muertes descuidadas, por ejemplo. Porque los cuidados no se reparten por igual, los tienden a prestar los grupos sociales subalternos (Gilligan *et al.*, 2013), subalternizados además, en esta pandemia, quienes no son privilegiados ni pueden ser insensibles a las demandas de cuidado.

Hay personas, grupos sociales, que se muestran indiferentes a dichas demandas, y esa indiferencia es el gran problema. Cuidan sobre todo mujeres, ya sea a través de trabajo remunerado precario que se desarrolla en el espacio público (residencias, centros de día, servicios de ayuda a domicilio, etc.) como en el privado de los hogares (empleo del hogar), o a

partir del trabajo no monetarizado que se realiza por parte de las mujeres de la red familiar (Martín Palomo, 2010).

Para poder participar de forma plena en la democracia, sería necesario asumir estas responsabilidades, en diferentes niveles. Como diría Hannah Arendt, que cada quien haga lo que tiene que hacer..., empecemos por ahí... Parte de lo que habríamos de hacer es, en buena medida, político, profundamente político. Y trabajar para y por una forma diferente de cuidar de la sociedad del cuidado, frente a un mundo, diría Tronto (2021), que cuida sobre todo de la economía, sin preocuparse de los daños colaterales.

La propuesta de Tronto de una sociedad democrática del cuidado es también una invitación a que todo el mundo se llegue a sentir interpelado por esa responsabilidad. Hemos podido ver que sin cuidado no hay vida, ni siquiera una buena muerte, y hacer esto visible probablemente ha sido una de las pocas caras amables de esta pandemia. Esto nos invita a soñar un mundo con las cosas de otra manera. Este primer punto se resume en ese soy porque somos, que se podía leer en 2019 en un mural de Ciudad de México. “Soy, porque somos”, interdependientes y vulnerables, se añade aquí.

Es necesario el cuidado no solo para estar sanos y estar bien, sino para poder sostener nuestros logros, nuestros éxitos, todo ello se mantiene sobre un gran número de cuidados cada día, que se integran en una red de interdependencias, materialidades, moralidades y afectos (Martín Palomo, 2016). Por ello se torna tan importante hablar de moral, hablar de ética, pensar en la responsabilidad de todas las personas. La cuestión es cómo se organizan esas formas de entender lo que es bueno, lo que es justo, qué ordenamientos de género, de etnia, de edad, de lugar de origen, de capacidades, de identidades de género, de orientaciones sexuales, de diversidades varias conllevan, y cómo se organizan de forma jerárquica. No hay conceptos morales unívocos (Paperman, 2005). Lo moral se negocia, como tantos otros aspectos de nuestras vidas. ¿Quién y cómo negocia? ¿Quién puede debatir sobre estas cuestiones? ¿Quién y cómo decide?

No es fácil aceptar esta interdependencia (Molinier *et al.*, 2009), no solo para los cuidados más básicos sino para todos los planos de nuestra existencia. Desde pequeños hemos escuchado que el objetivo es ser independientes, que no serlo nos constituye como privados de, como carentes. Con estos relatos hemos crecido, con estos relatos seguimos hacien-

do ciencias sociales, haciendo política, haciendo leyes y jurisprudencia. Urge deconstruirlos con ganas, sin pausa; ya se ha hecho demasiado daño a muchas personas, al planeta, a otros seres que conviven con humanos y humanas y que sufren todos los estropicios que hacemos en nuestro medio ambiente, con este cultivo narcisista a la individualidad, esa que no quiere deber nada a nadie, que obvia todas las redes de interdependencias en que se sostiene o que la sostienen. Sin embargo, demandar y prestar cuidado es algo que todas las personas podemos hacer, aunque sabemos que los cuidados no se reparten por igual ni entre quienes los prestan ni entre quienes lo necesitan.

Tienden a prestar cuidado, sea para organizar la respuesta, sea para darla directamente, los grupos sociales subalternizados que no son privilegiados ni pueden ser indiferentes, quienes se sienten interpelados para cubrir las necesidades de cuidado de otras personas a la vez que hay muchas personas que son, o que se muestran, indiferentes. Absolutamente indiferentes. Tanto para estar atentos, para darnos cuenta de que alguien necesita cuidado, como para dar respuesta, para la práctica concreta de cuidar.

Muy pocas personas pueden decidir cómo quieren ser cuidadas (o no). Una pequeña minoría se puede permitir ese lujo. Entonces, ¿quién puede responder realmente?, ¿quién puede decir si le ha gustado la comida o no, si quiere otra cosa diferente, si no quiere nada?, ¿quién puede decir que ese cuidado ha sido malo, que no le ha agradado? Al obviar que somos más o menos interdependientes, que pasamos momentos de más o menos necesidades de cuidado, de atenciones que otros nos proporcionan, al no darnos cuenta de esto, al pensar en un orden político que pone en el centro la independencia y la autonomía se pierde buena parte de lo que es la existencia humana. Entonces, ¿qué se tiene que hacer? Separar rígidamente la vida pública de la privada (Tronto, 2009). Por eso todas aquellas iniciativas que tienden a lo común y a lo comunitario son potencialmente prometedoras para romper la arbitraria separación que se ha hecho en la Modernidad y que nos hizo perder buena parte de lo que somos.

Ninguna relación puede subsistir sin cuidados

Si bien no todas las relaciones son cuidados, ninguna puede existir sin ellos (Puig de la Bellacasa, 2012). Por eso se ha de deconstruir la noción

de dependencia que tanto se utiliza en la literatura y en los documentos administrativos y políticos. Dejemos de utilizar la expresión “dependientes”, si nos pensamos como frágiles, vulnerables pierde sentido. Frente a ello, se propone un modelo analítico que contemple la interdependencia de todos los seres humanos. Se invita pues a pensar en los cuidados desde la vulnerabilidad y no a la inversa.

Desde esta premisa me adentro en la segunda parte de este texto, el cuidado es necesario. Se trata de un proceso social de una tremenda complejidad, que empieza mucho antes y termina mucho después de la práctica afectiva del cuidado, por eso cuesta tanto que el concepto de trabajo nos permita englobar el cuidado en dicho marco, porque esa preocupación está antes y continúa mucho después de la práctica material del cuidado en sí. Es un proceso social complejo, que tiene lugar en la relación que lo constituye (Tronto, 1993). El cuidado crea una relación, moral, material, encarnada, ya que están implicados en ella nuestros cuerpos también. La primera relación que tenemos es de cuidado, el lazo social se empieza a tejer ahí.

Resultado de tal complejidad, y de su naturalización como parte de lo femenino, el cuidado ha sido invisibilizado, precarizado, y se ha olvidado también el hecho de que somos interdependientes en muchos sentidos, que una persona no puede ser sin las otras y sin un entorno que le permita vivir. Demandar y prestar cuidado es, pues, algo que todas las personas pueden hacer en diferentes momentos de sus vidas; estas acciones son aspectos de una misma condición vulnerable del ser humano (Martín Palomo, 2016). Por ello, se ha de revisar la concepción asimétrica de la relación de cuidado, base de un modelo en que una persona cuida y otra recibe cuidado, que prevalece en las políticas públicas, que subyace al modelo binario de autonomía-dependencia. Una simplificación que se hace evidente cuando se contemplan los múltiples cuidados que también prestan personas con diversa funcionalidad que necesitan asistencia para poder desarrollar las actividades de la vida cotidiana (Venturiello *et al.*, 2020).

Por ello es tan difícil definir o delimitar el cuidado como trabajo. Porque el cuidado tiene lugar en la relación que lo constituye. Al igual que es muy importante tener en cuenta esta dimensión material corporal, también lo es tener presente la dimensión moral, la toma de responsabilidad así como la maraña de afectos que lleva aparejada. Hay dos propuestas muy sugerentes para pensar el cuidado con ellas. La de Tronto,

al considerar el cuidado como un proceso complejo con una necesaria dimensión política, y la de Nakano Glenn al considerar que es una relación de interdependencia y de poder. Este es uno de los problemas que presenta el cuidado, ya que si bien puede haber afectos (amor, cariño, simpatía...), también puede haber, se producen de hecho, abusos y violencia en el cuidado (Nakano Glenn, 2000). Hay violencia en el cuidado porque es una relación más, muchas veces llevada al límite.

Una de las características que tiene el cuidado es que nos permite dibujar un nuevo mapa del mundo, se pueden elaborar cartografías de la desigualdad a partir de quién, cómo y dónde recibe y presta cuidado (y quiénes están siendo descuidados, qué está siendo descuidado). Entonces el cuidado, el trabajo de cuidado tiene debilidades intrínsecas:

- a) está atravesado por estas relaciones de poder y desigualdad (para describirlas necesitamos una mirada interseccional);
- b) tiene la necesidad de ser discreto, porque cuando el trabajo de cuidados está bien hecho no se ve (Molinier, 2005), no deja huella, solo la vida que se mantiene, que se perpetúa, que se repara (¿cómo dar visibilidad a unas prácticas que tienen que ser invisibles para estar bien, que tienen que ser discretas?);
- c) es muy difícil identificar todos y cada uno de los saberes y competencias para reconocerlos, porque son situados, encarnados y cada práctica concreta del cuidado requiere saberes y competencias muy comunes pero también cuestiones muy específicas, por ejemplo, conocer al otro o a la otra y ver qué es lo que quiere, lo que necesita, incluso anticiparse; esto es muy complicado para que pueda ser identificado y reconocido por los mecanismos de acreditación (para ser remunerado, por ejemplo).

Por tanto, se ha de considerar la desigualdad que se genera y se reproduce entre quienes son proveedores habituales de cuidados, por un lado, y quienes en general tienen la costumbre de recibirlos, por otro. Eso plantea nuevos retos para la política e invita incluso a ampliar la acción de la política, el concepto de trabajo, de agencia, la noción de individuo, y prácticamente todo lo que lo vincula con el entorno, incluyendo lo no humano, las máquinas, los animales, las plantas, el aire.

Con la pandemia por SARS-CoV2, han saltado las alertas con los descuidos. Lo que no se cuida, lo que es o ha sido descuidado. Las farma-

céuticas, Amazon, Google..., han logrado beneficios históricos en una de las mayores crisis sanitarias a nivel mundial, lo que muestra que en este momento de crisis se ha cuidado sobre todo la economía, y algo menos otras cuestiones. Se han ido haciendo visibles cuidados y descuidos a la par que la semántica política y mediática inventaba unos nuevos héroes: las personas esenciales. Se puede hablar de descuidos institucionales, en especial en los casos más extremos, las muertes (las vidas) descuidadas. En estos descuidos, el derecho al cuidado ha sido vulnerado. Veamos algunos ejemplos: mayores en residencias, barrios extremadamente vulnerabilizados, viajes peligrosos, trabajos muy arriesgados sin pluses de riesgo, como se intentará esbozar brevemente a continuación.

El Informe de Amnistía Internacional muestra que una gran cantidad de derechos humanos han sido vulnerados en las residencias para mayores (Amnistía Internacional, 2020). Denuncia que durante los primeros meses de la pandemia las personas mayores que vivían en residencias, sobre todo en Madrid y Cataluña, no fueron atendidas adecuadamente, ni derivadas a hospitales cuando lo precisaban, se vieron aisladas en sus habitaciones, a veces durante semanas, sin contacto con sus familiares y amistades. Así, los descuidos más descarnados se han dado en un modelo institucionalizado debido en buena medida a la gestión política, desde una perspectiva subsidiaria, mercantilizada, medicalizada y asistencialista, pese a que la legislación vigente en España asegure que el derecho al cuidado es universal y subjetivo (Ley 39/2006).

En ciertos trabajos remunerados, como ocurre con las trabajadoras del Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD), la situación de pandemia las ha expuesto más y no han sido compensadas por ello. ¿A quién y cómo se protege de los contagios? Una entrevistada describía hace unos meses cómo eran sus EPI, una bata blanca de algodón que dejan en cada casa en la que prestan sus servicios. Se juega con registros semánticos que son muy engañosos; las auxiliares del SAD saben perfectamente que no, que se está jugando a simular que están teniéndose las precauciones necesarias.

Quienes viven en barrios vulnerables, en malas condiciones de habitabilidad o incluso en ciertas barriadas periféricas que tienen largos cortes de luz (de meses), como ha ocurrido en la Cañada Real Galiana (¡en un país tan rico!), viven en unas condiciones de infravivienda y hacinamiento en muchos casos, que recuerdan muchas periferias de ciudades de los países del sur, como

en la Ciudad de Buenos Aires de Argentina (Martín Palomo y Venturiello, 2021), en India o en muchos rincones de África. En estas circunstancias es difícil mantener el autocuidado y la profilaxis que las autoridades sanitarias recomiendan para protegerse de la infección por SARS-CoV-2.

Las personas que llegan a las costas andaluzas o canarias en pateras o en cayucos no están recibiendo un trato digno, que respete sus derechos humanos. Mucho menos son cuidadas como se debiera, tras una travesía muchas veces infernal, al borde de la muerte y la desesperación. Algunas organizaciones las atienden con buenas dosis de generosidad por parte de equipos incansables de voluntarios, y con escaso respaldo de las políticas públicas. Muchas de ellas son refugiadas en potencia que no reciben el trato que se debería garantizar por derecho (asilo y refugio). Viven largas esperas en las que la protección y el autocuidado, las distancias sociales de seguridad, etc., suenan a chiste.

La desigualdad del mundo podría cartografiarse a partir del modo cómo se reparte la provisión de cuidado, quién lo recibe, quién lo proporciona, cómo lo hace y con qué. Y en este avance hacia la sociedad del cuidado, la perspectiva de la vulnerabilidad humana y de la interdependencia nos lleva a preguntar: ¿cómo se deciden qué necesidades de cuidado son importantes? ¿Cuáles son identificadas, nombradas, reconocidas? ¿Quién lo decide? ¿Con qué recursos se hace? ¿Quién cuida? ¿Cómo? Es importante tener en cuenta estas desigualdades en las necesidades porque esto también nos da pistas de las respuestas que se van a dar. Por tanto, invito a pensar en ello de otra manera: en palabras de María Puig de la Bellacasa, pensar con cuidado.

Hacia una Sociedad del Cuidado

El cuidado y quien lo proporciona (para sí o para otros), es una cuestión de ejercicio de derechos (Pautassi, 2007). La perspectiva de derechos implica una crítica al asistencialismo, al exceso de cuidados prestados por mujeres de forma monetarizada y no monetarizada en todos los rincones del planeta –sobre todo las más pobres, de etnias minoritarias o históricamente discriminadas y que proceden o residen en lugares más desfavorecidos–, así como la autonomía y la autodeterminación de las personas que reciben cuidado y de quienes cuidan.

En la sociedad de cuidado son necesarias políticas encarnadas y situadas para dar respuestas flexibles a esa singularidad, porque si bien el cuidado es una necesidad universal, las necesidades son concretas, situadas y encarnadas. Sencillamente, pensemos en cómo queremos ser cuidados, cómo queremos que nos den esa respuesta, cómo y dónde nos gusta o gustaría. Tenemos nuestros afectos, nuestros intereses y nuestros mundos relacionales, que queremos cuidar, compartir y reparar también, porque quien necesita cuidado de forma muy intensiva también cuida y repara, por eso circula y no en una única dirección, por eso habría que eliminar la palabra dependiente del campo semántico del cuidado. Las políticas tienden a ser fijas, a instalarse, pero las necesidades van cambiando. Precisamente por el carácter complejo y multidimensional del cuidado, los diseños e intervenciones en políticas públicas deben estar muy próximos a las necesidades situadas y cambiantes de las diversas personas y comunidades. Por tanto, cobra sentido pensar la organización social de la provisión del cuidado desde la perspectiva de sus distintas configuraciones, que tienen lugar en espacios y tiempos concretos, de personas y colectivos determinados, que tienen necesidades específicas, preferencias, que además se van transformando en su vida cotidiana; por tanto, habría que prestar especial atención a cómo las necesidades de cuidado surgen o van cambiando. Tal vez las tecnologías pueden desempeñar un papel, siempre que no contribuyan a escindir aún más las brechas en el acceso al cuidado y a los diversos dispositivos de atención que existen ya, o a precarizar aún más los trabajos de las asistentes (Venturiello *et al.*, 2020).

También se pueden pensar las infraestructuras (Calvillo y Mesa del Castillo, 2018), las tecnologías, ese día a día de la vida como asuntos de cuidado, de una forma muy amplia. Aun cuando el diseño y acceso a los ensamblajes tecnocientíficos estén atravesados por grandes desigualdades, la sostenibilidad del cuidado depende en buena medida de las tecnologías. De hecho, las tecnologías participan en el cuidado; pensemos, sin ir más lejos, en dispositivos como los respiradores de las UCI, gracias a los cuales mucha gente no ha muerto en esta pandemia. No se trata de una tecnología que sustituya al cuidado humano porque nadie quiere eso, pero sí son fundamentales esas innovaciones tecnológicas. Estos artefactos se ensamblan con los cuerpos con los que se relacionan o en los que se integran: ¿cómo se ajustan una silla de ruedas, una prótesis, un audífono..., todas las máquinas cuidadoras? (García Selgas y Martín Palomo, 2021).

Las soluciones digitales como las aplicaciones, las videollamadas, también han sido fundamentales para mantener las relaciones con nuestros familiares y amistades en este tiempo, alarmas para la toma de medicación, plataformas *online* para salud mental o incluso para mantener ciertos servicios de ayuda a domicilio, robots, robots terapéuticos. Eso sí, siempre y cuando no sean antropomórficos, porque nadie quiere tener un algo que parezca un humano, como mucho que parezca un perrito, como en Aiboo de Sony.³ Los asistentes personales, que son muy importantes para la diversidad funcional, y los reconocedores de voz, o, como decía una entrevistada de Granada, una aplicación que me diga por la mañana “¿oye cómo te has levantado hoy?, ¿te has puesto colores bonitos? Y tal” (Venturiello *et al.*, 2020). Y es una máquina, la inteligencia artificial, ¿qué puede hacer la inteligencia artificial? ¿Puede cuidar?, plantea Nurock (2020). Hay muchos aparatos que limpian, que barren, limpian cristales, etc. Hay muchas cuestiones, además de la desigualdad y de los sesgos de género y clase que puedan tener, que se plantean en el papel que se atribuye a las tecnologías: hasta dónde pueden llegar la deshumanización, el control y la vigilancia (muchas aplicaciones también son máquinas de control), etc.

Para finalizar, quisiera dedicar una última reflexión al renacer de la comunidad y de lo común. Es muy importante para una democracia radical pensar en las ciudades, en las comunidades, en los espacios, como espacios que también pueden cuidar (Martín Palomo, 2021). El urbanismo y la arquitectura feministas están llamados a tener un cierto protagonismo en el diseño, reordenación y reconstrucción de esas ciudades para abrir espacios que, como señala Muxí (2020), intenten burlar y dinamitar la frontera entre lo público y lo privado creando zonas intermedias donde pueda tener lugar lo común y lo comunitario. Ejemplo de ello son las viviendas colaborativas de mujeres en las periferias de París, Babayagas, o las Beginas, en Alemania; las diversas modalidades de *cobousing* que desde hace décadas se han implantado en Dinamarca (muchas de ellas públicas), entre las que se pueden destacar las que tienen un carácter intergeneracional; mixtas como Trabensol, en Torremocha del Jarama (Madrid); para gays o trans, como “Mares de Energía”, en Madrid. También las asociaciones, colectivos de diversos tipos y cooperativas han dado importantes pasos; por lo común, algunos tienen tras ellos largas trayectorias de trabajo, van conformando nuevas experiencias de formas de cuidado colectivo de

3 Véase en línea <https://electronics.sony.com/more/c/aibo>

las personas, los animales, los jardines, los bosques, el agua, las plantas..., el entorno. Ejemplo de ello son asociaciones como “El Colletero” y “Panal de Nalda”, en La Rioja, que buscan impulsar la solidaridad directa y el apoyo mutuo que tradicionalmente asociamos al medio rural, además de impulsar el desarrollo sostenible en equidad, el consumo responsable, la agroecología o proyectos de reforestación en el monte; o “Esto es una Plaza”, uno de los espacios colectivos con minihuertos urbanos que hay en Madrid; o las propuestas de recuperar las aceras siguiendo las sugerencias de Jane Jacobs (Nurok, 2020). Y otras iniciativas como “La Escalera” o “A3Calles” en Madrid (Venturiello *et al.*, 2020). En suma, propuestas de recuperar y regenerar las zonas comunitarias, de cuidar a las comunidades que cuidan.

Este tipo de iniciativas han sido fundamentales para la supervivencia en tiempo de crisis, como ha ocurrido en muchas ciudades de América Latina, con una larga trayectoria en diversas experiencias comunitarias, casi siempre organizadas por mujeres, como las ollas comunes, los cuidados compartidos, etc. (Rosas y Gil, 2021). También las TIC son compañeras de viaje, por ejemplo para organizar respuestas a necesidades inaplazables; en la pandemia han dado soluciones inmediatas a golpes de WhatsApp, ha habido nuevas iniciativas de voluntariado, han surgido redes desterritorializadas que han funcionado activamente. Claro que para mantenerse en el tiempo estas iniciativas comunitarias deben ser arropadas y potenciadas, para que no se diluyan. Permiten que se renueve la comunidad, que se recuperen las calles, las aceras, los barrios, los espacios que burlan la frontera entre lo público y lo privado. Somos con el mundo, somos con el mundo y no solamente es lo humano lo que importa, es un entorno de animales, de plantas, de aire, agua, suelo, medioambiente que también hay que cuidar, mantener y reparar ahora más que nunca, en las prácticas concretas; en el día a día constantemente estamos haciendo ajustes, equilibrios; hay que preguntarse cómo se redistribuyen las agencias y las responsabilidades en los cuidados, más en el escenario pospandemia (García Selgas y Martín Palomo, 2021).

Para cerrar, cabe decir que caminar en dirección a la sociedad del cuidado, del propio, de responsabilizarnos colectivamente del cuidado de otras personas, de nuestro entorno, del mundo común que nos sostiene, de decidir entre todas las personas de qué modo vamos a hacerlo, requiere dar protagonismo a los grupos sociales que saben de esto, los más vulne-

rables, y que tengan realmente poder de decidir, que tengan su propia voz. También son muy importantes esas nuevas masculinidades, masculinidades cuidadoras tan necesarias para construir una sociedad verdaderamente democrática, y por ahí iría esta propuesta de repensar los cuidados. En suma, el cuidado, en tanto que analizador de nuestra sociedad, en un momento que hay muchas ambivalencias y tensiones que van cambiando los desafíos a enfrentar cada día, como nos ha mostrado la pandemia, nos toma el pulso.

Referencias bibliográficas

- Amnistía Internacional (2020). Abandonadas a su suerte. La desprotección y discriminación de las personas mayores en residencias durante la pandemia covid-19 en España. Disponible en: <https://doc.es.amnesty.org/ms-opac/doc?q=Abandonadas+a+su+suerte.+La+desprotecci%C3%B3n+y+discriminaci%C3%B3n+de+las+personas+mayores+en+residencias+durante+la+pandemia+covid-19+en+Espa%C3%B1a>
- Calvillo, N. y M. Mesa del Castillo (2018). “Tender infraestructuras: diseñando con cuidado, o aportaciones entre los ‘asuntos de los cuidados’ y la arquitectura”. *Diseña*, 12: 172-196.
- Care Collective (2020). *Manifiesto de los cuidados. La política de la interdependencia*. Barcelona, Bellaterra Edicions.
- Durán, M. A. (2021). “El Cuidado y sus políticas.” En *¿Quién cuida? Aportaciones en torno a la organización social de los cuidados*, pp. 13-37. Vitoria-Gasteiz, EMAKUNDE.
- García Selgas, F. y M. T. Martín Palomo (2021). “Repensar los cuidados: de las prácticas a la onto-política”. *Revista Internacional de Sociología*, 79(3), e188. Disponible en: <https://doi.org/10.3989/ris.2021.79.3.20.68>
- Gilligan, C.; A. R. Hochschild y J. Tronto (2013). *Contre l'indifférence des privilégiés. A quoi sert le care*. París, Payot.
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
- Martín Palomo, M. T. (2010). *Los cuidados en las familias. Estudio a partir de tres generaciones de mujeres en Andalucía*. Sevilla, Instituto de Estadística de Andalucía.

- . (2016). *Cuidado, vulnerabilidad e interdependencias. Nuevos retos políticos*. Madrid, Centro de Estudios Políticos y Constitucionales.
- . (2021). “Cuidados, vulnerabilidad e interdependencias. Retos para una nueva época”. En Durán, M. A. (coord.). *¿Quién cuida? Aportaciones en torno a la organización social de los cuidados*, pp. 115-117. EMAKUNDE, Vitoria-Gasteiz.
- Martín Palomo, M.T y P. Venturiello (2021). “Repensar los cuidados desde lo comunitario y las poblaciones vulnerables: Buenos Aires y Madrid durante la pandemia de SARS-CoV-2”. *Apuntes* 89: 59-93.
- The Care Collective (2020). *Manifiesto de los cuidados. La política de la interdependencia*. Barcelona, Bellaterra Edicions.
- Molinier, P. (2005). “Le care à l'épreuve du travail. Vulnérabilités croisées et savoir-faire discrets”. En Paperman, P. y S. Laugier (eds.). *Le souci des autres, éthique et politique du care*, pp. 299-316. París, EHESS.
- Molinier, P. y M. Legarreta (2016). “Subjetividad y materialidad del cuidado: Ética, trabajo y proyecto político”. *Papeles del CEIC*, 1, Presentación, 1: 14.
- Molinier, P.; S. Laugier y P. Paperman (2009). “Introduction”. En *Qu'est-ce que le care?*, pp. 7-31. París, Payot.
- Muxí, Z. (2020). *Mujeres, casas y ciudades. Más allá del umbral*. Barcelona, DPR.
- Nakano Glenn, E. (2000). “Creating a care community”. *Contemporary Sociology*, 29: 84-94.
- Nurock, V. (2020). “¿Puede prestar cuidados la Inteligencia Artificial?”. *Cuadernos de Relaciones laborales*, Vol. 38, N° 2: Monográfico: Cuidados en la encrucijada de la investigación.
- Paperman, P. (2005). “Les gens vulnérables n'ont rien d'exceptionnel”. En Paperman, P. y S. Laugier (dir.). *Le souci des autres, éthique et politique du care*, pp. 281-297. París, EHESS.
- Pautassi, L. (2007). *El cuidado como cuestión social desde un enfoque de derechos*. Santiago de Chile, CEPAL, Serie Mujer y Desarrollo 87. Disponible en: repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5809/S0700816_es.pdf
- Puig de la Bellacasa, M. (2012). “Nothing comes without its world': thinking with care”. *The Sociological Review* 60 (2): 197-216.
- Razavi, S. (2007). “The political and social economy of care in a development context. Conceptual Issues. Research questions and policy

- options”. Ginebra, United Nations Research Institute for Social Development, Gender and Development Programme, Paper 3. Disponible en: [http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/\(httpAuxPages\)/2DBE6A93350A7783C12573240036D5A0/\\$file/Razavi-paper.pdf](http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/(httpAuxPages)/2DBE6A93350A7783C12573240036D5A0/$file/Razavi-paper.pdf)
- Rosas, C. y S. Gil (2021). “Cuidado comunitario, políticas públicas y racionalidades políticas. El Estado y las trabajadoras vecinales de la Provincia de Buenos Aires, Argentina”. *Revista Española de Sociología*, 30 (2), a32.
- Tronto, J. (1993). *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care*. Londres, Routledge.
- . (2009). “Préface”. En *Un monde vulnérable, pour une politique du care*, pp. 11-22. París, La Découverte.
- . (2021). Conferencia impartida en el *VIII Congreso REPS*, Bilbao 16 de marzo de 2021. Disponible en: <https://www.reps-bilbao.com/>
- Venturiello, M. P.; C. Gómez Bueno y M. T. Martín Palomo (2020). “Entramados de interdependencias, cuidados y autonomía en situaciones de diversidad funcional”. *Papeles del Centro de Estudios sobre la Identidad Colectiva*, 2020-2022: 1-18. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1387/pceic.20940>

Segunda Sección

Perspectivas latinoamericanas
situadas sobre el envejecimiento

Algunas encrucijadas y desafíos de la sociedad de envejecimiento

Alejandro Klein

Introducción

Diversas investigaciones parecen indicar la emergencia de un modelo social en torno a la sociedad de envejecimiento, donde surgirán nuevas problemáticas, nuevos retos a enfrentar y reposicionamientos decisivos en torno a la familia, vínculos e identidades emergentes, entre otros muchos factores (Ribeiro, 1992; Klein, 2020, 2021).

La agenda de temas a tratar y profundizar es amplia y vasta. Si intentáramos implementar una perspectiva más global de las transiciones por las que estamos pasando habría que agregar otras situaciones igualmente dilemáticas: los procesos de empobrecimiento y especialmente aquellos referidos a la clase media, la progresiva deslegitimidad de los dispositivos de herencia, legado, ancestro y transmisión, relacionados al fracaso de las políticas familiares de ahorro, pero también al exacerbamiento de las políticas de cuestionamiento a la tradición y la autoridad (Volnovich, 2002; Epele, 2010; Klein, 2013).

Otros temas conciernen directamente al adulto mayor, como el que se refiere a su vaivén incesante entre ciudadanía-des ciudadanía-ación-aciudadanización. Este vaivén quedó claramente patentado a partir de la experiencia pasada de la epidemia por Covid-19, donde el adulto mayor sorpresivamente perdió garantías de ciudadanía, para emerger desde las figuras del chivo expiatorio y el “inintegrable” (Klein-Ávila Eggleton, 2011; Klein, 2015). Tenemos también el tema novedoso de las experiencias subjetivas de los adultos mayores, en términos de identidades emergentes, donde se intenta romper la continuidad con modelos que se consideran decrepitos y débiles apuntando a su capacidad de cambio y fractura generacional (Klein, 2016).

Este movimiento es tanto más notable a raíz de que se correlaciona a una profunda resignificación de lo etario, lo familiar y lo paterno-materno: la familia se ha vuelto un enigma para sí misma, los adolescentes se han quedado sin adolescencia (en tanto espacio social) y lo paterno-materno se precariza en términos de confusión, inseguridad y agobio (Roudinesco, 2003; Klein, 2006; Asebey, 2009).

Estos aspectos se relacionan a su vez con lo que parece ser el pasaje irreversible de una sociedad adulto-céntrica a nada-céntrica. Se podría decir que la sociedad de envejecimiento ha de inaugurar una sociedad “geronto-céntrica”, como una forma de organización que apunte formas relativamente estables de pensar, sentir y compartir. Pero parece ser que no es ese el caso.

Pasamos por un vaivén por el que o ya no hay referentes claros ni precisos desde un panorama estultofílico o se sucumbe a la tentación neoevangélica-talibánica que impulsa al conjunto social a legitimar denuncias (todo se denuncia, a cualquiera se puede denunciar) y a implementar referencias duras, rígidas e intolerantes donde el dispositivo jurídico pierde no pocas de sus garantías (Machado, 1996; Klein, 2013).

De esta manera, la sociedad de envejecimiento no deja de despertar ambivalencias y amnesias. Poco o nada se habla de la misma. Poco o nada se vislumbran sus problemáticas y desafíos. Una y otra vez, parecería ser que el tema predominante de la sociedad de envejecimiento son las jubilaciones: o postergar la edad de jubilación o cundir el pánico de que las mismas lleven a los Estados a situaciones de crisis. Lo que a su vez se acompaña de la insoluble polémica sobre quién debe ocuparse de los mayores: las familias o el Estado (Harper, 2004).

Debate muy mal planteado y con muy pobre nivel de análisis que no hace sino ignorar que si la edad de sobrevivencia se sigue alargando hasta los 100 o 150 años, poco se entiende la lógica de aumentar la edad de jubilación a 65 o 68 años. Como tampoco se advierte que poco se logra haciendo que los adultos tengan que trabajar más tiempo, si a la par no se aplican leyes contra un edadismo generalizado que hace que a la gente mayor no se le dé trabajo... Una vez más, las dicotomías en juego engañan y no ayudan a avanzar fehacientemente.

Objetivos

El presente trabajo busca plantear ciertos dilemas, debates e interrogantes en torno a la sociedad de envejecimiento, a la que se considera irreversible, próxima o ya instalada en lo societario. Dentro de estas problemáticas, una en especial parece clave: disociar la sociedad de envejecimiento del “envejecimiento” en sí, lo que abriría la oportunidad de enfocar a la sociedad de envejecimiento desde una perspectiva más flexible, audaz e interdisciplinaria. Podemos citar al menos tres aspectos que se interrelacionan con la sociedad de envejecimiento sin tener relación directa con el mismo como rasgo etario: el *declive* del ancestro y la transmisión, la caída irreversible de la natalidad, con lo cual nos acercamos al fenómeno del hijo único y del hijo *ausente* y, por consiguiente, a la *reconfiguración* mutacional de lo familiar con extinción de vínculos de simultaneidad (tíos, hermanos, primos, sobrinos) y la extensión de vínculos generacionales (abuelidad y bisabuelidad) (Wilcoxon, 1987; Bengtson, 2001).

Metodología

Para la selección de los artículos fueron consultadas las bases de datos electrónicos Google Scholar, Crossref, Medline e ISI. Fueron seleccionados trece estudios para la realización de la revisión sistemática utilizando el descriptor “sociedad de envejecimiento”, focalizados además en que el descriptor estuviera enriquecido interdisciplinariamente con conceptos psicosociales y vinculares. El recorte temporal utilizado para este levantamiento fue de 2014 a 2020. Subsecuentemente, la revisión fue subdividida en seis categorías de acuerdo con los parámetros de análisis de contenido: sociedad de envejecimiento, edadismo, natalidad y tasa de reposición poblacional, herencia y transmisión. De esta manera, se intenta en las conclusiones sugerir algunas hipótesis que puedan clarificar el campo de los cambios sociales, generacionales y familiares presentes en los nuevos procesos de envejecimiento. Se advierte, asimismo, sobre la necesidad de mantener desde la gerontología una perspectiva interdisciplinaria que pueda ir integrando estos factores, teniendo en cuenta los nuevos modelos emergentes de la tercera edad.

Resultados

La sociedad de envejecimiento y la problemática de la herencia social

Diversos elementos de lo social parecerían dar a entender que existe un énfasis en políticas disciplinantes de control máximo (Preteceille, 1996), lo que no impide la aparición periódica de una sensación de catástrofe inminente que implica la percepción paranoica de que vivimos en un orden fragilizado y persecutorio, como forma de pesadilla descontrolada (Foucault, 1984, 1994; Beck, 1997).

Correlativamente, se observa la emergencia de un sujeto social que no se siente capaz de aportar nada a lo social o de que lo social tenga algo que aportarle, con lo que este sujeto poco o nada se siente representado en los conjuntos, tanto como va sintiendo la inutilidad de cuidar o preservar lo social, un social que se siente que ya no cuida ni preserva al sujeto (Kaës, 1993).

Esta singular y paradójica situación de un sobrecontrol e hiperadaptación social, correlativa a una *spaltung* disociativa entre el sujeto y lo social, tiene como algunos de sus referentes las cuestiones de la herencia, la transmisión y el legado. Parecería que se va acentuando en la actualidad una tendencia a una herencia detenida, “encapsulada” en su capacidad de transmitir. O sea, que, o ya no hay herencia a transmitir o hay una herencia sin herederos que la reconozcan en su carácter de tal (Burin y Meler, 1998; Jelin, 2010).

Esta situación se acentúa en principio por dos procesos. Uno está relacionado a una situación de crítica radical al pasado, el ejemplo y la tradición que, deslegitimados en la cultura actual como despóticos, patriarcales y como viva encarnación de la violencia, se vuelven inadecuados como referentes y estabilizadores de conductas e interrelación social. Otro se relaciona a un panorama donde la capacidad de anticipar qué sucederá en el mañana o en un futuro se ha vuelto inviable, con lo que acentuar el ahora y el instante indica una táctica de supervivencia en un mundo donde lo precario se ha terminado de precarizar (Aubrée, 2005).

Hay un tercer factor que refiere a la confrontación generacional-transgeneracional que hacen los abuelos hoy, en tanto desafían o cuestionan cómo eran sus propios abuelos, entendiendo que los mismos, por

ejemplo, eran poco proclives al diálogo y la ternura. De esta manera, lo deseen o no, lo adviertan o no, el modelo de vejez actual se aúna al proceso de defenestramiento del pasado y su legado, que se ha vuelto incomprensible o extremadamente devaluado (Fisher, 1983; Lipovetsky, 1990, 2000).

Esta situación implica patologías de transmisión, pero también la problemática del amontonamiento y el residuo neoencriptado que no se logra simbolizar. Donde se agota la transmisión comienzan a predominar entonces las experiencias de ensayo y error. Pero cuanto más predominen las experiencias de ensayo y error, más se vuelven epidérmicos la sociedad, la familia, el objeto y el sujeto, revelando el colapso de la figura psicosocial de Moebius (Lukes, 2001).

La sociedad de envejecimiento y la renovación del edadismo

Todo parece indicar que desde la aparición del coronavirus asistimos a una excrecencia de lo arbitrario en las prácticas sanitarias enfocadas a los adultos mayores, en términos de un “edadismo sanitario” por el cual, a nombre del “cuidado”, se ha confinado y encerrado a los adultos mayores, bajo pretexto de medidas sanitarias que no se percibe que tengan impacto en la detención de la propagación del coronavirus.

Un sumario analítico de las publicaciones del período 2020-2021 enfocadas al tema indican claramente que el coronavirus ha implicado un nuevo retroceso de la imagen del adulto mayor a lo vetusto, lo decrepito y a la antesala de la agonía y la muerte, en una fantástica resurrección del paradigma del desvalimiento extremo (Losada-Baltar *et al.*, 2020).

Se ha indicado adecuadamente además que esta nueva ola de edadismo ha profundizado la división entre jóvenes y viejos, incrementado rencores, desconfianzas y paranoias varias, así como ha consolidado, en definitiva, situaciones de aislamiento social que impactan severamente en la salud física, mental y familiar (Xie *et al.*, 2020). Muchos adultos mayores que dependen del contacto social de los centros y lugares de la comunidad de culto también están experimentando importantes perturbaciones en sus redes sociales y relaciones. Este aislamiento se completa con estudios que indican la falta de acceso de los adultos mayores a las tecnologías actuales, lo que los expone más aun a situaciones de vulnerabilidad laboral

en comparación con los grupos de edad más jóvenes y a situaciones de jubilación anticipada (Brynjolfsson *et al.*, 2020).

Se ha denunciado además la existencia de directivas que indican que los adultos mayores son relegados frente a otros grupos etarios en los dispositivos de atención de salud, en emergencias, operaciones e internaciones (Rosenbaum, 2020). Asimismo, se indica que se acentúa el que los adultos mayores de las minorías raciales tengan menos probabilidades de recibir salud y estén desproporcionadamente vulnerabilizados en comparación con los adultos blancos mayores (Monahan *et al.*, 2020).

De esta manera, no es para nada exagerado señalar que este edadismo resurrecto explica gran parte de la lentitud, errores e inadecuaciones de las respuestas que se han ensayado frente al coronavirus (Rosenbaum, 2020; Ayalon *et al.*, 2021). En materia de salvar vidas los adultos mayores siguen constituyendo el grupo con menores opciones (Morrow-Howell, Galucia y Swinford, 2020).

Este retorno de un edadismo sanitario ha tomado desprevenida a la gerontología y a los gerontólogos. El mismo actúa como extensión de coartadas y recursos ideológicos que imponen una visión empobrecedora y unidireccional del adulto mayor (Fingerman y Trevino, 2020). Los autores, al principio con cautela y luego con mayor claridad, hablaron de situaciones de “confinamiento” y “discriminación” y hasta se comenzó a propagar un juego de palabras, por cierto siniestro: “genocide” por “gerocide” (Golubev y Sidorenko, 2020; Marques *et al.*, 2020). Sin llegar al uso extremo de este juego de palabras, otros autores se preguntan por qué se ha suscitado tal falta de empatía, sin que se encuentren respuestas razonables (Aronson, 2020).

Pero no son todos. La mayoría de las publicaciones revisadas siguen apostando a un recrudescimiento de la gerontología en su mejor estirpe pedagógica, tratando de generar conciencia de las consecuencias de decisiones sanitarias que se estiman erróneas y apresuradas. Fieles a esta perspectiva, estos estudios resaltan aquellos datos empíricos e investigaciones experimentales, longitudinales y transculturales que resaltan que las creencias negativas sobre la edad afectan negativamente a una amplia gama de resultados de salud (Levy *et al.*, 2020), y que las respuestas emocionales al estrés pueden afectar a las personas mayores (Bellington y Neupert, 2018).

Asimismo se reitera, desde una óptica que tal vez sea algo ingenua, que no se debe aislar a los adultos mayores, ya que esto puede tener efectos

perjudiciales a nivel social, familiar y mental (Armitage y Nellums, 2020; Brooke y Jackson, 2020). Otras publicaciones hacen hincapié en aspectos generacionales: mantener a los adultos mayores confinados enfrenta a las generaciones, con lo que las posibilidades de intercambio y solidaridad generacionales se echarían a perder. Asimismo, se indica cómo a largo plazo el aislamiento puede encarecer aún más los servicios de salud, lo que podría agravar la situación económica de los adultos mayores (Levy *et al.*, 2020). Finalmente, hay autores que creen necesario volver a enfatizar que si los adultos mayores integran un grupo de riesgo no es por su edad en sí, sino por la comorbilidad asociada (Levy, 2009; Stewart *et al.*, 2018; Xie *et al.*, 2020).

Sociedad de envejecimiento y observaciones colaterales: hacia el reducido clan pleistocénico

Tradicionalmente, el concepto de sociedad envejecida remitía cuantitativamente a la existencia de un 10% o 15% de la población de 65 años y más. Sin embargo, probablemente ha de tenerse en cuenta que la sociedad de envejecimiento que se describía tradicionalmente no es con exactitud la que se avecina. Observemos así que lo notable de esta sociedad de envejecimiento no es que haya más del 10% de personas de más de 65 años. Es que estamos ante procesos que indican que entramos en la era de los centenarios (Leeson y Harper, 2006; Leeson, 2013). Llegamos a edades que no estaban previstas en los procesos de envejecimiento. Ya no se trata de envejecimiento: son procesos de muerte aplazada indefinidamente. No es un problema de envejecimiento, es un problema de que no se muere. Por ende, esta sociedad de envejecimiento implica un desafío cultural y ontológico imprevisible: el pasaje de la muerte inminente a la muerte desplazada (indefinidamente) (Klein, 2015).

Por otra parte, de aquel 10% convencional nos iremos acercando a casi un 30% de adultos mayores para los años 2050-2100. ¿Podemos con este porcentaje seguir hablando de sociedad de envejecimiento? (Leeson y Harper, 2007a, 2007b y 2007c). Simultáneamente, la baja de natalidad era una constante irreversible. No hay tasa de reemplazo. La tasa de reemplazo poblacional es de 2,3 hijos por pareja. En este momento es de 1,8 hijos y tiende a decrecer (Leeson y Harper, 2008). O se espera al

límite biológico para tener el primer y único hijo o nunca se lo tiene. Esto implica no solo la detención del crecimiento poblacional, sino la posibilidad —para nada desacertada— de que la Humanidad pase a perder su lugar de hegemonía en la Tierra, para pasar a ser (¿en cuatro, en diez, en veinte generaciones?) un reducido *clan pleistocénico*.

Hay que destacar que la baja de natalidad no consiste solo en que las mujeres aplacen la edad de concepción o que decidan no tener hijos. Es algo más estructural y se relaciona quizás a que el sentido de trascendencia y descendencia se agota. De una u otra manera, ya no hay continuidad generacional. El clima cultural impone la idea de que la nueva generación ha de construirlo todo nuevamente. No hay precedentes ni futuro. Todo es presente. Todo es volver a comenzar (Levin y Trost, 1992; Wainerman, 1996; Widmer, 1999).

El punto esencial de la nula natalidad radique tal vez en que las parejas ya no quieran tener hijos, ni entiendan cuál es el sentido de tener hijos. Por ende: no es un problema biológico en torno a la gestación ni a nuevos roles femeninos. *Es, más bien, una estructura de detención y parálisis generacionales.*

Conclusiones

La sociedad de envejecimiento es inevitable en términos cuantitativos y, sin embargo, los adultos mayores siguen instalados en situaciones de injusticia y maltrato social que no se pueden ignorar. Enfatizamos el punto principal: *la sociedad de envejecimiento no parece que vaya a dar lugar a una sociedad geronto-céntrica. Todo lo contrario.*

La sociedad de envejecimiento será, eso sí, una sociedad de centenarios, una sociedad de abuelos adolescentizados por la posibilidad de confrontación generacional con sus propios abuelos y una sociedad de padres agobiados e hijos sin etapas etarias claras que les delimiten fronteras, conductas, derechos y obligaciones. Finalmente, la sociedad de envejecimiento será aquella donde la muerte se posponga de forma indefinida y pasemos a vivir en la utopía de una casi inmortalidad.

La gerontología, la demografía y las políticas públicas se han disputado el campo del envejecimiento. Pero es erróneo: desde la sociedad de envejecimiento el problema no es solo sanitario (gerontología), ni pobla-

cional (demografía) ni político (políticas públicas). Cada una de estas tres disciplinas intenta aportar soluciones: mejorar la calidad de vida, incentivar la natalidad, redistribuir recursos públicos. Pero hay más y se trata de otra cosa.

Lo expuesto señala un momento cultural irreversible por el que se ha pasado de la certeza al orden de la pregunta y la pérdida de referentes sólidos. Pero quizás la cuestión está mal planteada. No se trata solo de incertidumbre ni de precariedad, sino de algo más estructural, en relación al orden de la imprevisibilidad. Esta imprevisibilidad mutacional dificulta o imposibilita las categorías sociales y cognitivas que permitían el proceso de anticipación biográfico y social. Ya no hay posibilidad de anticipar, porque la anticipación era indisociable además de la capacidad de promesa y porvenir social (Klein, 2006).

De esta manera, en el momento en que la sociedad de envejecimiento requiere liderazgos audaces e innovadores, pasamos por una generación política de indolencia, perplejidad y desorientación preocupante. Sin duda, hay decisiones a tomar, pero entendiéndose que las mismas ni se agotan ni se constriñen al campo de las jubilaciones y pensiones. Por ende, parecería ser que ni se comprenden las problemáticas de la sociedad envejecida, ni se toman las medidas que hay que tomar. Por tanto, la ventana de oportunidad que el hemisferio norte ha perdido se está perdiendo igualmente y de forma irreversible, en Latinoamérica y en el hemisferio sur.

Estos factores acentuarán seguramente que la sociedad de envejecimiento es o será, de tipo mutacional, debido a la rapidez de los cambios que están acaeciendo a nivel social, cultural, subjetivo y por la imposibilidad de generar transiciones mediadoras y transicionales desde modelos sociales previos.

En este sentido, la sociedad de envejecimiento es tal vez un exceso de lo inédito que, sin proponérselo, acentuará las políticas de riesgo, desde un horizonte que tiende a ser, probablemente, tanatopolítico (Giddens, 1993; Foucault, 2004).

Referencias bibliográficas

Armitage, R., y L. Nellums (2020). "COVID-19 and the consequences of isolating the elderly". *The Lancet Public Health*, 5(5): 256-257. Dispo-

- nible en: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30061-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30061-X).
- Aronson, L. (2020). "Ageism is making the pandemic worse". *The Atlantic*, 28/03. Disponible en: <https://www.theatlantic.com/culture/archive/2020/03/americas-ageism-crisis-is-helping-the-coronavirus/608905/>
- Asebey, A. (2009). "La figura paterna y su ausencia en la familia". En Murueta, M. (ed.). *Psicología de la familia en países latinos del siglo XXI*, pp. 215-226. Ciudad de México, AMAPSI.
- Aubrée, M. (2005). "Pentecostés y Apocalipsis: dos maneras de entrar en los 'tiempos nuevos'". En *Coloquio IDYMOV Construir y vivir la diferencia. Los actores de la multiculturalidad en Ciudad de México, México y Colombia*. Xalapa, Veracruz, CIESAS-IRD-ICANH.
- Ayalon, L.; A. Chasteen; M. Diehl; B. Levy; S. Neupert; K. Rothermund; C. Tesch-Römer y H. Wahl (2021). "Aging in Times of the COVID-19 Pandemic: Avoiding Ageism and Fostering Intergenerational Solidarity". *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 76(2): 49-52. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa051>
- Beck, U. (ed.) (1997). *Modernización reflexiva-política, tradición y estética en el orden social moderno*. Madrid, Alianza Universidad.
- Bellingtier, J. y S. Neupert (2018). "Negative aging attitudes predict greater reactivity to daily stressors in older adults". *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 73(7): 1155-1159. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw086>
- Bengtson, V. (2001). "Beyond the nuclear family: The increasing importance of multigenerational relationships in American society". *Journal of Marriage and the Family*, 63: 1-16.
- Brooke, J. y D. Jackson (2020). "Older people and COVID-19: Isolation, risk and ageism". *Journal of Clinical Nursing*, 29 (13-14): 2044-2046. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jocn.15274>
- Brynjolfsson, E.; J. Horton; A. Ozimek; D. Rock; G. Sharma y H. Y. TuYe (2020). "Covid19 and remote work: An early look at us data. *National Bureau of Economic Research Working Paper*, N° 27344, Cambridge.
- Burin, M. e I. Meler (1998). *Género y familia. Poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*. Buenos Aires, Paidós.
- Coibion, O.; Y. Gorodnichenko y M. Weber (2020). "Labor markets during the COVID-19 crisis: A preliminary view". *National Bureau of Economic Research*.

- Dyson, T. (2010). *Population and Development*. Londres/Nueva York, Zed Books.
- Epele, M. (2010). *Sujetar por la herida. Una etnografía sobre drogas, pobreza y salud*. Buenos Aires, Paidós.
- Fingerman, K. y K. Trevino (2020, 07/04). "Don't lump seniors together on coronavirus. Older people aren't all the same". *USA Today*. Disponible en: <https://www.usatoday.com/story/opinion/2020/04/07/coronavirus-seniors-lead-diverse-lives-death-rate-varies-column/2954897001/>
- Fisher, L. (1983). "Transition to grand motherhood. International". *Journal of Aging and Human Development*, 16 (1): 67-78.
- Foucault, M. (1984). "Deux essais sur le sujet et le pouvoir". En Dreyfus, H. y P. Raibow (eds.). *Michel Foucault. Un parcours philosophique*, pp. 201-334. París, Gallimard.
- . (1994). *La ética del cuidado de sí como práctica de libertad*. París, Gallimard.
- . (2004). "La Tecnología Política de los individuos". En Foucault, M. *Coleção Ditos e Escritos V*, pp 140-159. Santa Mônica, Uberlândia, Política Forense Universitaria.
- Giddens, A. (1993). *Consecuencias de la modernidad*. Madrid, Alianza Universidad.
- Golubev, A. y A. Sidorenko (2020). "Theory and Practice of Aging during the COVID-19 Pandemic". *Advances in Gerontology*, 10(4): 303-312. Disponible en: <https://doi.org/10.1134/S2079057020040062>.
- Harper, S. (2004). *Families in Ageing Societies, A Multi-Disciplinary Approach*. Oxford, Oxford University Press.
- Jelin, E. (2010). *Pan y afectos. La transformación de las familias*. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.
- Kaës, R. (1993). *El grupo y el sujeto del grupo. Elementos para una teoría Psicoanalítica del Grupo*. Buenos Aires, Amorrortu.
- Klein, A. (2006). *Adolescentes sin Adolescencia: Reflexiones en torno a la construcción de subjetividad adolescente bajo el contexto neoliberal*. Montevideo, Psicolibros-Universitario.
- . (2013). *Subjetividad, Familias y Lazo social. Procesos psicosociales emergentes*. Buenos Aires, Manantial.
- . (2015). *Del Anciano al Adulto mayor-Procesos psicosociales, de salud mental, familiares y generacionales*. Ciudad de México, Plaza y Valdez.
- . (2016). "De la ancianidad al adulto postmayor". *Desacatos*, 50: 156-169.

- . (2020). "COVID-19: Los adultos mayores entre la 'revolución' gerontológica y la 'expiación' gerontológica". *Research on Ageing and Social Policy*, 8(2): 120-141. Disponible en: <https://doi.org/10.17583/rasp.2020.5408>
- . (2021) "Tanatopolítica, neoliberalismo y coronavirus, un recorrido por los excesos". *Intersticios Sociales*, 11(21): 99-124. Disponible en: <http://orcid.org/0000-0002-1081-9920>
- Klein, A. y M. Ávila Eggleton (2011). "De los modelos de ciudadanía sólida a un modelo de ciudadanía alternante-intermitente". *Revista Publicatio (Ciências Humanas)*, 19 (1): 85-94.
- Leeson, G. (2009). "Demography, Politics and Policy in Europe". En Ludlow, P. (org.). *Setting EU Priorities*, pp. 102-124. Ponte de Lima, The European Strategy Forum.
- Leeson, G. y S. Harper (2006). "Attitudes to Ageing and Later Life". *The Global Ageing Survey*, research report 106. Oxford, Oxford Institute of Ageing.
- . (2007a). "Ageing and Later Life. United Kingdom and Europe". *Global Ageing Survey*, research report 107. Oxford, Oxford Institute of Ageing.
- . (2007b). "Ageing and Later Life. The Americas". *Global Ageing Survey*, research report 207. Oxford, Oxford Institute of Ageing.
- . (2007c). "Ageing and Later Life. Hong Kong and Asia". *Global Ageing Survey*, research report 307. Oxford, Oxford Institute of Ageing.
- . (2008). "Some Descriptive Findings from the Global Ageing Survey Investing in Later Life". *Global Ageing Survey*, research report 108. Oxford, Oxford Institute of Ageing.
- Levin, I. y J. Trost (1992). "Understanding the concept of family". *Family Relations*, 41: 348-351.
- Levy, B. (2009). "Stereotype embodiment: A psychosocial approach to aging". *Current Directions in Psychological Science*, 18(6): 332-336. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01662.x>
- Levy, B.; M. Slade; E. Sh. Chang; S. Kanno y S. Wang (2020). "Ageism amplifies cost and prevalence of health conditions". *The Gerontologist*, 60(1); 174-181. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/geront/gny131>
- Lipovetsky, G. (1990). *El imperio de lo efímero*. Barcelona, Anagrama.
- . (2000). *La era del vacío. Ensayos sobre el individualismo contemporáneo*. Barcelona, Anagrama.

- Losada-Baltar, A.; L. Jiménez-Gonzalo; L. M. Gallego-Alberto; J. Fernandes-Pires y M. Márquez-González (2020). “We’re staying at home’: Association of self- perceptions of aging, personal and family resources and loneliness with psychological distress during the lockdown period of COVID-19”. *The Journals of Gerontology*, 20: 1-7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbaa048>.
- Lukes, S. (2001). “Poder y autoridad”. En Bottomore, T. y R. Nisbet (eds). *Historia del análisis sociológico*, pp. 719-761. Buenos Aires, Amorrortu.
- Machado, M. (1996). *Carimáticos e pentecostais: adesão religiosa na esfera familiar*. Campinas, Autores Associados/ANPOCS.
- Marques, S.; J. Mariano; J. Mendonça; W. De Tavernier; M. Hess; L. Naegele y D. Martins (2020). “Determinants of ageism against older adults: a systematic review”. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(7): 2560-2590. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph17072560>.
- Monahan, C.; J. Macdonald; A. Lytle; M. Apriceno y S. Levy (2020). “COVID-19 and ageism: How positive and negative responses impact older adults and society”. *American Psychologist*, 75(7): 887-896. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/amp0000699>
- Morrow-Howell, N.; N. Galucia y E. Swinford (2020). “Recovering from the COVID-19 Pandemic: A Focus on Older Adults”. *Journal of Aging and Social Policy*, 32(4-5): 526-535. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/08959420.2020.1759758>
- Préteceille, E. (1996). “Segregação, classes e política na grande cidade”. *Cadernos IPPUR*, X (2): 45-61.
- Ribeiro, I. (1992). “Família e Valores na Crise Institucional da Sociedad”. *Atualidade em Debate*, 12: 33-48.
- Rosenbaum, L. (2020). “Facing Covid-19 in Italy-Ethics, logistics, and therapeutics on the epidemic’s front line”. *The New England Journal of Medicine*, 382(s/n): 1873-1875. Disponible en: <https://doi.org/10.1056/NEJMp2005492>
- Roudinesco, E. (2003). *La familia en desorden*. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.
- Stewart, J.; M. Auais; E. Bélanger y S. Phillips (2018). “Comparison of Self-Rated and Objective Successful Ageing in an International Cohort”. *Ageing y Society*, 39(7): 1317-1334.
- Volnovich, J. C. (2002). “El default con nuestros hijos. La desesperación

por no cobrar. El dolor de no poder pagar”. Disponible en: www.clarin.com, 30/01/2002

Wainerman, C. (ed.) (1996). *Vivir en familia*. Buenos Aires, UNICEF/Losada.

Widmer, E. (1999). “Family contexts as cognitive networks: A structural approach of family relationships”. *Personal Relationships*, 6: 487-503.

Wilcoxon, S. (1987). “Grandparents and grandchildren: an often neglected relationship between significant others”. *Journey of Counseling and Development*, 65:289-290. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/S0144686X17001489>.

Xie, J.; Z. Tong; X. Guan; B. Du; H. Qiu y A. Slutsky (2020). “Critical care crisis and some recommendations during the COVID-19 epidemic in China”. *Intensive Care Medicine*, 46(5): 837-840. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00134-020-05979-7>

Promoción del envejecimiento saludable a partir de una perspectiva crítica

Yadira Arnet Fernández
Zurema Domingos Mutange
Nanci Soares

Introducción

Considerado un fenómeno sin precedentes en la historia, el envejecimiento poblacional es hoy uno de los temas más desafiantes para abordar en el ámbito académico y social. Para ello, se advierte que los discursos sostenidos por varios investigadores del área aún carecen de simbiosis en sus análisis y enfoques para abordar cuestiones emergentes del proceso de envejecimiento sin considerar las condiciones objetivas y subjetivas que permean la transición demográfica y los indicadores socioeconómicos de desigualdad presentes en la sociedad moderna actual.

El debate sobre el llamado fenómeno del envejecimiento poblacional en general transita por una variedad de enfoques que insisten en singularizar, fragmentar y universalizar aspectos contenidos en este proceso. De esta manera, Carvalho (2013) considera que las teorías del envejecimiento a la luz de la Gerontología se engloban en dos grandes vertientes: la francófona y la anglosajona. La primera considera los avances científicos y tecnológicos que aumentan la longevidad, prevaleciendo el modelo biomédico, cronológico y demográfico, que entiende el envejecimiento como un proceso marcado por pérdidas, deterioro fisiológico, orgánico y físico del organismo, lo que se traduce como el fallo de la vitalidad del ser humano, la incapacidad para trabajar y la improductividad (Teixeira, 2020).

En esta concepción, la clase trabajadora al envejecer vive la “tragedia del envejecimiento” debido a una premisa del sistema capitalista por la

cual ser viejo significa ser inútil para una sociedad que valora a quienes producen plusvalía, por lo que se ven obligados a experimentar involuntariamente el aislamiento social, el olvido del Estado por ser considerados improductivos y, consecuentemente, la pérdida de su autonomía como seres sociales.

La segunda vertiente sitúa los enfoques del envejecimiento dentro de contextos del ciclo de vida, como un proceso “en transición”, adaptación al cambio, como parte del ciclo de desarrollo humano, relacionado con la trayectoria de vida, los hábitos, así como actitudes y comportamientos de los individuos. De este modo, el foco se divide en un sesgo de percepciones, a veces positivistas, capaces de revertir la forma en que la sociedad en general ve a las personas mayores y el proceso de envejecimiento, especialmente señalando disfuncionalidades, discapacidades, enfermedades y dependencia.

En otras palabras, estamos diciendo que, desde esta perspectiva anglosajona, la imagen de las personas mayores como seres socialmente improductivos y como cargas familiares puede modificarse mediante un proceso de valoración de las mismas en la vida económica de los países y las familias. De esta manera, el rumbo, camino o trayectoria vital quedan individualizados, singularizados. Incluso esta vertiente, si bien considera el envejecimiento resultante y determinado por múltiples factores, no puede superar la perspectiva teórico-sistémica del todo como suma de las partes, que son integradas, funcionales e interdependientes. Además, se analiza al individuo como el único responsable capaz de frenar los efectos negativos del envejecimiento a través de cambios en hábitos, comportamientos y formas de vida (Teixeira, 2021).

En esta línea de pensamiento, para comprender el proceso de envejecimiento humano es necesario realizar un análisis basado en una contextualización del marco de las relaciones sociohistóricas, políticas y económicas del país, entendiéndolo como un proceso en el que intervienen condiciones objetivas (materiales) y subjetivas (sociabilidad) para su materialización cotidiana.

En este contexto, este capítulo se fundamentará en el método dialéctico materialista-histórico, que permite develar estas filiaciones teórico-metodológicas, así como sus limitaciones y posibilidades para explicar los conceptos elaborados en torno a la promoción del envejecimiento saludable y las cuestiones que implican el envejecimiento en tiempos capitalis-

tas, enfatizando la relación dialéctica y contradictoria entre los individuos que envejecen y la construcción social.

Por lo tanto, se propone problematizar desde una perspectiva crítica de la totalidad social las concepciones en torno a la promoción del envejecimiento saludable como un concepto que cuestiona el orden capitalista de producción de servicios de salud que ha perdido su radicalidad ante la generalización de la sobreexplotación, y de la relativa superpoblación de cuestiones relacionadas con el envejecimiento y la vejez humana.

El envejecimiento de la actual sociedad capitalista brasileña: análisis de aspectos demográficos sociales y políticos

Antes de entrar en el tema principal de debate de este subtítulo, es pertinente contextualizar el concepto de envejecimiento humano, que ha sido objeto de amplios debates en el campo de la producción científica sobre esta temática ya que, al tratarse de un área muy nueva, y por la naturaleza de su dimensión multidisciplinaria, se convierte en un tema complejo y disputado, lo que de alguna manera dificulta establecer consensos conceptuales que abarquen las múltiples determinaciones que conforman el objeto de nuestro estudio.

Según Carvalho (2013), el envejecimiento es un proceso que integra factores personales, económicos, comportamentales, culturales, sociales y de género, que determinan la forma en que se envejece. Para Fonseca (2006, en Carvalho, 2013: 5), "(...) esta noción va más allá de la explicación del envejecimiento como edad, como algo estático, e introduce explicaciones integradas y dinámicas asociadas al curso de vida de los sujetos".

En esta línea de pensamiento, para comprender la vejez es necesario contextualizarla en el marco de las relaciones sociohistóricas, políticas y económicas del país. Así, la vejez puede interpretarse como una expresión de la cuestión social relacionada con las condiciones objetivas (materiales) y subjetivas (sociabilidades) para su materialización cotidiana. De este modo, la complejidad de tal proceso se expresa en las diferencias y desigualdades presentes en estas condiciones, desmitificando la vejez como un proceso homogéneo y exclusivamente biológico, como se argumenta:

Sin embargo, aunque la vejez, como destino biológico, es una realidad trans-histórica, lo cierto es que este destino se vive de manera variable, según el

contexto social (...) La diferenciación de la vejez tiene otras causas: salud, familia, etc. Hay, sin embargo, dos categorías de ancianos, una extremadamente amplia y otra restringida a una pequeña minoría, y creadas por la oposición de explotadores y explotados. (de Beauvoir, 1990: 14-15)

Dicho esto, queda claro cómo el proceso de envejecimiento puede entenderse como un fenómeno humano y social, multifacético por expresiones sociales y múltiples significados culturales construidos en la sociedad, que solo adquieren inteligibilidad cuando se piensa desde la perspectiva del modo de producción capitalista. De esta manera, el modo de producción económico es una totalidad predominante para pensar el envejecimiento. En esta dirección, es posible entender que el lugar social de los miembros de una sociedad se basa en sus posiciones en relación con los medios de producción fundamentales existentes (Escorsim, 2021).

Suponiendo que la existencia de clases y la lucha de clases entre la burguesía y el proletariado son resultado de la Revolución Neolítica, no es difícil ver que esta nueva configuración basada en la lógica misma del capital tuvo grandes impactos en el proceso de envejecimiento, raíz del actual modelo corporativo. Desde este punto de vista, para comprender la cuestión del envejecimiento en la sociedad capitalista, como en el caso de Brasil, es esencial comprender la relación entre el capital y el Estado.

Si consideramos estos supuestos, en términos filosóficos, podríamos decir que existe una dependencia ontológica del Estado respecto del capital, lo que significa que la dimensión fundacional es el capital, siendo el Estado la dimensión fundada (Tonet, 2023: 49). En otras palabras, estamos diciendo que el Estado juega un papel bivalente en los intereses de las clases, a veces como garante de los intereses de las clases dominantes, a veces como promotor de políticas sociales compensatorias e inclusivas para las clases más vulnerables de la sociedad. De este modo, su verdadera tarea esencial reside en mediar en los conflictos entre las clases dominantes y también en servir como instrumento de legitimación y consolidación hegemónica que perpetúe las concesiones de la clase dominante, en palabras de Montaña (2007), creando un “amortiguador”, un colchón de conflictos.

La conclusión es muy simple: el contexto político y económico afecta directamente la forma en que las personas viven y envejecen. Por tanto, cualquier consideración sobre la cuestión del envejecimiento tiene

que tener en cuenta este hecho, ya que no es lo mismo llegar a la vejez como miembro de la aristocracia obrera que llegar como miembro del resto de los trabajadores (Tonet, 2023: 50).

En el territorio brasileño, la configuración del envejecimiento de la población solo adquiere inteligibilidad política si se explica a partir de estas relaciones de clase. En este sentido, datos de la Encuesta Nacional por Muestra de Hogares (PNAD) (IBGE, 2012) encontraron que en 2060, el porcentaje de la población de 65 años o más será del 25,5% (58,2 millones), mientras que, en 2018, esta proporción fue del 9,2% (19,2 millones) (Instituto Brasileño de Geografía y Estadística-IBGE, 2018).

Otro aspecto de la cuestión del envejecimiento que también ha recibido mucha atención es la de la feminización de la vejez, debida a la alta proporción de mujeres que viven, en promedio, siete años más que los hombres. Esto significa, en números, que los hombres de 60 años o más representaban el 5,7% de la población en 2012, y las mujeres, el 7,2%; en 2018, los hombres de este grupo de edad representaban el 6,8% y las mujeres el 8,6% (IBGE, 2019). Los datos de la tabla de mortalidad indican que los hombres tienen una esperanza de vida de 72,8 años y las mujeres, de 79,9 años (IBGE, 2018). Considerando que hay más mujeres mayores que hombres, tanto en el mundo como en Brasil, este hecho tiene un gran impacto en términos de políticas públicas, ya que un gran número de mujeres son viudas, viven solas, no poseen experiencia laboral en el mercado formal y tienen niveles educativos más bajos. Por tanto, una mayor longevidad femenina no siempre se considera una ventaja.

Asimismo, la proporción de la población mayor, es decir, de 80 años y más, aumentó un 47,8% (IBGE, 2012), observándose heterogeneidad dentro de este grupo de edad en la esperanza de vida: para los brasileños aumentó en promedio a 74,08 años; siendo los estados de Rio de Janeiro y Rio Grande do Sul los que presentan mayor número de personas mayores, en cambio, Amapá es el estado con menor porcentaje (7,2%). Proyecciones recientes indican que este segmento podría llegar a casi el 15% de la población brasileña en 2050.

Otro fenómeno destacado por la PNAD (IBGE, 2012) fue el aumento de la autodeclaración de negros y pardos en el período comprendido entre 2012 y 2017. Ambos grupos crecieron considerablemen-

te: los que se declararon negros pasaron del 7,4% al 8,6%; los pardos del 45,3% al 46,8%. No obstante, la población negra envejecida representa la mayor porción de analfabetos, correspondiendo a un promedio de seis millones de ancianos que no saben leer ni escribir en el norte y noreste del país (IBGE, 2019).

Bajo una visión más amplia, se advierte que el aumento de la esperanza de vida es una construcción social, resultado de factores intrínsecos y extrínsecos permeados por prejuicios y desigualdades sociales, condicionados por la pobreza, el racismo, el sexismo y el edadismo producido durante la formación social, situación política y económica de Brasil, que impiden que el proceso de envejecimiento siga una forma lineal, por lo tanto, no todas las poblaciones han tenido el mismo éxito en términos de longevidad. Esto se corrobora con los siguientes datos que muestran que: examinando los índices nacionales de Gini –reconocido como indicador de la desigualdad de ingresos– calculados por el Banco Mundial, Brasil ocupa los primeros lugares de la desigualdad mundial, además de tener el primer puesto entre varios países latinoamericanos con mayor concentración de ingreso del mundo (GINI, 2022). Sin embargo, el principal problema es la forma abstracta y poco expresiva en que el índice de Gini presenta el fenómeno de la concentración del ingreso en una población determinada.

Paralelamente, en cuanto a derechos y políticas sociales conquistados históricamente, el panorama no es alentador; las personas mayores más pobres tienen mayores dificultades para acceder a los servicios de salud, aun cuando la cobertura de estos servicios es adecuada (Gornick *et al.*, 1996; Pinheiro y Travassos, 1999; Lima-Costa *et al.*, 2018). Además, el 70% de las personas mayores presentan al menos una patología crónica (Silva *et al.*, 2012), de modo que el 75,3% del total de nuestros adultos mayores de más edad depende exclusivamente del Sistema Único de Salud (SUS). Es evidente la realidad de un país desigual donde la equidad, uno de los principios constituyentes del Sistema de Salud brasileño, está lejos de ser alcanzada.

Por último, pero no menos importante, cabe destacar que, según un estudio publicado por la consultora británica Economist Intelligence Unit (EIU), Brasil es considerado uno de los peores países para morir, estando atrás de otros como Uganda y Ecuador, lo que lo coloca en el lugar 42 en una escala de ranking de 80 países, precisamente porque tiene un bajo nivel de preocupación por la calidad de la muerte.

Por tanto, se entiende que, si bien el duelo es un proceso individual y único, existen factores sociales que inciden en él. En un país en el que “una epidemia silenciosa mata de hambre a casi 5.000 personas mayores al año” (Martins, Ribeiro y Lázaro, 2018), se corrobora a niveles macroestructurales la “vejez trágica” que experimenta la gran mayoría del proletariado; así queda en evidencia cómo la situación socioeconómica juega un papel central en la determinación de la salud de los individuos y las poblaciones (Marmot y Wilkinson, 1999; Berkman y Kawachi, 2000; Nunes *et al.*, 2001; Duarte *et al.*, 2002).

Este panorama señala como problemática la falta de contextualización de las políticas actuales dirigidas a esta población, en las que se percibe la precariedad, la falta de financiación, las contingencias de recursos y las tensiones no resueltas, las ambigüedades y controversias que dificultan delinear el verdadero enfoque de lo que debería ser la promoción de la salud.

Reflexiones sobre la promoción del envejecimiento saludable y el modo de producción capitalista: un análisis necesario sobre la clase trabajadora

Ante el escenario presentado, que señala el aumento del grupo de personas mayores, la promoción de la salud en torno al envejecimiento y la vejez pasó a ocupar un lugar destacado debido a la ampliación de los estudios y políticas públicas para este grupo poblacional. Se parte de enfoques ahistóricos y fragmentados, llenos de contradicciones que les son intrínsecas, que esconden diversas preguntas y reflexiones, producto de prejuicios que aún se reflejan en la forma en que la propia sociedad capitalista contemporánea termina etiquetando a las personas mayores de 60 años, que actualmente integran los lineamientos de políticas de atención a las personas mayores a nivel internacional.

Traemos este tema a debate para analizar el marco de la promoción del envejecimiento saludable (como política pública) para las personas mayores; también intentamos hacer una analogía de esta política desde un punto de vista ontológico, a la luz del pensamiento marxista, porque entendemos que el envejecimiento de la subalternidad de clase proletaria es una expresión de la agudizada desigualdad social entre clases sociales antagónicas, generada por el modo de producción capitalista.

Haciendo un análisis desde la perspectiva anglosajona, la promoción de la salud llega al encuentro teórico-metodológico del origen de los modelos de envejecimiento saludable: el modelo de envejecimiento exitoso y el modelo de envejecimiento activo propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2005). Con esta comprensión, las políticas públicas han enfatizado el significado positivo del envejecimiento. Según Teixeira (2021), incluso si se tienen en cuenta otros determinantes sociales y culturales, la autodeterminación atribuida al individuo va más allá de las relaciones de poder, las estructuras ideológicas, sociales, políticas, económicas y culturales, especialmente en términos de tipo psicosocial, que se centran en el estado mental del individuo y en la adaptación y ajuste a cada etapa del ciclo vital y la edad.

Definido por la OMS como el “proceso de desarrollo y mantenimiento de la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez” (OMS, 2005), el concepto de envejecimiento saludable surge a raíz de nuevos modelos de políticas públicas ancladas en el proceso de desregulación del Estado. En este concepto se aborda la capacidad funcional, la cual puede entenderse como la asociación de la capacidad intrínseca del individuo, los aspectos ambientales relevantes y las interacciones entre el individuo y estas características; por otro lado, se consideran la capacidad intrínseca, es decir, la articulación de capacidades físicas y capacidades mentales (incluidas las psicosociales) y el contexto de vida en el que se incluyen las relaciones sociales contenidas dentro de las características ambientales. Por lo tanto, el bienestar es singular y está impregnado de aspiraciones subjetivas, incluidos sentimientos de logro, satisfacción y felicidad (ibídem).

En esta línea de pensamiento, la comprensión de la promoción del envejecimiento saludable propuesta por la OMS es integral y relevante para todas las personas mayores. Esta perspectiva de abordaje surge como una alternativa al paradigma francófono centrado en la pérdida y el declive, que se resume en la visión de que el envejecimiento tiene características negativas que pueden ser modificadas por el propio individuo a través de cambios de hábitos y la adherencia a un estilo de vida saludable, incluso para aquellas personas que viven con la experiencia de enfermedades crónicas, no restringiéndose a la funcionalidad de las personas mayores, sino en un proceso que posibilitará la construcción de habilidades que les permitan vivir el envejecimiento de la mejor manera posible (Beard *et al.*, 2016).

Podemos decir que la política de envejecimiento saludable tiene un carácter contradictorio, por un lado, constituye la expresión de la conquista de un conjunto de derechos, que apuntan a brindar mejores condiciones de vida al trabajador, mientras que, por el otro, es perverso para la misma clase, ya que intensifica el proceso de explotación del trabajador a través del trabajo.

Carvalho (2013: 11) llama la atención sobre el hecho de que desde la perspectiva de entender la promoción del envejecimiento saludable, este modelo “(...) no niega el aspecto negativo del envejecimiento, sino que lo concibe como algo que debe prevenirse y actuar en el sentido de capacidad y agencia individual –cambio en la estructura social–”. De esta manera, se destaca el papel de las políticas públicas, como títeres que operan en la mediación de un conjunto de derechos y garantías de los viejos trabajadores, ocultando, por otro lado, los verdaderos intereses antagónicos innegociables que estimulan el mantenimiento del capital. Por tanto, no garantizan sus prerrogativas.

Esta ideología enmascara el desmantelamiento del Estado Social, ocultando los verdaderos intereses económicos subyacentes contenidos en la reducción de costos en el sistema de salud, alineados con las ideas neoliberales contemporáneas. Por lo tanto, se afirma que la humanización de la salud como política pública, de protección social del trabajador es la expresión de conquistas históricas de la clase trabajadora en el mundo –si bien es una estrategia de control de la fuerza laboral de esta clase, condición que favorece la explotación– ya que son ganancias derivadas de procesos de luchas sociales históricas.

Gil (2013), por su parte, hace críticas pertinentes a la falta de contextualización de esta política de salud, basando su análisis en las tres dimensiones contenidas en el modelo abordado por la OMS que parte de: oportunidad para la salud, participación y seguridad para el envejecimiento activo. En este caso, señala el tema de la seguridad como viciado, ya que su enfoque se limita solo a acciones de prevención de caídas, violencia, malos tratos que, si bien son importantes, desconocen la seguridad social, por lo que no es suficiente para garantizar la seguridad y la protección integral de las personas mayores. En el mismo sentido, la participación se asocia con la permanencia en el trabajo, el aumento del tiempo de trabajo y la inserción en actividades. Así, podemos afirmar que tanto la promoción del envejecimiento saludable (política pública) –como forma de protección

social para las personas mayores—, como el envejecimiento precario de la clase trabajadora son expresiones del modo de producción capitalista, que se ha convertido en una forma de sociabilidad. Esto se debe a que es en esta etapa de la vida (vejez) cuando las contradicciones del capitalismo más se amplifican, a raíz de que es este público el que más sufre el proceso de la expropiación de los medios de producción con los que convivió a lo largo de la vida, provocando la desvalorización de los adultos mayores en la sociedad del capital.

De esta manera, el enfoque conceptual del envejecimiento saludable aparece como una nueva propuesta como tantas otras impulsadas por la OMS que, en esencia, solo cambian la apariencia para mantener la individualidad de otras propuestas anteriores, pero que en realidad suponen un retroceso en todas las políticas direccionadas a esta población por la forma en que fragmenta el ser social. En este orden de ideas, Monteiro señala que:

Desde el momento en que las expresiones de la cuestión social y la lucha de la clase trabajadora por mejores condiciones de vida y de trabajo se convirtieron en una amenaza al orden establecido, las manifestaciones de la cuestión social pasaron a ser objeto de la intervención estatal, aunque sea mínima y puntual, durante la fase competitiva del capitalismo. Sin embargo, el Estado sólo empezó a intervenir de manera más sistemática en la fase monopolista del capitalismo, a través de políticas sociales. (Monteiro, 2020)

A pesar de que la humanización en salud es parte de un conjunto de derechos que benefician directamente al trabajador, esta fue proyectada por la burguesía, a través del Estado —organismo mediador en los conflictos de clases sociales antagónicas, cuyo fin último siempre favorece a la clase burguesa— (en su fase monopolista), para garantizar a los trabajadores condiciones laborales “mínimas”, para que siguieran trabajando sin cuestionamientos, asegurando así la acumulación de riqueza.

Por tanto, la promoción del envejecimiento saludable emerge como un conjunto de derechos diseñados “cuidadosamente” para responder a las expresiones de la cuestión social, de manera de garantizar así la continuidad e intensificación del proceso de explotación laboral, a través del trabajo asalariado precario y de servicios públicos “básicos” y con ello el mantenimiento de un capitalismo que se identifica casi con la esclavitud.

En esta perspectiva, la persona mayor perteneciente a la clase pro-

letaria tendrá una vejez insalubre y trágica, de ahí que se justifique que existan varias vejezes, según Teixeira (2021). Por tanto, las soluciones para la promoción del envejecimiento saludable desconocen las diversas limitaciones y contradicciones producidas por el modo de producción capitalista en el que está inserto el sujeto.

En el proceso de producción de ideologías, la teoría del envejecimiento en la sociedad capitalista pretende reproducir el orden, a través del positivismo y el neopositivismo arraigados en el mismo orden. Según Carvalho,

(...) la perspectiva francófona sobre las teorías del envejecimiento en gerontología, con el objetivo de enfatizar los aspectos del modelo biológico, cronológico y demográfico, donde se destacan la incapacidad de continuar trabajando, las transformaciones físicas, la pérdida de roles sociales, con el Estado comprometido a proteger estas personas, socializando los costos del envejecimiento de un segmento que participó en la creación de riqueza en esa misma sociedad, con su trabajo en el vigor de sus fuerzas físicas. Esta comprensión del envejecimiento que acentúa los aspectos negativos y de desprotección social cuando las personas mayores pierden el valor de cambio de su fuerza laboral, así como las luchas de la clase trabajadora y otras luchas sociales, fueron fundamentales para la inserción del envejecimiento en la agenda pública y gubernamental y por la creación de políticas públicas para proteger a las personas mayores que no pueden vivir del trabajo. Esta difusión dio lugar a políticas de seguridad social, especialmente para las personas mayores, como políticas de transferencia de ingresos monetarios, ya sean jubilaciones, pensiones, prestaciones asistenciales, así como asistencia social, y una variedad de servicios sociales, entre ellos las instituciones de asilo, que son el origen del Estado de bienestar y la construcción de sistemas de protección social gestionados y administrados por el Estado y financiados por la sociedad en su conjunto. (Carvalho, 2013 en Teixeira, 2021: 76-77)

Si tenemos en cuenta la perspectiva ontológica de esta realidad, veremos que el envejecimiento es la síntesis de múltiples determinaciones, cuya intervención por parte del Estado debe realizarse con la estrategia de la multisectorialidad. Es por ello que Teixeira como una forma de criticar la visión anterior, señala que:

Se trata de análisis generalistas que abordan el envejecimiento de forma homogénea, como si todos envejecieran de la misma manera y en las mismas

condiciones. Es decir, se parte de la noción de que el tiempo homogeneiza los problemas vividos (salud física y mental, falta de recursos, vínculos familiares, entre otros), ya que parte de una base común, los determinantes biológicos. (Teixeira, 2021: 77)

Por tanto, con esta visión positivista, todos los problemas sociales derivados de la edad estaban vinculados a la juventud. A diferencia de la perspectiva de totalidad, por la cual el envejecimiento es visto como un proceso heterogéneo, multidimensional, condicionado por múltiples determinaciones, la perspectiva francófona aborda el envejecimiento como un proceso homogéneo, determinado únicamente por aspectos biológicos o cronológicos, intrínsecos a la edad. Esta perspectiva deja claro que basta con envejecer para que el ser humano presente variados problemas.

Evidentemente, en la sociedad capitalista, donde lo fundamental para la clase burguesa es la producción continua de riqueza por medio del proceso de explotación del trabajador a través de su fuerza de trabajo, la persona mayor es vista como un obstáculo, ya que no tiene el poder suficiente para trabajar en pos del mantenimiento del capital, por lo que se lo descarta al perder su valor de uso/intercambio con la edad. En este sentido, Netto y Braz sostienen que:

(...) la creación de valor opera en el tiempo de trabajo necesario; la valorización tiene lugar en el tiempo de trabajo excedente. Así, por falta de mano de obra por limitaciones físicas, discapacidad psicológica generada por las desigualdades sociales, los trabajadores pierden su valor de uso en la sociedad capitalista. (2011: 124)

Como lo evidencia Lukács (2018), el trabajo es la categoría fundacional del ser social. Por tanto, al envejecer, el trabajador pierde valor para el capital, lo que no significa que deje de ser explotado. Por lo tanto, la persona mayor pasa a pertenecer a la clase proletaria pero ya no se lo considera valioso, una vez que ha superado la edad definida para la producción activa, ahora está separado del sistema productivo y ya no satisface las demandas del mercado, quedando así a merced del Estado.

De tal modo, el envejecimiento de esta clase estará condicionado no solo por factores biológicos, sino también por múltiples determinantes, ya sean sociales, económicos, psicológicos o políticos. De ahí que se pueda afirmar que la forma en que envejecerá un individuo perteneciente a la clase burguesa será completamente distinta a la que se dará en un indivi-

duo perteneciente a la clase trabajadora, porque “...es necesario reconocer que la existencia humana no está dada por el deseo individual de los sujetos, pero sí, condicionada por su ubicación en la sociedad de clases, ya sea como comprador o vendedor de fuerza de trabajo” (Farage, 2023: 28). Así, con el proceso de envejecimiento, el trabajador es visto como improductivo y ya no sirve a los intereses del capital, puesto que se lo considera incapaz de producir y reproducir el sistema.

Frente a la densidad del debate, cuya apreciación más profunda va más allá de los límites de este trabajo, se puede remarcar que persisten muchas limitaciones en torno al conocimiento científico que informa la Promoción de la Salud (problematización sobre el “riesgo”), la distancia entre la retórica y la realidad (discurso global y acciones específicas), la imposición de valores culturales, la utopía de la salud perfecta y el neohigienismo (Castiel, 1999; Nogueira, 2001; Carvalho, 2004).

Consideraciones finales

Sin duda, el nuevo paradigma de promoción del envejecimiento saludable tiene en su síntesis la negación de la vejez como expresión de la cuestión social y la responsabilidad pública, lo que se muestra a través de sus políticas y programas cargados de ideología. En este sentido, es una necesidad de carácter urgente superar el mundo de lo pseudoconcreto con relación a las personas mayores a fin de ultrapasar enfoques que las encuadran como un simple fenómeno natural individualizado, lo que impide superar la visión sistémica y funcionalista del envejecimiento y sus determinantes. De esta manera, el actual escenario que se vivencia necesita ser analizado para entender cómo se puede experimentar el envejecimiento en un momento histórico determinado.

Referencias bibliográficas

Beard, J. R.; A. Officer; I. A. de Carvalho; R. Sadana; A. M. Pot; J. P. Michel *et al.* (2016). The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. *Lancet*. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4848186/pdf/nihms-737759.pdf>

- Beauvoir, S. de (1990). *A velhice*. Franco Monteiro, M. H. (trad.). 2ª ed. Rio de Janeiro, Nova Fronteira.
- Berkman, L. F. e I. Kawachi (2000). *Social epidemiology*. Oxford, Oxford University Press.
- Castiel, L. D. (1999). *A medida do possível: saúde, risco e tecnociências*. Rio de Janeiro, Fiocruz.
- Carvalho, M. I. de (2013). *Um percurso heurístico pelo envelhecimento. Serviço social no envelhecimento*. Lisboa, Pactor.
- Carvalho, S. R. (2004). “As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social”. *Ciência e Saúde Coletiva*, Vol. 9, Nº 3: 669-677. Rio de Janeiro.
- Duarte E. C. et al. (2002). *Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil: um estudo exploratório*. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde.
- Escorsim, S. M. (2021). “O envelhecimento no Brasil: aspectos sociais, políticos e demográficos em análise”. *Serviço Social & Sociedade*, (142): 427-446. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.258>.
- Farage, E. (2023). “A conjuntura e o trabalho de assistentes sociais: elementos para a construção da análise de conjuntura no cotidiano profissional”. En Horst, C. H. M.; T. Freire; M. Anacleto y Conselho Regional de Serviço Social Minas Gerais (orgs.). *A dimensão técnica-operativa no trabalho de assistentes sociais*, pp. 25-42. Belo Horizonte, CRESS.
- Gil, A. P. (2013). “Voluntariado ou trabalho de cuidados na esfera familiar? controvérsias em torno do envelhecimento ativo”. En de Carvalho, M. I. (org). *Serviço Social no Envelhecimento*. Lisboa, Pactor.
- GINI index. [Washington, DC]: World Bank Group. Disponible en: <https://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.GINI>.
- Gornick, M. E.; P. W. Eggers; T. W. Reilly; R. M. Mentnech; L. K. Fitterman; L. E. Kucken y B. C. Vladeck (1996). “Effects of race and income on mortality and use of services among medicare beneficiaries”. *New England Journal of Medicine*, 335: 791-799.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2012). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Disponible en: https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2012/default_sintese.shtm. Consultado: 02/07/2023.
- . (2018). *Agência IBGE, projeção da população 2018: Número de habi-*

- tantes do país deve parar de crescer em 2047*. Disponible en: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/21837-projecao-da-populacao-2018-numero-de-habitantes-do-pais-deve-parar-de-crescer-em-2047>. <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/21837-projecao-da-populacao-2018-numero-de-habitantes-do-pais-deve-parar-de-crescer-em-2047>.
- . (2019). *Pesquisa nacional por amostra de domicílios contínua. Características gerais dos domicílios e dos moradores 2018*.
- Instituto de Pesquisa Econômica aplicada (2010). Comunicados do IPEA: *Tendências demográficas*, Nº 64.
- Lima-Costa, M. F.; H. L. Guerra; J. A. O. Firmo; P. G. Vidigal; E. Uchoa y S. M. Barreto (2002). “The Bambuí Health and Ageing Study (BHAS): Private health plan and medical care utilization by older adults”. *Cadernos de Saúde Pública*: 177-186.
- Lukács, G. (2018). *Para uma ontologia do ser social*. Maceió, Coletivo Veredas.
- Montaño, C. (2007). *A natureza do serviço social: um ensaio sobre sua gênese, a “especificidade” e sua reprodução*. San Pablo, Cortez.
- Marmot, M. y R. G. Wilkinson (1999). *Social determinants of health*. Oxford, Oxford University Press.
- Martins, R. M.; A. Ribeiro y J. Lázaro (eds.). (2018). “Uma silenciosa epidemia mata de fome quase 5 mil idosos por ano no Brasil”. *The Intercept_Brasil*. Disponible en: <https://theintercept.com/2018/05/25/5-mil-idosos-morrem-de-fome/>
- Monteiro, A. A. (2020). *Serviço social, Estado e Políticas sociais em Angola: Mediações teórico-metodológicas*. Manaus, Alexa Cultura.
- Netto, J. P. y M. Braz (2011). *Economia política: uma introdução crítica*. San Pablo, Cortez.
- Nogueira, R. P. (2001). “Higiomania: obsessão com a saúde na sociedade contemporânea”. En Vasconcelos, E. M. (org.). *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde*, pp. 63-72. San Pablo, Hucitec.
- Nunes, A.; J. R. S. Santos; R. B. Barata y S. M. Vianna (2001). *Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento*. Brasília, Organização Pan-Americana de Saúde, Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas.

- Organización Mundial de la Salud-OMS (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde/World Health Organization*. Gontijo, S. (trad.). Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde.
- Pinheiro, R. S. y C. Travassos (1999). “Estudo da desigualdade na utilização de serviços de saúde por idosos em três regiões da cidade do Rio de Janeiro”. *Cadernos de Saúde Pública*, 15: 487-496.
- Silva, R.; O. F. Schmidt y S. Silva (2012). “Polifarmacia em geriatria”. *Revista da AMRIGS*, 56 (2): 164-174, abril-junio. Porto Alegre.
- Teixeira, S. M. (2021). “Envelhecimento em contexto de superexploração e contrarreformas”. *Serviço Social & Sociedade*, (142): 447-466. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.259>.
- . (2020). “Envelhecimento, família e políticas públicas: em cena a organização social do cuidado”. *Serviço Social & Sociedade* [online]. (137): 135-54, enero. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.205>.
- Tonet, I. (2023). *O envelhecer da classe trabalhadora: luta e resistência diante dos ataques aos direitos conquistados*. San Pablo, UNESP.

Políticas sociales de asistencia a las personas mayores en Argentina, Uruguay y Brasil

Adriana de Oliveira Alcântara y Solange Maria Teixeira

Introducción

Las sociedades capitalistas occidentales avanzan hacia una situación de déficit o crisis de los cuidados. Por un lado, el contexto de reducción del tamaño de las familias; la incorporación masiva de la mujer al mercado laboral; los cambios demográficos, especialmente en relación con las personas mayores. Además, las transiciones epidemiológicas, con cambios en el patrón de enfermedades infecciosas a enfermedades crónicas degenerativas, que aumentan las posibilidades de que las personas mayores necesiten cuidados de terceros y el aumento del número de personas mayores de 80 años, incrementan las demandas de cuidados. Por otro lado, el Estado capitalista, que en el siglo XX creó políticas públicas para cubrir diversos riesgos que padecen los individuos y las familias, viene sufriendo transformaciones y reestructuraciones, reduciendo el alcance de las políticas sociales, en un contexto de restricciones presupuestarias y austeridad neoliberal.

Esta crisis hace urgente conocer las experiencias de diferentes países sobre políticas de atención a las personas mayores, especialmente en América Latina, orientadas a conciliar la vida familiar y comunitaria con la atención especializada en el hogar o en unidades públicas de atención.

Surge la siguiente problematización: ¿cuáles son las similitudes y diferencias entre las políticas de cuidado de las personas mayores en América Latina, centrándonos en una muestra de tres países, Argentina, Uruguay y Brasil? ¿Cómo comparten el cuidado los distintos actores e instituciones de estos países, conformando una nueva organización social del cuidado? ¿Refuerzan o superan el familismo de las políticas sociales?

En esta perspectiva, el artículo tiene como objetivo analizar las diferentes experiencias de políticas de atención a las personas mayores

en América Latina, con una muestra de tres países: Brasil, Argentina y Uruguay, destacando el potencial de innovación y atención a las demandas de las personas mayores dependientes. La tesis que se plantea apunta a que, a pesar de la importancia y el reconocimiento de esas políticas, incluso en la legislación, ellas refuerzan los servicios privados y el cuidado familiar, debido a la retracción de las atribuciones del Estado en la ejecución de los servicios.

Este es un artículo resultante de una investigación cualitativa, bibliográfica, documental y con uso de datos secundarios. Las referencias fueron escogidas intencionalmente para profundizar el tema y atender al problema de investigación. Para alcanzar los objetivos propuestos, el artículo se organizó en dos partes en las que se discute, inicialmente, la vejez con dependencia, sustancialmente demarcada por las relaciones de género, raza/etnia y clase social y, finalmente, las políticas de cuidado implementadas en Argentina, Uruguay y Brasil.

Envejecimiento y ancianidad con dependencia

La longevidad ha sacado a la luz debilidades que antes tenían poca visibilidad e incidencia, como las enfermedades crónico-degenerativas y su agravamiento, generando situaciones de dependencia total o parcial de las personas mayores.

Esto se debe a que el aumento de la esperanza de vida es consecuencia de la transición epidemiológica, con una reducción de la prevalencia de las enfermedades infecciosas frente a una expansión de las enfermedades crónico-degenerativas, que pueden agravarse y generar la necesidad de cuidados especiales.

Como ejemplo, las webs médicas señalan que, con el aumento de la esperanza de vida, se espera que los casos de demencia aumenten un 278% de aquí a 2050.¹ Los expertos muestran que en los países del norte de Europa la enfermedad se ha controlado e incluso ha ido disminuyendo, a diferencia de Brasil. Los países de renta baja y media son los más susceptibles, así como las clases más pobres, lo que está directamente relacionado con las condiciones de vida, de trabajo, de salud y de acceso a las políticas sociales.

1 Véase <https://medicinas.com.br/demencia-brasil-2050/>

Las situaciones y los procesos de vejez dependiente están determinados o condicionados por diversas variables, entre ellas la clase social, el género y la raza/etnia, expresadas en elementos como la renta, la educación, el sexo, el color de la piel, entre otros. Con el acelerado envejecimiento demográfico en los países en desarrollo y el aumento de la supervivencia después de los 60 años, se incrementan las posibilidades de que una persona mayor con múltiples comorbilidades necesite cuidados a largo plazo.

Según Camarano (2021a, 2012b) varios estudios muestran la alta prevalencia de morbilidades múltiples en la población de mayor edad, lo que siempre se ha considerado un grave problema de salud pública. El promedio de enfermedades aumenta con la edad y es significativamente mayor entre las mujeres, que registran patologías cardiovasculares, diabetes, obesidad, entre otras, todas las cuales aumentan las posibilidades de empeoramiento y dependencia de cuidados de terceros si no son tratadas.

En América Latina, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2019), “el número de personas que requerirán cuidados a largo plazo se triplicará con creces en la región en las próximas tres décadas. Pasará de los ocho millones actuales a entre 27 y 30 millones en 2050”. Estudios longitudinales han observado y detectado el perfil de las personas mayores con dependencia.

La investigación de Batista *et al.* indica que las personas mayores son vulnerables debido a la fragilidad y a las comorbilidades. Los más frágiles son los que:

Tienen más de 80 años; viven solos; son mujeres, especialmente solteras y viudas; viven en instituciones; están socialmente aislados; no tienen hijos; tienen limitaciones o discapacidades graves; son parejas en las que uno de los cónyuges está discapacitado o enfermo; y/o tienen escasos recursos (Batista *et al.*, 2008: 16).

La Política Nacional de Salud para las Personas Mayores (PNSPM) añade la siguiente caracterización de los mayores frágiles:

Viven en un ILPI (Instituições de Longa Permanência para Idosos), han sido hospitalizados recientemente por cualquier motivo, padecen enfermedades que se sabe que causan discapacidad funcional –ictus, síndromes de demencia y otras enfermedades neurodegenerativas, alcoholismo, neoplasia terminal, amputaciones de miembros–, tienen al menos una discapacidad funcional básica o sufren violencia doméstica. Por criterio de edad, la litera-

tura establece que los ancianos de 75 años o más también son frágiles. Otros criterios pueden ser añadidos o modificados de acuerdo con las realidades locales. (Brasil, PNSPM, 2006).

Las personas de edad avanzada dependientes tienen dificultades para realizar las Actividades Básicas de la Vida (ABVD), que engloban las tareas de autocuidado: baño, vestimenta, higiene personal, comida, caminata; y las Actividades Instrumentales de la Vida (AIVV), dirigidas al desarrollo personal y social, percibidas como tareas prácticas (ir de compras, preparar comidas, ocuparse de sus propias finanzas, relacionarse, conservar su integridad y seguridad) que afectan su independencia y autonomía.

En entrevista con Ortega (2020), Stampini, coautora de la publicación *Envejecer con cuidado: Atención a la dependencia en América Latina y el Caribe*, destaca que ocho millones de personas mayores tienen dependencia funcional en esta región. La proyección para 2050 es que superen los 27 millones. De ahí la urgencia de crear políticas de cuidados, algo todavía embrionario, a excepción de Uruguay, Argentina, Chile y Costa Rica, que ya han puesto en marcha sus sistemas de cuidados de larga duración.

En Argentina, según el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, realizado por el INDEC (2010), el 15,9% de la población mayor era dependiente. Apoyando los datos del INDEC de 2014, Lehner y Strada (2022) afirman que, independientemente del tipo de dependencia, las familias asumen principalmente las tareas de cuidado, “ya que el 77,4% de las personas mayores recibe ayuda para actividades básicas y el 78,5% para actividades instrumentales”. Le siguen los trabajadores domésticos o cuidadores sin especialización. El vecindario colabora esporádicamente y, por último, escasean los cuidadores especializados.

El aumento de la dependencia tanto para las actividades de la vida diaria como para los cuidados instrumentales aumenta a medida que las personas envejecen y suele ser más intenso entre las mujeres: “Por ejemplo, en el grupo de mujeres de 75 y más años, el 49% declara tener algún tipo de dependencia instrumental” (ibídem).

En Uruguay, el 20% de la población tiene más de 60 años, una de las tasas más altas de América Latina. Berriel, Fernández y Rodríguez (2011) afirman que casi el 40% de las viviendas del país cuenta con al menos una persona mayor entre sus residentes. Por lo tanto, la vejez en este país es una realidad propicia para el debate permanente de tal condición, siendo imposible su negación (ibídem).

Con respecto a la dependencia, Bellomo y Núñez (2022: 48) en la publicación *Medición de la dependencia en el Uruguay: contexto y estimación de la prevalencia*, indican que varían entre el 5 y el 17% de la población mayor, considerando el tipo de dependencia y los indicadores utilizados:

Utilizando los datos de las dos oleadas de la Encuesta Longitudinal de Protección Social (2013 y 2015), parece que la prevalencia varía entre el 5% y el 17% de las personas de 60 años o más, dependiendo del indicador utilizado. Todos los indicadores muestran que la dependencia aumenta con la edad y que se hace especialmente prevalente entre las personas de 85 años o más.

En Brasil, la Encuesta Nacional de Salud del IBGE de 2013 señala, según Camarano (2021: 223) que el 15,6% de la población de personas mayores tiene algún tipo de dependencia:

(...) 4,1 millones de personas de 60 años o más declararon tener alguna dificultad en al menos una de estas actividades (bañarse, ir al baño y comer solo), lo que corresponde al 15,6% de la población brasileña de edad avanzada. De ellos, cerca de 2,4 millones (60%) eran mujeres y el 30,5% tenían más de 80 años. En cuanto a la necesidad de cuidados, 2,2 millones declararon tenerla, siendo la mayoría, 62,5%, mujeres, o sea, 55,6% de esta población.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2019) prevé que para 2030 habrá cien millones más de personas mayores que necesitarán cuidados. Urge la primacía del Estado en la conducción de las políticas públicas y sociales, para no legitimar ni alentar el retorno de la filantropía, para resolver la cuestión de la desigualdad bajo la apelación de la solidaridad social o la mercantilización para quienes puedan pagarla, ni el familismo, que apuesta a que las familias (dígase las mujeres de las familias), independientemente de las condiciones de vida y las vicisitudes de los vínculos, encontrarán la manera de hacerse cargo de sus mayores.

Frente al déficit de cuidados, aparece un fenómeno que implica, a lo largo de la década de 2000, a una serie de actores e instituciones que comparten responsabilidades, llamado organización social del cuidado, para romper con la lógica de que esto es cosa de familias y mujeres, una complejización de las fronteras entre lo público y lo privado, “consagrando la vitalidad del campo de la economía del cuidado dentro de la llamada economía feminista” (Guimarães e Hirata, 2020: 40) que muestra su necesidad como universal y vital para la vida humana en sociedad.

Razavi (2007) denominó a este grupo de actores el “diamante del cuidado”, relacionándolo con la figura de un diamante, metáfora que ha alcanzado una importante visibilidad: en cada vértice, el Estado, el mercado y las Organizaciones Sociales No Gubernamentales (ONG) son responsables del cuidado permanente, tanto de niños como de personas mayores.

Algunos autores del continente defienden esta organización social de los cuidados. Sin embargo, como señala Abrahamson (2004), la economía mixta del bienestar social o pluralismo de bienestar social es un proceso de desregulación del Estado, reduciendo sus responsabilidades con la protección social, aunque continúa regulándola y financiándola.

Así lo afirman Costa y Carvalho al señalar las consideraciones del neoliberalismo en América Latina:

Argentina, Uruguay y Brasil se han convertido en claros ejemplos de que las políticas económicas ortodoxas no han sido abandonadas, aunque las políticas sociales se han expandido bajo los llamados gobiernos progresistas. Este debate nos anima a conocer las políticas de atención social en América Latina, especialmente en estos tres países enumerados y las aproximaciones y diferencias entre ellas, innovaciones, entre otras. (2019: 12)

Políticas de asistencia social en Argentina, Uruguay y Brasil

En 2015, la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos (OEA) confirmó la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, resultante de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (Madrid, 2002), que por primera vez incluyó el derecho al cuidado y, por lo tanto, la responsabilidad de los Estados. Como explica Borgeaud-Garciandía (2020), surge un marco general en el que el cuidado, desde la invisibilidad histórica, comienza a tener expresión en la agenda pública, como instrumento político orientado a cambios significativos.

Sin embargo, cabe destacar que Argentina fue el primer país de América Latina en legislar sobre los derechos de las personas mayores. Ya en 1948, el país formuló la Declaración de los Derechos de las Personas Mayores, presentada ante la ONU y, al año siguiente, incorporada a la Constitución Nacional, sufriendo reformas a lo largo de los años. En

la década de 1990, adoptó varios protocolos internacionales de derechos humanos, que también se incluyeron en la Constitución. En cuanto al Ministerio de Salud, en 2007 se creó el Programa Nacional de Envejecimiento Activo y Salud para Adultos Mayores.

Entre los servicios de atención a las personas mayores, se destacan los siguientes: consultas médicas a través del PAMI (Instituto Nacional de Seguridad Social para Jubilados y Pensionados); Cuidadores Domiciliarios (mixto no contributivo y contributivo); instituciones dedicadas al cuidado de personas mayores (públicas, privadas, comunitarias o mixtas); atención geriátrica de personas mayores: Unidades Asistenciales, Hogares, Residencias Tuteladas o Protegidas, Hogares de Día, Centros de Media y Larga Estadía, Centros de Rehabilitación, Hogares de Ancianos y Hospitales Generales con unidades geriátricas. La financiación se realiza a través de recursos de la Seguridad Social, como las pensiones, pero incluye recursos no contributivos y de mercado.

El documento publicado en 2018 por UNICEF, titulado “Políticas de cuidado en Argentina: avances y desafíos”, enumera las instituciones a cargo de las políticas de cuidado que se ofrecen a la población mayor, así como la protección social en general y los organismos responsables del financiamiento:

A nivel nacional, se encuentran la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES), o Instituto Nacional de Asistencia Social a Jubilados y Pensionados (INSSJYP-PAMI), la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores (DINAPAM), la Comisión Nacional de Seguridad Social, la Secretaría de Seguridad Social del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social y el Consejo Federal de la Tercera Edad. “Algunos de ellos cuentan con oficinas a nivel provincial y local, mientras que otros implementan sus programas en coordinación con organizaciones locales.” (UNICEF, 2018: 61)

Este documento señala la necesidad de intensificar los recursos financieros y humanos de la DINAPAM para mejorar sus acciones en torno a las políticas para la vejez. Sin embargo, hay registros de que en los gobiernos kirchneristas (2003-2015) los recursos fueron mucho más robustos en comparación con el gobierno de Macri:

Según el Observatorio de Derechos Humanos, hubo grandes recortes en la DINAPAM durante los dos primeros años del gobierno de M. Macri. El presupuesto general para la Tercera Edad cayó un 42% en 2016 respecto de

2015, y el aumento al año siguiente fue muy inferior a la inflación. La formación para cuidadores cayó un 75,8% respecto a 2015, y en 2017 sufrió una pérdida del 59,6%. El Programa podría recuperar centralidad si se confirma el interés mostrado por el nuevo gobierno electo de Alberto Fernández (12/2019) por el cuidado en las políticas públicas. (Borgeaud-Garciandía, 2020: 60)

En Argentina, las familias dependen predominantemente del trabajo de cuidado no remunerado de las mujeres, marcado por la invisibilidad y la naturalización, en el que existe una disparidad entre los grupos femenino y masculino en relación con las tareas domésticas, retratada en la división sexual del trabajo, y sigue siendo común que las mujeres trabajen en casa y los maridos lo hagan muchas horas en el trabajo remunerado. De ahí que uno de los principales retos resida en las acciones para mitigar las desigualdades sexuales.

Más allá de la “familia” (mujeres), los demás puntos del “diamante del cuidado” se caracterizan por prácticas en la esfera privada y comunitaria, realizadas en instituciones, tanto en lugares colectivos como privados. Allí donde el Estado es limitado, el mercado emerge junto a las organizaciones no gubernamentales (ONG). Estas son muy diversas y, por lo tanto, tienen características particulares, como centros de jubilados, clubes de abuelos, federaciones, entre otras, financiadas por sus propios miembros o en asociación con el Estado, fundadas en la promoción de los derechos de las personas mayores (UNICEF, 2018).

En cuanto al Estado, existe la Organización Social del Cuidado (OSC) que, a través de ciertas condicionalidades, otorga ingresos y servicios de manera indirecta (financiamiento, cogestión y/o regulación) en diversas áreas, como salud, trabajo, educación y asistencia social.

Una innovación en Argentina es el Programa Integral de Reconocimiento del Tiempo de Servicio por Tareas de Cuidado, que ahora considera el cuidado como trabajo y sumará años a la jubilación. A partir de ahora, se beneficiarán las madres de 60 años o más que no hayan podido completar los 30 años de trabajo en el mercado laboral. No hay información sobre si el programa incluye también a los cuidadores de personas mayores.

Borgeaud-Garciandía llama la atención sobre una situación sorprendente: a pesar de la dificultad de insertar el cuidado en la agenda política, más de la mitad de los hombres y mujeres entienden que el bienestar

de las personas mayores es responsabilidad del Estado. Es posible inferir que esta percepción puede estar vinculada a la fuerza organizativa de la clase trabajadora argentina, dada su lucha por el acceso a sus derechos, un hito expresivo que particulariza la realidad argentina en la correlación de fuerzas, en el sentido de que el tema del cuidado forme parte de la legislación, pero que no significa que las leyes se cumplan, por el contrario, últimamente la desregulación ha ido en aumento.

En Uruguay, el reconocimiento de la necesidad de políticas de cuidados ya es una realidad, y es el único país de América Latina que cuenta con un sistema de políticas integradas de cuidados –el Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC)– que está vinculado a la perspectiva de la sociología de género, que desde el fin de la dictadura en los años 80, a partir del feminismo marxista, ha enfatizado en lo indispensable del trabajo doméstico (cuidados) para el éxito del sistema económico y el bienestar social, que debe ser subsidiado y recibir apoyo y recursos, aunque las políticas públicas en esta área solo han avanzado en la década de 2000.

El SNIC es un modelo para replicar, sobre todo porque cubre a todas las personas implicadas en el cuidado, más allá del límite de edad. Además, se destaca la preocupación por las personas que cuidan, que son predominantemente mujeres negras y pobres. El aporte de investigadoras feministas a la construcción del SNIC es innegable, ya que han ocupado cargos en el gobierno de izquierda del Frente Amplio presidido por José Mujica (2010-2015) y, en su segundo mandato, encabezado por Tabaré Vazquéz (2015-2020).

Junto a los sociólogos marxistas, se han involucrado otros sectores, como los movimientos sociales, la cooperación internacional, el propio Estado a través de sus ministerios y la población en general, en torno a un propósito común: la atención universal a las personas en situación de dependencia.

La Ley, promulgada el 27 de noviembre y publicada en el *Boletín Oficial* el 8 de diciembre de 2015, establece en su artículo 1° que la universalización de la atención a las personas en situación de dependencia es algo de interés general (Uruguay, 2015: 2).

Los servicios que se prestan a estas personas mayores en Uruguay son: asistente personal; centros de día, centros de larga estancia y teleasistencia domiciliaria (SNIC, 2020: 3-4). La atención domiciliaria se realiza a través de asistentes personales que ayudan a los adultos mayores de 80

años que presentan dependencia severa, es decir, que no pueden cubrir sus necesidades básicas, como tareas cotidianas y de autocuidado. Los centros de día son establecimientos que prestan atención diurna a personas mayores en instalaciones públicas (gubernamentales o no gubernamentales) por medio de equipos interdisciplinarios a tiempo completo. Las actividades desarrolladas tienen como objetivo mantener a los ancianos en sus vidas independientes o en condiciones de realizar algunas actividades y permanecer en sus hogares con sus familias, con actividades recreativas, culturales y de estimulación física y cognitiva. Las personas pueden asistir a ellos dos, tres o cinco días a la semana. La teleasistencia domiciliaria, por su parte, es una tecnología (un collar o pulsera con un botón que se puede activar en caso de necesidad o urgencia) que se utiliza para que las personas mayores de 70 años, pero cuya dependencia es parcial, leve o moderada puedan avisar a su familia, vecinos u otras personas seleccionadas ante el surgimiento de algún problema.

Cabe destacar la atención a los cuidadores familiares, generalmente mujeres, que fue la propuesta inicial:

(...) incluir los años de cuidados prestados en el hogar en el cálculo de la jubilación; centros de referencia para orientar a familiares y cuidadores; creación de cooperativas de cuidadores, que incluyan formación profesional y condiciones formales de empleo; formación específica para cada una de las poblaciones destinatarias (niños, mayores y personas con discapacidad); reducción del tiempo de jubilación de los cuidadores de personas con discapacidad; legislación laboral específica; registro público de cuidadores cualificados y creación de equipos de apoyo a estos profesionales (Grupo de Trabajo Interinstitucional, 2012: 17-18).

Una de sus peculiaridades es la consideración de las relaciones de género, para promover la desfeminización de un espacio históricamente establecido como de mujeres y, por tanto, la necesidad de incluir a los hombres. La corresponsabilidad entre hombres y mujeres sugiere revisar la división sexual del trabajo para corregir las desigualdades.

En cuanto a Brasil, en términos de legislación, el segmento de las personas mayores está muy bien cubierto, con una Política Nacional para la Tercera Edad y el Estatuto del Anciano, pero no existe una red integrada de políticas y servicios para las personas mayores. Guimarães e Hirata (2020) explican que, aunque haya habido algunos esfuerzos, especialmen-

te desde la década de 1990, Brasil no cuenta con una política nacional de atención a esta población, destacando su falta de financiación pública, así como de instituciones para atender el crecimiento de la demanda a medida que aumenta la supervivencia después de los 60 años. Esto no significa que no existan servicios de asistencia, sino que están sectorizados y desarticulados, sin directrices comunes que orienten su aplicación.

En la política de Asistencia Social existen varios servicios, en protección social básica, especial de mediana y alta complejidad, dependiendo del nivel de independencia o dependencia de las personas mayores, aunque no existe una escala estandarizada para evaluar el estado de dependencia. Los servicios de interacción social y fortalecimiento de vínculos son ofrecidos por la red pública y no gubernamental de asistencia social para adultos mayores independientes con el objetivo de crear espacios de socialización e inclusión y para mantenerlos activos y participativos por más tiempo, evitando la institucionalización. Para las personas mayores con discapacidad o con algún problema moderado de afectación de las actividades básicas, existen servicios de Centro de Día con equipos interdisciplinarios en los que se atiende a las personas mayores durante el día para que después vuelvan a casa, conciliando la atención fuera del hogar con la de la familia. Para quienes no tienen familia o no pueden costear su atención, existe el servicio de atención institucional, en el que se ofrece alojamiento y cuidados, denominado Instituciones de Larga Estancia para Ancianos (ILEA).

En relación con la atención domiciliaria, existen dos servicios, uno en la protección social básica y otro en la protección social especializada de mediana complejidad, pero ambos tienen baja adhesión de los municipios debido a la falta de mayores inversiones del Gobierno Federal en la transferencia de recursos y debido a los costos, la complejidad de los servicios y la necesidad de equipos específicos, con cuidadores sociales.

En la política de salud, el SUS ofrece la Estrategia de Salud de la Familia, con atención, hospitalización y consulta a domicilio para poblaciones de baja renta, para ancianos/personas obligadas a permanecer en cama o que necesitan atención en la unidad de salud. También existe el servicio Mejor en Casa, que consiste en equipos de profesionales que hacen visitas, monitorean el cuidado familiar, orientan y hacen seguimiento. Sin embargo, todos ellos se basan en la lógica de la “gestión de riesgos”, que enseña a las familias a hacer las cosas en casa, siendo solo

supervisadas y orientadas en este cuidado familiar, como es el caso de los servicios domiciliarios de asistencia social.

En la dirección opuesta a la universalización, Brasil ni siquiera tiene una política de cuidados institucionalizados, ninguna acción a favor de los cuidadores familiares, como si no fueran importantes. De hecho, trabajan gratis, no se los escucha, están desprotegidos socialmente.

Si bien es uno de los países que más se destaca en cuanto a la dependencia del trabajo de cuidados, existen malas condiciones de las relaciones laborales, lo que no es disímil al conjunto de América Latina, ya que la precariedad se expresa en informalidad, bajos salarios y desprotección social.

Mioto (2018) critica la incorporación de la familia por parte del Estado neoliberal al utilizarla como principal instrumento de intervención en el campo de la política social, ya que está llamada a comprometerse con la mayoría de las necesidades y, ante la ausencia de políticas públicas, emerge el mercado en la venta de servicios.

El crecimiento del trabajo remunerado de cuidados se produce, pero en un contexto de enfrentamientos de difícil solución: las familias de clase trabajadora, dadas las condiciones objetivas, están a merced de esta demanda porque no pueden permitírsela. ¿Qué ocurre con los que no tienen recursos ni familia?

Es aquí donde se manifiesta la lógica perversa del mercado, con la premisa de que cada persona es responsable de sí misma, razonamiento que puede relacionarse con la “cultura de la crisis”, explicada por Mota (2011) para justificar la ideología neoliberal sobre la formación del ciudadano-consumidor, notablemente marcada por la naturalización de las desigualdades sociales.

Como se ve, un contingente importante quedará excluido si la mercantilización es la única opción en detrimento del cuidado como obligación colectiva y social. Un Estado que mercantiliza la vida y descalifica las diferencias para sostener las desigualdades no es bueno para la mayoría de la población, pero eficaz para crear las condiciones generales para la reproducción del capital.

Consideraciones finales

La actual lógica de acumulación capitalista ha promovido dos cambios en la configuración de la protección social pública: i) ha institui-

do y legitimado el pluralismo del bienestar o una economía del bienestar mixta, en la que la protección social se comparte con numerosos actores e instituciones gubernamentales, no gubernamentales y del mercado, además de la familia, el vecindario y las comunidades; ii) ha generado la mercantilización de todas las dimensiones de la vida al ensalzar el libre mercado en detrimento del Estado democrático de derecho, la “libertad individual”, la competitividad y la meritocracia. Así pues, el individuo debe asumir la responsabilidad de su futuro.

Esto puede observarse en todos los modelos de política social para el cuidado de las personas mayores en Argentina, Uruguay y Brasil. El Estado financia y regula, pero ya no es el principal proveedor, apoyándose en una red de políticas públicas, mixtas, plurales de mix público/privado, activas en el desmantelamiento de los principios estructurantes del Estado de Bienestar, justicia social, equidad, responsabilidad y deber del Estado de garantizar los derechos sociales. En esta lógica, las políticas son de “gestión social del riesgo”, en las que una mujer de la familia es quien orienta, acompaña y monitorea, pero también quien ejecuta. En Uruguay y Argentina existe la preocupación de garantizar la jubilación de esas cuidadoras, algo que aún no existe en Brasil.

Así, predomina la perspectiva familista que atribuye a la familia la ejecución del trabajo de cuidado, desde el punto de vista de que es una fuente natural de protección social y, no pocas veces, es la única forma que tienen sus miembros de garantizar la supervivencia, el cuidado y la asistencia, en un contexto de políticas neoliberales de austeridad fiscal. Se trata de una tendencia de la política social que estimula y refuerza el papel protector de la familia, ampliando sus obligaciones de forma que sobrecarga especialmente a las mujeres. El papel del Estado consiste en desempeñar la función de subsidiario, cuando las familias fallan en el cuidado, pero actúa siempre en colaboración con el tercer sector, al tiempo que desmantela la seguridad social, restringiendo su creciente financiación.

La situación revela un preocupante déficit de cuidados, por lo que se insiste en la urgencia de políticas públicas de cuidados más inclusivas y justas, no solo para quienes necesitan cuidados, sino para quienes cuidan. ¿Por qué se devalúa una tarea tan noble y esencial?

¿Qué debe hacerse desde la perspectiva del Estado en relación con su deber hacia la población mayor? Esta fue una pregunta esencial a lo largo del estudio y los elementos expuestos provocan la insistencia en

el reconocimiento de la obligación del Estado de proporcionar cuidados a través de la implementación de políticas públicas, en atención a la satisfacción de las necesidades sociales, mostrando que las políticas de asistencia social y salud, además de la seguridad social y la transferencia de renta, deben atender a las necesidades de los individuos como derechos fundamentales.

A diferencia de Argentina y Uruguay, a pesar del rasgo familista en toda América Latina, preocupa la ausencia de la perspectiva de una sociedad democrática de bienestar en Brasil y la estrechez de pensamiento de sus parlamentarios, siendo el sentido común el patrón de sus declaraciones. La impresión es de total ignorancia de los cambios demográficos, del perfil epidemiológico de la población y de los arreglos familiares, diferentes de los del pasado.

Brasil enfrentó una época oscura reflejada en el ascenso de un grotesco conservadurismo intensificado por la gestión de Jair Messias Bolsonaro que gobernó hasta fines de diciembre de 2022. En lugar de priorizar la agenda social, con una mirada feminista, dicho gobierno se jactaba de defender la familia tradicional, la única posible, apoyándose en directrices religiosas en un frente de total falta de respeto a la diversidad.

Con este perfil, para que Brasil logre una política pública de cuidados semejante a las perspectivas de Argentina y Uruguay, es necesario, en primer lugar, un gobierno que abrace la responsabilidad social y, fundamentalmente, la economía del cuidado, explicando que no hay razón para la situación desventajosa de las mujeres y mostrando caminos más democráticos.

Se trata de proyectar la desmercantilización y la desfamiliarización en la dimensión del devenir, a partir de un modelo de Estado con sentido público, que garantice la atención de todas las necesidades sociales en una construcción colectiva hacia la refundación de otros valores, de otra sociabilidad de la vida en la que las personas no sean sobras, sino sujetos políticos.

En conclusión, la mirada sobre el camino de análisis se basó en una delimitación didáctica para contextualizar un tema tan complejo e inherente a la humanidad y, al mismo tiempo, desprovisto de su debida atención, especialmente en Brasil, que necesita avanzar mucho para alcanzar la concepción de política de cuidados de Argentina y Uruguay.

Referencias bibliográficas

- Abrahamson, P. (2004). “Neoliberalismo, pluralismo e bem-estar e configuração das políticas sociais”. En Boschetti, I.; P. A. P. Pereira; M. A. César y D. Bomtempo (orgs.). *Política social: alternativas ao neoliberalismo*. Brasília, Programa de Pós-Graduação em Política Social, SER/UNB.
- Batista, A. S. *et al.* (2008). “Envelhecimento e dependência: desafios para a organização da proteção social”, Coleção Previdência Social vol. 28. Brasília, Ministério da Previdência Social, Secretaria de Políticas da Previdência Social.
- Bellomo, F. e I. Nuñez (2022). “Personas mayores en Uruguay: un estudio multidimensional”. Asesoría General en Seguridad Social *Comentarios de Seguridad Social* N° 83, enero. Disponible en: <https://www.bps.gub.uy/bps/file/18870/2/83.-personas-mayores-en-uruguay.-un-estudio-multidimensional.-ec.-felix-bellomo-e-ines-nunez.pdf>
- Berriel, F.; R. P. Fernández y S. Rodríguez (2011). *Vejez y envejecimiento en Uruguay: fundamentos diagnósticos para la acción. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)*. Disponible en: <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/11/Vejez-y-envejecimiento-en-Uruguay.pdf>
- Borgeaud-Garciandía, N. (2020). “Entre desarrollo y fragmentaciones: estudios y panorama del cuidado remunerado en Argentina”. En Guimarães, N. y H. Hirata (orgs.) *El cuidado em America Latina: mirando los casos de Argentina, Brasil, Chile, Colombia y Uruguay*, pp. 37-33. Buenos Aires, Fundación Medifé Edita, Horizontes del cuidado/5.
- Brasil. Ley N° 2.528, de 19/10/2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). Brasília, DF. Disponible en: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudeflegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html
- Camarano, A. A. (2021a). “Cuidados para a população idosa e seus cuidadores: demandas e alternativas”. En Pinheiro, L.; C. P. Tokarski y A. C. Posthuma (orgs.). *Entre relações de cuidado e vivências de vulnerabilidade: dilemas e desafios para o trabalho doméstico e de cuidados remunerados no Brasil*, pp. 221-231. Brasília, IPEA/OIT.
- . (2021b). “Vidas Idosas importam, mesmo na Pandemia”. En *IPEA*, Nota de política Social.
- Costa, J. D. da y W. R. Carvalho (2019). “Considerações acerca do neoliberalismo na América Latina e suas alternativas”. Disponible en:

- <https://iela.ufsc.br/anais-da-xiv-edicao-das-jornadas-bolivarianas/jornadas-bolivarianas/xiv-edicao/artigo/consideracoes>.
- Grupo de Trabajo Interinstitucional (2012). “Rendición social de cuentas: etapa de debate”. Montevideo. Disponible en: http://pronadis.mides.gub.uy/innovaportal/file/23303/1/12.11_-_snc_rendicion_de_cuentas._etapa_de_debate.pdf
- Guimarães, N. A. y H. S. Hirata (2020). “Pensar o trabalho pela ótica do cuidado, pensar o cuidado pela ótica de suas trabalhadoras”. En Guimarães, N. A. y H. S. Hirata. **O gênero do cuidado: desigualdades, significações e identidades**, pp. 27-49. Cotia-SP, Ateliê.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2013) Tabelas - Ciclos de vida PNS - Pesquisa Nacional de Saúde, Rio de Janeiro Disponible en: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/justica-e-seguranca/29540-2013-pesquisa-nacional-de-saude.html>
- INDEC (2010). Censo Nacional De Población, Hogares y Viviendas. Documento Metodológico Preliminar. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Argentina. Disponible en: <http://censo2010.indec.gov.ar/metodologia.asp>
- Lehner, M. P. y D. Strada (2022). “La organización de los cuidados y cuidados de larga duración para las personas mayores en Argentina”. En Teixeira, S. M.; A. de O. Alcântara; S. Ferreira da Silva y N. Soares (orgs.). *Envelhecimento, cuidados e políticas sociais de cuidados em contextos nacionais e internacionais*, pp. 199-217. Curitiba, CRV.
- Mioto, R. C. T. (2018). “Família e proteção social: intervenções profissionais contemporâneas?”. En Teixeira, S. M. *Trabalho com família no âmbito das políticas públicas*, pp. 24-44. Campinas, Papel Social.
- Mota, A. E. (2011). *Cultura da crise e seguridade social: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90*, 6ª ed. San Pablo, Cortez.
- OPAS-Organização Panamericana de Saúde (2019). *Plano de ação para a saúde da população idosa. 2020*. Washington, OPAS.
- Organização Internacional do Trabalho-OIT (2019). *Prestação de cuidados: trabalho e profissões para o futuro do trabalho digno*. Bureau Internacional do Trabalho. Ginebra, OIT.
- Ortega, J. S. (2020). “A velhice quer ser bela na América”. *El país*, Barcelona, 28/10/2020. Disponible en: <https://brasil.elpais.com/internacional/2020-10-28/a-velhice-quer-ser-bela-na-america-latina.html>

- PNSPM (2006). Ministerio de Saúde. Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 2.528 de 19 de octubre de 2006 Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponible en: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html
- Razavi, S. (2007). “The political and social economy of care in the development context. Conceptual issue, research questions and policy options”. *Gender and Development*, paper Nº 3, Ginebra, UNRISD.
- SNIC (2020). “Sistema de Cuidados. Ministerio de Desarrollo Social Uruguay. Personas en situación de dependencia”. Disponible en: <https://www.gub.uy/sistema-cuidados/personas-situacion-dependencia>
- UNICEF-Fundo das Nações Unidas para a Infância (2018). “Las políticas de cuidado en Argentina: avances y desafíos”. Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---ilo-buenos_aires/documents/publication/wcms_635285.pdf
- Uruguay. 19.353. (2015). Creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidado (SNIC). Montevideo. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19353-2015#:~:text=%2D%20La%20presente%20ley%20tiene%20por,e%20implementaci%C3%B3n%20de%20pol%C3%ADticas%20p%C3%ABlicas>.

Cuidados en pandemia y pospandemia. Personas mayores y trabajadores esenciales: emociones, preocupaciones y creatividad

María Cristina Chardon, Sandra Borakievich, Roberto Montenegro, Marcelo Altomare, Liliana Cristiani y Leandro Gille

Introducción

El Coronavirus ha afectado la dimensión biológica de la realidad del cuerpo entendido como organismo físico, la dimensión política de la realidad del cuerpo considerado como ciudadano/a y, finalmente, la dimensión afectiva de la realidad del cuerpo pensado como sujeto. La retracción de las relaciones sociales provoca una suspensión de las expectativas de comportamiento propias: al suspenderse los lazos habituales con otras/os, las normas que los rigen y las esferas sociales donde se practican, los escenarios sociales o las trayectorias sociales ordinarias recursivas generalizadas quedan suspendidos. Una parte del mundo social se desprende de nuestras prácticas, instalando una suerte de contingencia comportamental que desconfigura la unidad y consistencia del orden social: la desontologización del mundo social fuera del hogar y la apertura de la incertidumbre y la contingencia generan un desvanecimiento de la seguridad ontológica del mundo social.

En la deliberación pública sobre la pandemia y la cuarentena, acerca de la enfermedad y la muerte, por un lado, y de los cuidados, por otro, la mostración del estado sanitario del cuerpo biológico, del discurso de la medicina y del estado político del cuerpo del ciudadano/a son el reverso del ocultamiento de los estados afectivos del cuerpo del sujeto.

Con el advenimiento imprevisible, contingente y desconocido de la pandemia por Coronavirus, hemos asistido, sin duda, a una experiencia excepcional: el incremento descontrolado del contagio, las internaciones hospitalarias y la mortalidad producidos por este virus; la regulación ma-

rosocial de la movilidad de los cuerpos, a cargo de organismos de aplicación de la política estatal de administración de la cuarentena; tanto la morbilidad propia de la pandemia como el control sanitario del Estado han impuesto múltiples interpelaciones y sujeciones en realidades heterogéneas.

Algunas de ellas se debieron a la manifestación y los efectos biológicos del virus; en los efectos políticos de la cuarentena; por la realidad de la presencia ética del valor absoluto de los bienes de la salud y la vida; en la realidad económica de la caída de la producción, el empleo y los ingresos; en espacios de interacción y de relaciones sociales reducidos en su número; en las realidades dolorosas producidas por la emergencia generalizada de estados afectivos de tristeza, de angustia y depresión; en las realidades disruptivas en las que emergen la creatividad y la solidaridad.

El establecimiento de la normativa (Aislamiento Social Preventivo Obligatorio-ASPO y Distanciamiento Social Preventivo Obligatorio-DISPO) otorgó el marco jurídico necesario para el accionar de las instituciones del Estado, tanto de salud como de educación y otras. Sin embargo, la precariedad sistémica de los servicios de salud estatales y privados pronto puso de manifiesto un campo institucional segmentado e inequitativo. La carencia de recursos físicos y la precarización de los distintos servicios que debían desplegarse y entrar en coordinación pusieron en evidencia la necesidad de redoblar esfuerzos, inversiones y coordinación de acciones desde los ámbitos gubernamentales.

El aislamiento social provoca una suspensión de las relaciones sociales de copresencia en las esferas económica, política, educativa, sanitaria, cultural, jurídica. Consecuentemente, se produjo una cesación de las rutinas sociales recursivas y generalizadas de productores y consumidores, de pacientes y médicos/os, de docentes y estudiantes, de obreras/os y empresarias/os. Una parte sustantiva de las sedes físicas de las prácticas sociales fue clausurada: fábricas, comercios y oficinas, escuelas y hospitales, legislaturas, ministerios y tribunales, consultorios y estudios, cines y teatros repentinamente se vaciaron.

Esta masiva interrupción de las expectativas de comportamiento mutuamente referidas, reguladas mediante normas institucionales, promovió, paralelamente, la ampliación de la contingencia del lazo social, esto es, el incremento del grado de desorden de multiplicidad de actores sociales, lo que llevó a un crecimiento de la anomia social generador de

un incremento de la inseguridad ontológica, es decir, a una pérdida de las certidumbres respecto de los comportamientos sociales esperables: el aislamiento y el distanciamiento sociales redefinen las fronteras legítimas del espacio entre actores.

El aislamiento implicó repliegue a la unidad familiar/doméstica conviviente en un mismo espacio físico y, por ende, la ausencia de la participación en otras unidades convivientes. Pareciera una bifurcación que remite a la solidificación de la frontera de separación entre el espacio habitacional familiar y otros espacios de convivencia con otras/os (amigas/os, vecinas/os, compañeras/os de trabajo, otros familiares) y una segmentación entre el espacio del hogar y de la calle: la suspensión de la participación social en una multiplicidad de lazos de interacción presenciales, conjuntamente con la interrupción del ejercicio de la libertad de movimiento, de trabajo, de reunión, etc.

En ese contexto, y en el marco de la problematización de los cuidados, en este artículo nos proponemos analizar dos tipos de fuentes primarias:¹ por un lado los talleres para las personas mayores de la Universidad Nacional de Quilmes (UNQ) y, por otro, entrevistas a personal esencial que trabajó durante la pandemia. Se establecerán conexiones de sentido entre las percepciones que poseen las personas mayores sobre los cuidados durante la pandemia y sus consecuencias posteriores y las percepciones sobre el cuidado de las/os trabajadoras/esenciales durante la pandemia, poniendo especial énfasis en los estados afectivos de ambos colectivos para plantear aproximaciones a las políticas públicas de cuidados que retomaremos en las propuestas.

Sobre los cuidados

En nuestra perspectiva, pensar estas cuestiones que hacen a singulares –y excepcionales– modos de participación y mutación de los lazos sociales, involucra una demora en la conceptualización de los cuidados, entendiendo por tales el conjunto de acciones sociales orientadas a la custodia de lo humano contra los sufrimientos que este pudiera padecer (Reich, 1995). La problemática del cuidado remite a la indagación de las acciones sociales orientadas a la protección del bienestar humano con-

1 Corresponden al Proyecto I+D "Cuidados, salud mental y construcción de bienes inmateriales", Programación UNQ 2019-2022. Renovación 2022-2024.

densado en la conservación de la vida, a la salud física y mental y al alivio del sufrimiento.

El concepto de “problemática del cuidado” con el que trabajamos, inspirado en aportes de Foucault (1984), posibilita localizar las prácticas singulares en el contexto de las indagaciones sobre configuraciones problemáticas contemporáneas y focalizar tanto las operaciones singulares-concretas del cuidado como los espacios sociales constitutivos de objetos de saber y de intervención que emergen entramados en prácticas discursivas y extradiscursivas.

Los cuidados, como acontecimiento sociohistórico, admiten ser pensados como transversales a distintas formaciones sociales. Se expresan bajo la forma de instituciones singulares y concretas, como organizaciones, esto es en sistemas de coordinación de multiplicidad de acciones ordenadas por reglas de funcionamiento en contextos de integración social de escala reducida, temporalmente sincrónicos y espacialmente de copresencia –la familia, la escuela, el hospital– y también en contextos de integración sistémica de escala ampliada, temporalmente asincrónicos y espacialmente no presenciales –ministerios de gobierno, legislaturas, sistema judicial–.

El cuidado se define como opuesto al descuido que designa al conjunto de fenómenos sociales productores de un estado de desamparo de la condición humana. El descuido alude al conjunto de fuerzas que incrementan el riesgo de padecimientos físicos, mentales y sociales: enfermedades de carácter corporal, de tipo afectivo, patologías sociales, cosificación, pérdida de sentido social y cultural (Altomare y Seoane, 2019; Altomare, 2022).

La primera fuente de datos: las personas mayores y el PUNQAM

Condiciones de producción en la prepandemia, durante, y en la pospandemia

El Programa de Adultos Mayores de la Universidad Nacional de Quilmes (PUNQAM, 2014-2023) es un Programa Institucional al que concurren aproximadamente 1.200 estudiantes por año. Se compone de cursos dictados por profesionales de los tres departamentos de la Universidad: Ciencias Sociales, Ciencia y Tecnología, Economía y Administra-

ción y la Escuela de Artes. Entre 1999 y 2014, en la UNQ se realizaron Talleres para personas Mayores.

El PUNQAM se fundamenta teóricamente en el constructivismo (Ferreiro, 1999), el aprendizaje situado (Vigotsky, 1988; Engeström, 2011), los abordajes comunitarios y de salud colectiva (Merhy, 2006), la experiencia de Psicocomunidad² (Cueli y Biro, 1975), la educación de adultas/os, la documentación internacional sobre adultez mayor y la promoción de la salud (OMS, OPS). Los cuidados están presentes en sus cuatro ejes: Formación, Compartiendo el Patrimonio Cultural, Orientación y Difusión.

Las/os concurrentes a los Talleres para Adultas/os Mayores pasaron de sumar alrededor de 30 en sus comienzos en 1999, a más de 200 para 2014, año en el que se firmó un convenio entre la UNQ y PAMI para el dictado de los “talleres UPAMI”. El primer cuatrimestre del convenio la población aumentó a 350 inscriptas/os. A lo largo de los años se ha constituido en un espacio de “aprendizaje situado” y de salud colectiva, en virtud de intercambios intergeneracionales con estudiantes de los tres Departamentos de la UNQ y su Escuela de Artes además de sus docentes y autoridades.

El objetivo del Programa fue el de crear un espacio que alojara a las personas mayores, facilitando el desmontaje de prejuicios y mandatos sociales asociados a la edad avanzada y al patriarcado, promoviendo la autonomía, un envejecimiento activo y la posibilidad de hacerse cargo de sus propios deseos, anhelos, necesidades y potencialidades en el marco de los Derechos Humanos y de los documentos internacionales sobre envejecimiento activo³ (Lartigue y Chardon, 2021).

Como se señalara líneas arriba, el programa PUNQAM está basado en cuatro ejes: Formación, Compartiendo el Patrimonio Cultural, Orientación y Difusión.⁴

2 Programa comunitario basado en el psicoanálisis en el que la Dra. Chardon, Directora del PUNQAM entre marzo de 2015 y diciembre de 2019, se formó en México, durante su doctorado.

3 Se hace referencia, entre otros documentos, a la Convención Interamericana de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (OEA, 2015); los “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); la “Primera Asamblea Mundial de Envejecimiento”, Viena-Austria. Naciones Unidas 1982; la “Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento”, Madrid, 2002.

4 El programa PUNQAM fue propuesto en 2014 por la Dra. Chardon en base a lo realizado desde 1999 en los talleres para personas mayores y a sus experiencias en el ámbito comunitario, de salud y educación y empezó a funcionar en marzo de 2015.

Eje Formación: son cursos que constan de 12 a 14 clases cuatrimestrales, de 2 horas semanales. Las/os docentes son graduadas/os, estudiantes avanzadas/os, docentes e investigadores/as de la UNQ. Se dictan cursos de diversa índole, tomando en cuenta los deseos y demandas de las/os participantes, entre ellos: “Memoria”, “Computación” y “Movimiento y Salud”, “Pensando en voz alta en esta etapa de la vida”, “Sexualidad erotismo y amor”; “Abordajes Comunitarios”, “Temporalidades y Legados”, “Teatro”, “Apreciación musical”, “Historia del Cine Clásico”, “Historia de las Artes”, “Fotografía”, “Pintores Argentinos”, “Taller literario” y “Talleres de lectura de autores argentinos y latinoamericanos”. Esta diversidad responde al criterio de pensar en “múltiples vejezes” y a las necesidades expresadas por las y los adultos mayores.

Eje Compartiendo el Patrimonio Cultural: los documentos internacionales enfatizan la importancia de trabajar con el envejecimiento activo a través de la participación, la creatividad y la autonomía. En orden a ello, se trabaja para ampliar y difundir el capital social y cultural que circula y al que se accede diferencialmente en los hogares de nuestro país. Se incluyen:

Itinerancias: visitas a museos, teatros o actividades organizadas por la UNQ; festejos de las Fiestas Patrias compartiendo con los diferentes trabajadores/as y estudiantes.

Jornadas intergeneracionales: se realizaron 17 entre 2003 y 2019, con espacios para la discusión, charlas, talleres y “Muestra colectiva de Cierre”, con las actividades realizadas en el año.

Ciudadanía universitaria: se otorgó a los participantes una credencial de la UNQ con acceso al comedor universitario con el 20% de descuento al igual que a docentes, estudiantes y trabajadores y derecho al menú estudiantil financiado por la Universidad con un costo muy bajo. Esto los posiciona como estudiantes universitarias/os extensio-nistas.

Eje Orientación: inicia en las charlas informativas en las inscripciones y se prolonga en los cursos. Se trata de que se conozcan y manejen las reglas y normas de la Universidad que, como institución, fija sus formas de relacionarse: horarios, formato de clases en cuatrimestres, duración de las clases, usos de las aulas, formas de nominación de aulas y pasillos,

formatos de relaciones con docentes. Dado que es un espacio de escucha e intercambio, provee y recoge información acerca de los intereses para la apertura de nuevos cursos y las necesidades que los atraviesan. Asimismo, el área de Psicología del Departamento de Ciencias Sociales, ofrece un espacio de 3 a 5 encuentros para orientación psicológica (no es terapia). En caso de que se necesite una atención prolongada se establecen contactos con espacios públicos para su derivación.

Eje Difusión: docentes, becarias/os e investigadores/as presentan informes y reflexiones teóricas sobre las prácticas realizadas en Congresos, Jornadas o libros y revistas especializadas. También adultas/os mayores han participado comentando y conceptualizando sus propias experiencias.

Y cuando llegó la pandemia, ¿cómo se transformó el PUNQAM?

Durante el primer cuatrimestre de 2020 y debido al ASPO, se suspendieron las actividades presenciales en la Universidad. Durante ese cuatrimestre se intensificaron las tareas del Eje Orientación que fue el único que siguió funcionando.⁵ Un grupo de estudiantes de la carrera de Terapia Ocupacional, bajo supervisión de su Dirección, contactó a las personas mayores y mantuvo diálogos fluidos con ellas para relevar sus necesidades. En el segundo cuatrimestre de 2020, se volvieron a dictar los cursos de manera virtual hasta finalizar el primer cuatrimestre de 2021; la última clase de ese primer cuatrimestre de 2021 fue presencial en el caso de que docentes y personas mayores así lo consensuaran. Para muchos de ellas/os fue la primera salida de sus casas.

Material y métodos

Los datos que se presentarán corresponden a las expresiones, sentimientos, percepciones planteados por los asistentes a los cursos-talleres que coordinamos M. C. Chardon y S. Borakievich:⁶ “Cuidados y salud mental

⁵ La directora actual del PUNQAM, Lic. en Terapia Ocupacional Gabriela Adur, se hizo cargo del Programa en octubre de 2020. Entre marzo y octubre de ese año, dicho Programa estuvo a cargo de la Dirección de la Carrera de Terapia Ocupacional.

⁶ Cursos de 24 hs en total, con clases semanales de 2 hs.

entre nosotrxs: cuerpos y legados” (2º cuatrimestre de 2020 y 1º y 2º cuatrimestres de 2021, modalidad virtual); “Nosotres y las pasiones alegres” (1º y 2º cuatrimestres de 2022; presencial); “Imaginerías colectivas y múltiples expresiones de la subjetividad: diversidad de miradas y pensamiento crítico” (1º y 2º cuatrimestres de 2023).

Si bien no nos referiremos a todos estos talleres aquí, mencionamos sus nombres a fin de mostrar una trayectoria entre los inicios de la pandemia y el regreso a la presencialidad: al nominarlos hemos intentado dejar marcas de un camino compartido: del cuidado de la vida a la recuperación de las pasiones alegres, a la renovación de la apuesta a muchas otras formas posibles, siempre atravesadas por la dimensión política que el pensamiento crítico conlleva.

Volviendo a “Cuidados y salud mental entre nosotrxs: cuerpos y legados”, a este taller asistieron entre 15 y 20 personas de diversos lugares del país (en virtud de la modalidad virtual). La metodología de trabajo-taller permitió el despliegue de diferentes cuestiones en un clima de mucha participación y construcción de confianza y garantía psicológica (Ulloa, 1995): la posibilidad de decir aquello que cada cual desea, necesita, contando con que las/os otras/os tendrán una recepción respetuosa, ética, de buen trato. Cabe recordar que este autor ha señalado que la ternura es la base ética del sujeto. La inicial extranjería que la novedad del aula virtual producía en el conjunto de participantes fue deviniendo en la apertura a aprender a servirse de ella, habitándola junto a otras/os.

La propuesta de estos talleres llevados a cabo en tiempos de ASPO y DISPO tuvo como objetivos que las personas mayores reflexionaran junto a otras/os en torno a los cuidados y salud mental en el contexto de aislamiento sanitario; que visibilizaran la importancia de los cuerpos y los legados en la vida cotidiana y distinguieran aspectos individuales y colectivos que inciden en la construcción de espacios saludables.

Para ello, se generaron condiciones para problematizar los modos en que cada quien transcurrió la vida cotidiana en contexto de pandemia y pospandemia; se identificó la incidencia del aislamiento sanitario en los cuerpos y en las historias singulares y colectivas y los cambios producidos; se analizaron diferentes experiencias que aportaron a su conceptualización y a producir junto a otras/os herramientas y estrategias para atravesar en compañía los momentos solitarios en tiempos de aislamiento sanitario.

¿Qué fue apareciendo?

Uno de los temas que apareció sobre todo en 2020 se refería a la reducción de los intercambios sociales y de la movilidad de los cuerpos centrados casi exclusivamente en el ámbito de la familia o el espacio de la casa: sentimientos de incertidumbre, temores al contagio, tanto propio, como de las/os familiares más cercanos.

Junto a estos sentimiento de malestar y temor, en las conversaciones fueron surgiendo productos materiales-inmateriales, unas veces como asociación con algo de lo sucedido, otras “porque sí”: poemas, letras de canciones, películas, con las que se fue construyendo un espacio llamado “Recursero: textos, músicas y otras yerbas”. Allí, un lugar para “Textos que acompañan”, uno para “Músicas” y, el más colectivo: un Foro, con la consigna: “¿Qué agregarías al Recursero?: abrimos este foro para que cada quien deje su aporte al recursero, así lo armamos, lo entretijemos entre todas/os”. Entre el 3 de noviembre y el 3 de diciembre de 2020 hubo treinta producciones agregadas: “Gracias a la vida”, de V. Parra, “Honrar la vida”, de E. Blázquez y “A pesar de todo”, en sus versiones en Youtube (todas estas canciones fueron llegando al grupo de reflexión a propósito de algo que en ese momento estaba circulando). La primera intervención fue “Itaca” de Konstantino Cavafis. La creatividad se torna insistencia, al igual que sucede con las/os cuidadoras/es, como se verá más adelante.

Frente a la reducción de los procesos de intercambio social apareció un actor social antes no tan visibilizado: el vecino/la vecina, con quien se podía hablar desde las entradas de las casas, de vereda a vereda, o por teléfono, tratando de sostener y multiplicar los lazos sociales. Las/os comerciantes de los barrios también jugaron un papel: las hijas/os los llamaban para ver si sus padres o madres habían concurrido o no, transformándose así en informantes clave y sutiles cuidadores. Fomentar este tipo de actividades brindó la posibilidad de tener espacios de anticipación para intercambiar opiniones distintas de las de los medios o de las que circulaban en las familias.

Una experiencia relatada por una de las asistentes llamó la atención y permitió reflexionar sobre las múltiples formas de solidaridad que se fueron creando en los diferentes colectivos.⁷ En la cuadra de una de

⁷ Vale recordar que el asombro ante lo nuevo era una de las formas de aprendizaje más valoradas por los griegos, ya que moviliza la curiosidad y la investigación.

ellas/os, cercana a un comedor comunitario se organizaron para hacer comidas. Cada día de la semana se daba una consigna: fideos con salsa o milanesas y cada quien aportaba lo que podía. Las/os organizadoras/es del comedor pasaban a buscar las colaboraciones a una hora determinada.

La temática de los duelos también fue apareciendo, ya sea por lo escuchado en los medios o bien por situaciones de allegadas/os o conocidas/os. Tramitar el tema de las muertes no ha sido ni es sencillo, y merece un trabajo más profundo. Muchas/os reportaron que preferían no escuchar las noticias de la televisión o bien apagarla frente a la situación caótica que se generaba con tantos comentaristas que sabían poco sobre el tema. La gran mayoría asistió a charlas informativas que se abrían a debates con especialistas en la pandemia y con psicólogas/os que valoraban y difundían herramientas simbólicas para trabajarlas, ofrecidas a través del municipio de Quilmes.

Un tema recurrente fue cuánto se extrañaban los abrazos: abrazar y ser abrazadas/os. El contacto de los cuerpos, las sensaciones de caricias y temperaturas asociadas al gesto que estaba vedado por los cuidados para conservar la vida.

Una vez pasada la pandemia, sobrevivieron temores a salir, durante el DISPO, que se trataron entre todas/os construyendo herramientas para lograr su elaboración.

En la pospandemia se trabajaron colectivamente nuevas formas para enfrentar las situaciones que se les presentaban. Una temática que sigue insistiendo se refiere a los controles ejercidos por familiares, sobre todo por las/os hijas/os. Si bien aumentaron durante la pandemia y se sentían “cuidados”, muchas/os participantes consideran que esos cuidados, ya no necesarios, atentan contra su autonomía.

A lo largo de los talleres, la coordinación ha venido trabajando en la tramitación de las etapas de la vida señaladas por Erikson (1987). Fue interesante descubrir potencialidades que ignoraban poseer, recuperar los vínculos afectivos por fuera de la familia, con amigas/os y vecinas/os; valorar las tareas realizadas con otras/os; sentirse valoradas/os ellas/os mismas/os, son parte de los múltiples atravesamientos que pudieron ir construyendo en este camino del aprendizaje a lo largo de la vida.

Estas experiencias muestran, una vez más, que se hace necesaria una mirada sostenida en el tiempo para profundizar en temas de cuidados, políticas públicas y familias para hacer posible la desfamiliarización y des-

feminización de los cuidados, con apertura a la potencia de la creatividad. La creatividad y la crea(c)tividad, encuentran ocasión de producirse junto con otras/os. La expresión “crea(c)tividad” intenta enfatizar las potencias en juego, siempre entre otras/os, con ligaduras que podrían pensarse relacionadas con Eros, con las pulsiones de vida, produciendo lazos que restan desolación a Tanatos en momentos de “aislamiento” o “distanciamiento”.

La segunda fuente de datos: las/os cuidadoras/es

Como hemos señalado, fueron numerosas las actividades consideradas esenciales para enfrentar la pandemia. Nos focalizaremos en aquellas vinculadas al campo de la Salud, cuyas/os trabajadoras/es fueron tanto aplaudidas/os como cuestionadas/os por distintas expresiones de la sociedad. Trabajamos sobre el cuidado de las/os cuidadores (Findling *et al.*, 2014; Chardon, 2021) tomando en consideración que el personal de salud es el agente esencial en el cuidado de la Salud Pública. Este es el motivo de fondo que otorga sentido al desarrollo del proyecto de investigación en curso, cuyas características son las siguientes:

Población: trabajadoras/es esenciales hospitalarios (médicas/os generalistas y especialistas, terapistas ocupacionales, psicólogas/os, enfermeras/os, kinesiólogas/os, trabajadoras/es sociales, policías, administrativas/os, personal de limpieza). Los tópicos de las entrevistas son: emociones vividas y sentidas durante la pandemia, sensaciones de ser cuidadas/os o no, respuestas situacionales formales e informales. Es un estudio cualitativo, realizado mediante muestra intencional entre mayo y julio de 2021.

Recolección de datos: veinte (20) entrevistas en profundidad por Zoom, tomadas con consentimiento informado, grabadas y transcritas, de hora y media de duración. Se trabajó con un sistema de jueces para categorizar emociones, cuidado/descuido y reflexiones. La muestra quedó constituida por trabajadoras/es esenciales del AMBA, Córdoba y zona de Lago Puelo.

Como método auxiliar para colaborar en la reflexividad institucional se tomaron algunos aportes de los lineamientos generales del método Delphi, aprovechando su capacidad recursiva y de aproximación compartida a la construcción colectiva de significaciones (Reguant-Álvarez y Torrado Fonseca, 2016). Se trabajaron tres categorías: emociones, cuidado/descuido y reflexiones.

Se definen los afectos, las emociones, como estados anímicos del sujeto que provocan, dependiendo de su impronta, bienestar o malestar psicológico, incrementando o disminuyendo, así, las capacidades para la ejecución de las rutinas sociales en diferentes ámbitos de acción (laboral, familiar) como también los recursos para establecer relaciones sociales satisfactorias con otros (parientes, vecinas/os, compañeras/os de trabajo).

Surge que las/os trabajadoras/es inscriptas/os como “esenciales”, pertenecientes al segundo nivel de atención se han sentido “cuidadas/os” por la institución, presentándose en menor medida el “descuido”; sin embargo, el personal del tercer nivel de atención ha descrito más situaciones de “descuido”, sintiéndose desprotegidas/os mayormente en los primeros meses de la pandemia. Las instituciones del segundo nivel contaron con insumos desde el comienzo a diferencia de las del tercer nivel.

Las/os agentes describieron situaciones de desesperación, miedo, incertidumbre, tristeza; pero también solidaridad y acciones de generación de trabajos colectivos no protocolizados. Surgió creatividad e innovación frente a la adversidad. Las reflexiones muestran los aportes de construcciones positivas. Un rasgo a señalar críticamente es que las/os agentes inscriptas/os como esenciales y que no son consideradas/os agentes de Salud (administrativos, limpieza, seguridad) carecieron de información y capacitación adecuada.

Categoría Emociones

Las/os entrevistadas/os describen en sus narrativas emociones tales como miedo, pánico, incertidumbre, angustia, ansiedad, desesperación, enojo, culpa, decepción, impotencia, tristeza. En toda epidemia o pandemia es esperable que las personas sientan miedo, ansiedad, enojo, tristeza. También sería esperable que las/os trabajadoras/es esenciales tuvieran la contención necesaria para que pudieran trabajar con ello. Una de las entrevistadas, Graciela, afirma que “esos miedos que se iban metiendo, la información que te taladraba el cerebro, porque era información por todos lados”. Pablo, otro entrevistado, agrega que “en el primer momento de estar vistiéndote [para atender al paciente] el cuerpo te tiembla”.

En tanto, Javier afirma que “Hubo un lapso que, fácil dos meses, que no salió nadie de terapia. Eso tal vez fue lo más duro que he visto, que

nadie, nadie podía salir”, “el director se... se enfermó de Covid, y la verdad que eso fue... [el fallecimiento] no sé, fue lo más fuerte que he visto”.

Las informaciones provenían de distintas instancias de emisión, sin ocultar la vocación perlocucionaria de sus emisores. En ese sentido, es válido distinguir distintas instancias de emisión: a) científicas, institucionales nacionales y extranjeras; b) de expertas/os reconocidas/os en sus competencias disciplinarias; c) de emisión de los medios de comunicación en los que se expresan distintas ideologías y corrientes de opinión.

Focalizando la atención en las dos primeras, en la fase inicial de la pandemia eran evidentes las vacilaciones y contradicciones respecto al estado de situación con relación a los efectos en las poblaciones; también en cuanto a las líneas prospectivas en el despliegue de la pandemia; incluso hasta en lo relativo a las medidas de prevención. Ante esta situación, la respuesta emocional de las/os entrevistadas/os era esperable, pues se desarmaban los marcos de referencia más confiables.

El cuerpo de las/os agentes de salud quedó expuesto ante la disminución de las mediaciones institucionales. El hecho de que en los primeros meses no salió nadie de terapia, el efecto emocional en quien se vestía para atender a sus pacientes, trasladaba a su cuerpo la virtualidad de un desenlace posible y final. El cuerpo temblaba. Además, la muerte del director borroneó toda expectativa de protección relativa, tanto del plano de organización como de las huellas singulares que componen los “datos” de una “nuda vida”, más allá del sentido jurídico.

Categoría Cuidado/Descuido

Altomare (2019, 2022) propone denominar “Descuido” a los distintos modos en que se expresa, tanto en el plano molar como en el molecular, la falta de densidad de capital cultural de las instituciones, la carencia de recursos, la falta de responsabilidad colectiva y/o institucional en el trabajo para sostener y ampliar la vida y disminuir o eliminar el sufrimiento.

Según el relato de las/os entrevistadas/os se observa que en los hospitales generales y clínicas se contó con insumos que habitualmente ya pertenecían al stock de estas, por ejemplo, barbijos, alcohol, etc., a diferencia de los hospitales y centros especializados en rehabilitación que, por

sus características, no contaban con algunos insumos o estos constituían un bien escaso. Frente a la irrupción de la pandemia a estas instituciones se les dificultó más la organización y la adquisición de los insumos necesarios. Patricia, trabajadora de un hospital general, relata:

(...) yo sentí, desde mi lugar de trabajo, que estuve protegida, cuidada, digamos que siempre se nos preservó, digamos, siempre se nos brindó mucha información con respecto a todas las decisiones que se iban tomando... digo desde lo que es la circulación dentro del hospital, hasta, no sé, los lugares de hisopado, se abrió un consultorio especial de hisopado para el personal, yo creo que me sentí cuidada desde mi lugar de trabajo.

Mientras que la entrevistada Graciela (hospital de rehabilitación) refiere que:

(...) en ese momento no teníamos vidrio, o sea que no teníamos nada que nos separara del paciente, si bien ya lo habíamos pedido con la Gripe A y demás, no teníamos un vidrio, ahora sí tenemos un vidrio. Bueno, entonces más nos asustaba, después decidimos atender en el patio.

Tamara (Centro de Día con internación) señala:

(...) la primera parte de la pandemia era como que ellos estaban todavía como muy, desinformados, como que no había protocolos que cumplir; después ya no, después empezaron a trabajar... de hecho, yo lleve la máscara que me hizo mi esposo y a partir de la máscara que me hizo mi esposo empezamos con las orientadoras a crear máscaras para todos los orientadores y para los enfermeros.

Se plantea la temática de la falta de regulaciones claras que permitan, en la medida de lo posible, anticipaciones en espacios ampliamente dominados por la incertidumbre.

Categoría Reflexiones

En el transcurso de la pandemia se hizo presente la solidaridad, las/os entrevistados muestran a través de sus relatos cómo fueron pasando del individualismo (“voy hago la guardia y me vuelvo a mi casa y ya fue”) a lo colectivo (“hoy tenemos guardia, ¿cómo te fue hoy?, ¿cómo te sentiste hoy?”), es decir pasan de estar centradas/os en su persona a tener más

presente “al otro” y a fomentar los vínculos con sus compañeras/os. En tal sentido, Ximena afirma:

(...) cosas así como, de valorar o de ver quién, quién tenés al lado, con quién estás, quiénes son tus compañeros de trabajo... Y creo que bueno, eso es lo que podría decir, que con la ayuda de todos; si no, esto no podíamos hacerlo. Yo la verdad que, si no tenía ayuda, no, sola no se puede, y bueno. Y esto es lo que deberíamos pensar siempre, ¿no? La ayuda de todos.

Y Graciela señala: “creo que uno volvió con otra escala de valores a la asistencia”.

Frente a la necesidad imperiosa de seguir prestando los servicios y a la vez cuidarse y ser cuidadas/os, las/os entrevistadas/os relataron innovaciones que en casos surgieron de ellas/os mismas/os y en otras/os de la organización institucional, como el uso del teléfono y la valoración de la palabra, como así también la incorporación de tecnologías accesibles, como la Tablet para realizar actividades.

Se observa también que hubo reasignación de funciones a las que las/os trabajadores/as esenciales accedieron y se adaptaron rápidamente. Patricia cuenta que a partir de que fue designada para hacer el seguimiento telefónico a los pacientes ambulatorios con Covid-19, se creó un servicio de telemedicina: “O te quedás paralizado y te quedás en tu casa porque no tenés nada para aportar o te re... te reinventás”.

Discusión

La recursividad generalizada de prácticas sociales de comportamiento entre las/os actores sociales orientadas por reglas comunes promueve un estado de seguridad existencial en el sujeto, esto es, un sentimiento de seguridad ontológica, producto de la confianza en la continua repetición de las rutinas de interacción con otras/os. La imposibilidad de garantía del comportamiento de las/os actores provoca la aparición de imprevisibilidad, cercenan la certidumbre de las rutinas institucionalizadas, produciendo una suspensión en la confianza en el comportamiento, sentimientos de miedo, desconfianza, confusión, dolor, en suma, ansiedad existencial resultante de la inseguridad ontológica. La ansiedad existencial es un estado afectivo producto del encuentro entre la dimensión social

de la suspensión de la seguridad ontológica de rutinas institucionalizadas (Giddens, 2004) y la dimensión subjetiva de la suspensión de la confianza básica (Erikson, 1987).

La información recolectada de las entrevistas muestra dos tipos de respuestas que pueden ser desagregadas del siguiente modo: una respuesta sobre el estado afectivo del cuidador/a y una respuesta ético-ideológica sobre la práctica profesional del cuidado. Puede agregarse que, por un lado, la dimensión afectiva representa una autopercepción subjetiva de su estado anímico; la dimensión ético-ideológica, por otro lado, representa una evaluación política de la práctica sanitaria. Mientras que en la primera de estas, las respuestas representaban expresiones de miedo, angustia, incertidumbre; en la segunda, representaban expresiones de una revaloración de la práctica profesional orientada por imperativos de solidaridad.

Respecto de la dimensión subjetiva, se inscriben los testimonios de las/os cuidadores dando cuenta de una experiencia de miedo (“nosotrxs, en nuestro hospital, no hay guardia, entonces teníamos miedo”) y susto (“no teníamos un vidrio... entonces más nos asustaba el temblor corporal, el cuerpo te tiembla realmente”). Pero también los testimonios muestran que el cuidado institucional no garantiza un cuidado psicológico, puesto que el resguardo es, en este caso, de tipo físico y no psicológico: “se nos resguardó más desde lo físico, como del contagio, y no sé si tiene en cuenta cómo impacta en nosotrxs... el malestar de los pacientes, o sea, el resguardo psicológico”.

En relación a la segunda dimensión del relato de las/os cuidadoras/es, aparecen en los testimonios retazos de una difusa ideología público-colectiva asentada en la valoración positiva de la provisión de ayuda a las/os otros/as. Esta parece deudora de una ideología que ha hecho de los programas de políticas sanitarias un bien público fundamental. Expresiones del estilo “somos un país solidario”, “son tiempos de brindar escucha” o “creo que uno volvió con otra escala de valores” dan testimonio de ello. No obstante, debe consignarse que esta posición ético-ideológica dista de conformar un conjunto de creencias compartidas organizadas como un lenguaje de valores políticos claramente enunciados e identificables.

Los puentes entre cuidadores y cuidados

Frente a la situación de vulnerabilidad, tanto las/os trabajadoras/es esenciales del ámbito de la Salud como las/os participantes de PUNQAM, presentaron conductas proactivas (“creActivas”). En situaciones en las que los dispositivos de acción instituidos se encuentran ante la incertidumbre y la necesidad de dar respuestas inmediatas *in situ* se han activado potencialidades de la inteligencia general (“general Intellect”), en este caso particular de las organizaciones de salud y que permanecen en latencia. Ello incluye la capacidad de los grupos para agenciar recursos y componer respuestas improvisando recursos y acciones (operaciones de *bricoleurs* en estado práctico).

Proponemos crear espacios flexibles, creativos que, teniendo en cuenta la particularidad de las diferentes instituciones, alberguen contención psicológica en los distintos niveles del sistema de salud y de educación, para tener en cuenta los cuidados de las/os cuidadoras/es, esto es de los recursos humanos en salud/educación cuyas fortalezas se han demostrado durante la pandemia. Dar espacio a sus voces, alojar las emociones, sentimientos, miedos y reflexiones de las/os trabajadoras/es de la salud es un imperativo ético. Se vuelve imprescindible profundizar en el trabajo intersectorial dentro de las instituciones hospitalarias y con la comunidad para que la experiencia de la pandemia permita precisar el enlace entre las dimensiones social y subjetiva de la misma.

De lo dicho, surgen dos conceptos clave: inclusión y participación. Con las estructuraciones de poder vacilando ante los riesgos y bloqueadas muchas prácticas rutinarias automatizadas en los flujos verticales de las organizaciones, se abrió el campo de posibilidades para que brotara en espacios colectivos impensados la capacidad para generar respuestas audaces y creativas. Estas surgieron del deseo, al que concebimos como productor y cuya esencia es la libido (Deleuze, en Guattari, 1976).

Para cerrar, resultan pertinentes las palabras de Dufourmantelle (2019): “Arriesgar la vida” (*Risquers a vie*) que es una de las expresiones más bellas de nuestro idioma. ¿Significará necesariamente enfrentar la muerte y sobrevivir? ¿O bien habrá, inserto en la vida misma, un dispositivo secreto, una música capaz por sí sola de desplazar la existencia hacia esa línea de batalla que llaman deseo? Pues el riesgo –dejemos por lo pronto indeterminado su objeto– abre un espacio desconocido.

¿Cómo es posible, estando vivo, pensarlo a partir de la vida y no de la muerte?

En síntesis: en la línea de batalla que llaman deseo, siempre junto a otras/os, pensar y retomar desde las políticas públicas las experiencias de creatividad, de solidaridad que plantean tanto cuidadoras/es como quienes son cuidadas/os aún frente a la vulnerabilidad antropológica que nos enrostró la pandemia y que dan cuenta de la construcción de los bienes inmateriales.

Referencias bibliográficas

- Altomare, M. (2022). “Los nombres del descuido de lo humano”. En Domínguez Mon, A. *et al. Los cuidados como practica social integral*. Módulo I. Diploma de Cuidados integrales en salud. Rosario, UNRN.
- Altomare, M. y J. Seoane (2019). “Dos perspectivas del problema del cuidado: protección de vida y Estado político y seguridad ontológica y rutinización social”. En Chardon, M.; R. Montenegro y S. Borakievich. *Instituciones y sujetos del cuidado: salud, educación, familias*. Bernal, Universidad Nacional de Quilmes.
- Chardon, M. C. (2022). “La subjetividad avasallada. ¿Quién cuida a los que cuidan?”. *Cuadernos de Psicoanálisis*, Vol. LVI: 71-81, enero-junio. México, Asociación Psicoanalítica Mexicana.
- Chardon, M. C.; R. C. Leegstra y M. C. Altomare (2021). “Cuidados en pandemia: emociones, temporalidades, prácticas y valores”. Esfera familiar. *Primer Congreso Latinoamericano de Trabajo Social de la UNVM*. Tema 7 Políticas Sociales. Villa María, UNVM. Disponible en: <https://www.academica.org/maria.cristina.chardon/2>
- Chardon, M. C.; R. Montenegro y S. Borakievich (comps.) (2019). *Instituciones y sujetos del cuidado. Salud, Educación y Familias*. Bernal, Editorial Universidad Nacional de Quilmes.
- Cueli, J. y C. Biro (1975). *Psicocomunidad*. México, Prentice Hall.
- Dufourmantelle, A. (2019). *Elogio del Riesgo*. Buenos Aires, Amalia Fererik.
- Engeström, Y. (2011). “El aprendizaje expansivo en el trabajo: Hacia la reconceptualización teórica de la actividad”. *Journal of Education and Work*, 14 (1).

- Erikson, E. H. (1990 [1987]). *Las ocho etapas del hombre*. Buenos Aires, Hormé.
- Ferreiro, E. (1999). “Psicogénesis y educación”. En Vigencia de Jean Piaget. México, Siglo XXI.
- Guattari, F. (1976). *Psicoanálisis y Transversalidad*. Buenos Aires, Siglo XXI.
- Findling, L.; M. P. Lehner; M. Ponce y E. Cirino (2014). “¿Cómo se cuidan los que cuidan? Consecuencias de cuidar a otros”. En *VIII Jornadas de Sociología de la UNLP*, 3 al 5 de diciembre de 2014. Ensenada, Universidad Nacional de La Plata, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Departamento de Sociología.
- Findling, L. y E. López (coords.) (2018). *Cuidados y familias. Los senderos de la solidaridad intergeneracional*. Buenos Aires, Teseo.
- Foucault, M. (2001 [1984]). “Le souci de la vérité” (entretien avec F. Ewald). En Defert, D. y F. Ewald (dirs.). *Michel Foucault, Dits et Écrits*, tomo II. París, Gallimard.
- Giddens, A. (2004). *Consecuencias de la modernidad*. Madrid, Alianza.
- Lartigue, M. T. y M. C. Chardon (2021). “La clínica psicoanalítica con personas mayores. Perspectiva desde los estudios de género”. *Cuadernos de Psicoanálisis*, Vol. LIV, N° 1 y 2, enero-junio. México, Asociación Psicoanalítica Mexicana-Architectum Plus Editores.
- Merhy, E. (2006). *Salud: cartografía del trabajo vivo*. Buenos Aires, Lugar Editorial.
- Reguant-Álvarez, M. y M. Torrado-Fonseca (2016). “El método Delphi”. *REIRE*, Vol. 9, N° 1, enero. Barcelona, Universitat de Barcelona, Institut de Ciències de l'Educació. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/304674496_El_metodo_Delphi
- Reich, W. T. (1995). “History of the notion of care”. En Reich, W. T. (ed.) *.Encyclopedia of Bioethics*. Nueva York, Simon & Schuster Macmillan.
- Scatularo, C. E.; L. Battioni; S. Bellia; S. Costa de Robert; M. De las Nieves Gatti; M. Racki; G. Soracio; A. Lescano; J. Giorgini y S. M. Pereiro (2021). “Impacto psicofísico de la pandemia COVID-19 en Trabajadores de la salud en Argentina”. *Revista Argentina Cardiología*, 89: 204-210.
- Ulloa, F. (1995). *La novela psicoanalítica. Historial de una práctica*. Buenos Aires, Paidós.
- Vigotsky, L. (1988). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. México, Crítica Grijalbo.

Migración, cuidados y envejecimiento en el Conurbano Bonaerense

Paula Estrella

Introducción

José C. Paz es una localidad del Conurbano Bonaerense, ubicada a 40 km de la Ciudad de Buenos Aires. Los primeros habitantes de este territorio fueron los “querandíes”, nombre dado por los guaraníes, en tanto consumían en su dieta diaria grasa de animal; la palabra querandíes significa “hombres o gente con grasa” (Fernández, 2010). Este pueblo originario habitó ampliamente la región pampeana hasta que los españoles, luego de prolongados enfrentamientos, los expulsaron y se establecieron de forma permanente allí.

En octubre de 1897, José Altube fundó un pueblo rural conformado por migrantes italianos, españoles y vascos. En 1906, se inauguró la estación de ferrocarril “Arroyo Pinazo”, actualmente José C. Paz. Ese territorio estuvo conformado durante mucho tiempo por cuatro barrios situados alrededor de la estación y rodeados por campos de cultivo, de cría de ganado y de producción de ladrillos. Alemanes, franceses, húngaros, polacos y suizos fueron parte del gran flujo migratorio desde 1930. A ellos se sumaron los japoneses, que empezaron a dedicarse al cultivo de las flores. También llegaron croatas, españoles procedentes de Galicia y portugueses. A partir de 1946, comenzó el loteo de los campos y así surgieron distintos barrios, que serían poblados por un flujo migratorio proveniente de distintas provincias argentinas, atraído por la posibilidad de mejores condiciones de vida. Estos movimientos se acompañaron de un importante flujo de inmigrantes que llegó una vez finalizada la Segunda Guerra Mundial, especialmente italianos y de países de Europa del Este, entre ellos los croatas, que se radicaron en la zona de Vucetich. Los flujos migratorios se ampliarán con la presencia de poblaciones de los países limítrofes: Paraguay, Chile y Bolivia (Fernández, 2015). La posguerra

también trajo a italianos que fundaron en 1954 el Club Italiano. Este crecimiento de la población de José C. Paz la llevó a la obtención del rango de ciudad en 1966.

A nivel nacional, hacia fines de los años 1960, se dieron procesos migratorios continuos de países limítrofes y disminuyeron los de países de ultramar (Massé, 2015). Los procesos de urbanización e industrialización impulsados a mediados del siglo XX y el estancamiento de las economías regionales determinaron que los migrantes limítrofes, con la excepción de los chilenos, se fueran concentrando en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), constituida por la CABA y los partidos del Gran Buenos Aires (Castillo y Gurrieri, 2012). A su vez, en paralelo, desde los años 1970, se fue generando un incremento del envejecimiento de la población, con un aumento de la cantidad de personas que llegan a edades mayores de 60 años, lo que repercutió en los cuidados de dicha población a nivel individual, familiar y social.

De acuerdo con los datos del Censo 2010,¹ existía un 4,5% de población nacida en el extranjero (un total de 1.805.957 personas), de la cual el 28% tenía más de 60 años. En Argentina, según la nacionalidad, quienes arribaron de Paraguay encabezan la población migrante con un total de 550.713 personas, de las cuales 212.000 llegaron en el período 2002-2010. Le siguen en cantidad los/as migrantes de Bolivia con 345.272; en tercer lugar, se ubica Chile con 191.147 y en cuarto lugar se encuentran quienes llegaron de Perú que son 157.514.

A nivel local, la composición sociodemográfica del territorio de José C. Paz refleja un largo proceso que incluye diversas poblaciones y grupos humanos migrantes que fueron confluyendo en el territorio y se asentaron en él (Estrella, Grégoric y Hernández, 2020). Según el Observatorio del Conurbano Bonaerense del Instituto del Conurbano Bonaerense (ICO) de la Universidad Nacional de General Sarmiento (UNGS), el total de población nacida en el extranjero que reside en José C. Paz es de 13.513 individuos, es decir, el 6,23% de la población total. Según el Censo 2010, provienen de países limítrofes: 11.558; de países de América no limítrofes: 623; de Europa: 1.219; de Asia: 105; y de África: 8. Con respecto a la distribución de edades de su población, según el Censo 2010, el 64% de sus habitantes tiene entre 15 y 64 años, el 29,2% tiene entre 0 y 14 años y el 6,8% tiene más de 65 años (ICO/UNGS, 2016).

1 Aún no están disponibles los datos vinculados a migraciones del último Censo 2022.

La cantidad de personas mayores expresa una tendencia que se viene dando desde 1970 vinculada al aumento de la expectativa de vida. Las transformaciones demográficas tienen consecuencias que plantean desafíos sociales y políticos. En este sentido, el envejecimiento de la población adquiere repercusiones en la vida cotidiana a nivel individual, familiar y social. Una de sus consecuencias se relaciona con los cambios en los patrones de morbilidad y mortalidad, que indican que existirá una creciente demanda de cuidados de larga duración de la población envejecida, y para ello se requerirán políticas activas para mejorar la calidad de vida de la misma (Findling *et al.*, 2020a).

En tanto proceso histórico-social e individual, el envejecimiento es dinámico, extremadamente heterogéneo y particularmente contextualizado (Tamer 2008, en Findling *et al.*, 2020b). La vejez constituye un fenómeno social multidimensional –engloba variables de edad, género, clase, trayectoria individual– que repercute en los cuidados a nivel individual, familiar y social. A su vez, implica una demanda específica en relación a los servicios de cuidado y de atención de la salud (Laslett, 1995). La provisión de cuidados puede analizarse desde el modelo del diamante constituido por la familia, el mercado, el Estado y las organizaciones no gubernamentales (Razavi, 2007, en Findling *et al.*, 2015).² Uno de los roles más destacados de la provisión de cuidados está a cargo del Estado, que es el responsable de garantizar el derecho a la salud de toda la población a partir de la ejecución de políticas públicas. Estas expresan la capacidad del Estado para articular los intereses de diversos actores atravesados por su clase social, fracciones de clases, organizaciones y grupos que se definen a partir de su capacidad de identificar objetivos, diseñar un curso de acción y contar con relativa autonomía para implementarlos (Oszlak y O'Donnell, 1981; Acuña, *et al.*, 2010).

El cuidado como marco de las políticas completa la agenda de los derechos sociales, especialmente el acceso universal a servicios con estándares de calidad. El interés por conocer cómo se concibe la prestación de ayuda en una sociedad está muy ligado a la organización y gestión de la estructura asistencial de los Estados a través de las políticas sociales y sanitarias (Gomila, 2005; Cepal, 2013; Pautassi, 2013, en López *et al.*, 2015). En este sentido, no solo Argentina, sino también a nivel regional,

² Si bien, hasta hace pocas décadas, las familias eran proveedoras de protección y seguridad, esta función se ha ido alterando debido a sucesivos cambios sociales, demográficos, políticos y culturales (Martín Palomo, 2008; Findling y López, 2015).

los países de Latinoamérica y el Caribe atraviesan una crisis de cuidados (Pérez Orozco, 2014), entendida como un déficit entre las necesidades interdependientes de cuidados que tienen las personas y la capacidad de la sociedad para brindarlos (Ferreira, 2022). El concepto de crisis de los cuidados, en su versión inicial, alude a la tensión en la provisión de los mismos derivada del distinto papel de las mujeres en las sociedades desarrolladas de finales del siglo XX (Hochschild, 1995). Debido a su acceso al ámbito público, especialmente al empleo, sin menguar su protagonismo como cuidadoras en el ámbito doméstico.

Dado que el sistema de protección social es insuficiente para mantener una calidad de vida acorde con las exigencias que plantean las edades avanzadas, una parte significativa de la población mayor debe obtener recursos de diversas redes sociales, fundamentalmente de sus propias familias. En la mayoría de los países de América Latina, el cuidado se brinda predominantemente de forma no remunerada dentro de las familias y está casi siempre a cargo de las mujeres (López *et al.*, 2015). Las acciones estatales carecen de una política integral para personas mayores y solo aquellas personas con mayor nivel socioeconómico pueden acceder a cuidados pagos. Otro aspecto significativo del envejecimiento demográfico es que es más visible en las grandes ciudades, ya que se vincula a lo urbano y sus periferias. En este sentido, estas poblaciones que van envejeciendo son en gran parte producto del movimiento de flujos y/o desplazamientos de personas.

Luego de migrar se asentaron en áreas urbanas y periurbanas, con elevados niveles de pobreza y deficientes condiciones de vida. Algunos autores señalan que las migraciones humanas, en general, se originan en búsqueda de trabajo, nuevas oportunidades económicas, para reunirse con familiares, mejorar calidad de vida, entre otros motivos (Micolta, 2005; Lotero-Echeverri y Pérez Rodríguez, 2019; Méndez y Gómez, 2022). En nuestro país, la población migrante se fue asentando en mayor medida en CABA y AMBA, y parte de ella posee en la actualidad más de 60 años de edad. Es decir, que el fenómeno migratorio que se viene dando en el país desde hace varias décadas, se encuentra atravesado por las problemáticas referidas en torno al envejecimiento que, en contextos urbanos y periurbanos de pobreza, adquiere características específicas que se expresan en parte en sus itinerarios y saberes de salud. En José C. Paz, el porcentaje de hogares con al menos un indicador de Ne-

cesidades Básicas Insatisfechas (NBI), utilizado para poder establecer una aproximación a las situaciones de pobreza estructural, es de 12%, es decir, 8.610 hogares presentan al menos un indicador de NBI (ICO/UNGS, 2016). En cuanto a la infraestructura, el 30% de las calles del municipio, aproximadamente, se encuentran asfaltadas y las viviendas muestran altos niveles de precariedad. De las 71.876 emplazadas en el partido, tan solo el 44,01% presenta una calidad satisfactoria respecto de su construcción. A su vez, accede al gas de red solamente el 40,27% (Álvarez Newman, 2018, en Goren *et al.*, 2019).

Con respecto a la población económicamente activa (127.567 personas), el 61,49% se encuentra ocupada. De la población ocupada, casi la totalidad se compone de obreras/os y empleadas/os (73,83%) y trabajadoras/es por cuenta propia (19,99%). En relación a los aportes jubilatorios, se estima que el 47,27% de la fuerza laboral del municipio se encuentra informalizada. En términos económicos, los principales indicadores confirman que José C. Paz es uno de los territorios más vulnerables del GBA (Goren *et al.*, *ibídem*).

La estructura sanitaria del Municipio de José C. Paz cuenta con un hospital provincial: el Hospital General de Agudos “Gobernador Domingo Mercante”. El sistema municipal de salud posee cinco hospitales para enfermedades específicas (uno oftalmológico; uno odontológico; uno de traumatología, uno oncológico y uno de alta complejidad), 2 Centros de Integración comunitaria (CIC) y 20 CAPS (ICO/UNGS, *ibídem*). Si bien esta estructura es considerable, existe un gran déficit con respecto a la dotación de Recursos Humanos en salud y a insumos y medicamentos, así como grandes problemas de infraestructura edilicia y seguridad en efectores del primer nivel de atención (CAPS). Esto repercute en las búsquedas que realizan las personas mayores migrantes para resolver sus problemáticas de salud a nivel local.

Las personas mayores migrantes de José C. Paz desarrollan itinerarios que conforman la secuencia de actividades emprendidas en el proceso de búsqueda de resolución del padecimiento, lo que constituye un indicador de los recursos utilizados (Kleinman y Psordas, 1996). Los itinerarios posibilitan comprender los discursos y prácticas expresados en diferentes lógicas, resultado de las propias experiencias (Bellato *et al.*, 2008).

Objetivos

El objetivo general de este artículo es describir y analizar los cuidados en torno a las personas mayores migrantes que residen en el Municipio de José C. Paz. Los objetivos específicos son dos: a) Relevar fuentes secundarias con análisis estadístico, y b) Construir fuentes primarias a partir de realizar entrevistas en profundidad.

Metodología

La metodología cualitativa adoptada resalta la importancia de la construcción social de la realidad de los sujetos e interpreta los significados que las personas le otorgan a sus conductas. Así, apelando a la reconstrucción verbal de la experiencia subjetiva (Denzin y Lincoln, 1994; Vasilaschis de Gialdino, 2006, 2007), se profundiza en las percepciones de salud y cuidados de personas mayores migrantes. En este sentido, los datos constituyen parte de la representación, la percepción, la interpretación subjetiva de una persona que, mediante su relato, apelando al recurso del tiempo y ubicándose en el espacio, vincula lo individual con lo social, organiza y construye la experiencia, se “presenta”, se “representa” (Vasilaschis de Gialdino, 2020). Una de las estrategias metodológicas que se utilizó implicó captar la curva vital de la migración, que puede traducirse como la experiencia de vida del desplazamiento geográfico, que desde la biografía del individuo no se agota en el viaje, sino que surge más como una experiencia que integra múltiples lugares unidos por movimientos multidireccionales, traducidos en eventos biográficos enlazados en formas vitales complejas. Es decir, la experiencia migratoria es abordada de acuerdo con la forma como los individuos experimentan el tiempo y el espacio, y dan significado a eventos específicos en una idea general, aunque a veces confusa, de su vida como un todo (Velasco y Gianturco, 2015).

A su vez, desde el enfoque etnográfico, en tanto acercamiento y proximidad únicos a los sujetos/objetos de la investigación, se considera que el mundo social se reproduce a partir de situaciones de interacción donde los actores, lejos de ser meros reproductores de leyes preestablecidas que operan en todo tiempo y lugar, son activos ejecutores y

productores de la sociedad a la que pertenecen. A partir de las interacciones se constituyen las normas, reglas y estructuras. Los actores no solo siguen las reglas, sino que las actualizan y, al hacerlo, interpretan la realidad social y crean los contextos en los cuales los hechos cobran sentido (Garfinkel, 1967; Coulon, 1988, en Guber, 2011). Desde esta perspectiva se realizó el trabajo de campo que incluyó doce (12) entrevistas en profundidad a personas mayores.³ Se seleccionaron e incluyeron hombres y mujeres mayores de 60 años que residen en el segundo cordón del Conurbano Bonaerense, mayormente en la localidad de José C. Paz, que migraron de diversos localidades y países, de diferentes niveles socioeconómicos, buscando desentrañar la relación entre los procesos de envejecimiento y migratorios y los cuidados. La técnica de reclutamiento fue la de bola de nieve, intentando la mayor heterogeneidad posible de los datos.

Se indagaron y analizaron las siguientes dimensiones: las experiencias migratorias, los itinerarios terapéuticos, opiniones, creencias y percepciones sobre la salud y los cuidados, en relación con el envejecimiento y la migración, y las perspectivas acerca del futuro cercano. Se aplicó un consentimiento informado mediante el cual los/as entrevistados/as recibieron información sobre la investigación, los objetivos, la metodología y la utilización de los resultados.

Las entrevistas se realizaron en un centro de jubilados, en un Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) y en dos domicilios de personas mayores migrantes residentes en José C. Paz; y el tiempo de duración osciló entre una hora y una hora y media.

A su vez, las fuentes primarias producidas se combinaron con fuentes secundarias obtenidas del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas de 2010 y del Observatorio del Conurbano Bonaerense del ICO/UNGS de 2016.

Resultados

Las personas mayores migrantes consideradas para la realización de este trabajo presentan una diversidad de experiencias migratorias. No solo

³ Los grupos etarios comprenden según lo que plantea la Organización Mundial de la Salud: adulto joven, de 18 a 44 años; adulto medio, de 45 a 59 años; persona mayor, de 60 años en adelante (Pozzi, 2016).

proviene de múltiples localidades y países, pertenecen a diferentes estratos socioeconómicos, migraron en distintos períodos, sino que también las vivencias que han atravesado son plurales. A pesar de ello se pueden encontrar recurrencias y dimensiones de los procesos migratorios que se repiten y/o comparten, así como itinerarios, percepciones y prácticas en torno a la salud y los cuidados.

Las experiencias migratorias

A los fines analíticos las personas mayores migrantes con las que trabajamos se podrían agrupar según la procedencia: de países europeos (Italia y España), de países limítrofes (Bolivia –dos–, Paraguay –cuatro– y Uruguay), de países de Latinoamérica no limítrofes (Colombia, Perú) y de provincias argentinas (Misiones). Esta diversidad de procedencias se debe a que se consideró abarcar la mayor variabilidad posible. Mediante la técnica de bola de nieve se logró encontrar la heterogeneidad migratoria presente en José C. Paz.

Los/as migrantes europeos/as tienen más de 78 años y han arribado al país cuando tenían entre seis y doce años. Relataron que primero vinieron sus padres, impulsados por la búsqueda de mejores condiciones de vida para sus familias, en un contexto de guerra y posguerra en Europa, tal como refiere Fernández (2015). A su vez, la búsqueda de trabajo, nuevas oportunidades económicas, mejor calidad de vida, entre otros motivos (Micolta, 2005; Lotero-Echeverri y Pérez Rodríguez, 2019; Méndez y Gómez, 2022), fueron recurrentes en los/as entrevistados/as.

Aquiles (78), de Asturias, recordó:

(...) mi padre tenía un carácter especial, no podíamos trabajar juntos, era imposible, discutíamos, él venía muy golpeado, fue a la guerra, no la pasó bien porque cuando estaba en plena guerra los parientes de él estaban metidos en una mina de carbón, es una zona de minas de carbón, estaban escondidos y él cuando podía escaparse del frente iba a llevarles comida, eso es lo que me enteré después de haber ido allá y de hablar con las hermanas de él... vino buscando un lugar mejor. Acá trabajó, hizo su casa... se vinieron acá por el hambre, vinieron por la comida, escapando de la guerra (...).

Roberto (80), de Nápoles, expresó:

Después de la guerra se estaba mal, estábamos mal. Mi padre fue a la guerra, él estuvo peleando más de cuatro años. Era muy terrible y yo algo recuerdo. Porque en la casa que yo estaba vinieron los alemanes y nos ocuparon dos o tres dormitorios, se quedaron ahí... primero vino mi padre y mi hermano. Mi padre trabajaba acá, mucho, mucho, estaba haciendo la casa y nos mandaba plata.

Ambos relacionaron la guerra y sus consecuencias como uno de los motivos que llevaron a sus padres a buscar un lugar con posibilidades de desarrollo.

Por su parte, los/as migrantes de países limítrofes (Bolivia, Paraguay y Uruguay), de Latinoamérica (Colombia, Perú) y de Misiones (Argentina) poseen entre 60 y 81 años. Como se ha referido anteriormente, desde 1960, disminuyen las migraciones de ultramar y se mantienen continuas hasta la actualidad las de países limítrofes (Massé, 2015). Los/as entrevistados/as han arribado al país en distintos momentos, siete hace más de treinta años y tres vinieron hace más de quince años.

Los motivos que adujeron se relacionan con la búsqueda de trabajo, posibilidades de desarrollo y mejores condiciones de vida.

Máximo (81), de Paraguay, manifestó que, a los 18 años, después de hacer la colimba en Asunción:

(...) crucé a Argentina, vine por trabajo. Allá no había trabajo, no hay nada, por ahí tenés suerte y te emplean en un almacén. Para despachar, te van a llamar para hacer empanadas, no alcanza (...).

Griselda (60), de Uruguay, dijo:

(...) cuando tenía 15 años vinimos todos, mis padres y mis hermanos. Al principio fue difícil, extrañaba, los adolescentes, la secundaria, pero mis padres nos trajeron porque allá no había posibilidades (...).

Alejandro (61), de Colombia, recordó: “vine hace 36 años, empecé a trabajar, me casé y me quedé acá.”

En el caso de Angelín (81), de Misiones, además de trabajo necesitaba que atendieran a su hijo por un problema de salud:

(...) vine acá a buscar trabajo y después vino mi hijo. Vine solo, porque a mi hijo el mayor le salió un quiste en el cuello y en El Dorado no tenía cura. Acá se curó en el Hospital de Niños, con pastillitas nomás lo curaron. Y allá querían que tenga cuatro años para operarlo. Tenía un año y acá en un año

ya se sanó. Me compré el terreno, mi casa. Cuando vine trabajé de chofer con autoelevador. Trabajaba en el Tigre, en la metalúrgica (...).

Salvo los/as que aún continúan trabajando (7), que son los/as más jóvenes de la muestra, el resto (5) están jubilados/as. De ellos/as, la mayoría comenzó a trabajar en distintas tareas y oficios entre los 12 y 15 años. Dos se jubilaron como choferes, uno como tapicero, otro como comerciante y otra como ama de casa. Todos/as consideran el trabajo como central en sus vidas. Aún aquellos/as que se encuentran jubilados/as realizan diversas actividades que los/as mantienen activos y expresan grados de autonomía que dan cuenta del envejecimiento como un proceso dinámico, extremadamente heterogéneo y particularmente contextualizado (Tamer, 2008, en Findling *et al.*, 2020b).

Con el correr del tiempo, cada uno/a de los/as migrantes conformó su familia, sus redes sociales y comunitarias. Los/as de más de 75 años (6) concurren a un Centro de Jubilados y a un CAPS, donde participan de actividades lúdico-recreativas (talleres de tejido, de ropa, de juegos, artísticos, de bailes, entre otros). Este grupo de personas mayores migrantes han transitado y desarrollado la mayor parte de sus vidas en el país. A pesar de que algunos/as expresaron que en un principio cuando llevaban poco tiempo de residencia, extrañaban su tierra, familias originarias, por el idioma y/o costumbres, en la actualidad refieren que su hogar es donde viven desde hace más de 30, 40 y 50 años, como relata Aquiles (78): “Uno ya está enraizado acá”, y Roberto (80): “soy más argentino que italiano”.

Personas mayores migrantes y cuidados

Las personas mayores migrantes que residen en José C. Paz expresan una heterogeneidad de itinerarios, prácticas y creencias en torno a la salud y los cuidados. A partir del análisis se observó que el cuidado se brinda predominantemente de forma no remunerada dentro de las familias (López *et al.*, 2015).

Relataron que sus familias de origen eran numerosas, tenían más de tres o cuatro hermanos/as, en algunos casos hasta ocho. En cuanto a ellos/as, siete tuvieron dos o tres hijos/as en total, una tuvo diez hijos, tres tuvieron un solo hijo y una entrevistada no tuvo hijos. La mayoría de sus hijos/as residen cerca, algunos incluso viven en el mismo terreno

y/o casa. Además, poseen parte de sus familias en sus países de origen, con las cuales mantienen vínculos estrechos y visitan cuando pueden. Las dinámicas familiares, sobre todo durante la pandemia, se enfocaron en resguardar y proteger a las personas mayores. Expresaron que permanecieron unidos/as y atentos/as para asegurar los cuidados a fin de prevenir los posibles contagios y/o saldar problemas económicos:

(...) en pandemia mis hijas me traían comida. Ahora ellas se turnan y me acompañan a los médicos... vamos con una estrategia para sacar los turnos... dos mujeres que me cuidan como loco. (Aquiles, 78).

(...) Mis hijos me ayudan porque lo que pasa es que yo los he ayudado a ellos. En la pandemia, por ejemplo, mi hijo el fotógrafo, estuvo dos años y medio prácticamente sin sacar una foto, yo lo ayudé, ahora está bien. Mis hijos me ayudan porque tengo la jubilación mínima. (Roberto, 80)

Tanto antes como después de la pandemia, relataron situaciones en la que recibieron cuidados de efectores de salud de la Obra Social de Jubilados/as PAMI, así como de efectores públicos y privados. Se realizan controles periódicos y aquellos/as que presentan alguna patología crónica, cumplen sus tratamientos. En este sentido, los itinerarios que conllevan la búsqueda que realizaron para resolver sus padecimientos (Kleinman y Psordas, 1996), implican la atención en instituciones sanitarias oficiales (Hospitales de PAMI, Hospital Duhau, hospitales públicos, consultorios privados, entre otros). A pesar de haber presentado diversas patologías como hernias, problemas respiratorios y otras asociadas a la edad como hipertensión, diabetes, hipo/hipertiroidismo, cardiopatías, problemas de rodilla, tobillos, cálculos en la vesícula, asma, secuelas de neumonía, todos/as refieren que poseen salud y se cuidan:

(...) de chico no recuerdo haber ido al médico hasta la adolescencia... éramos sanos, se usaban mucho los yuyos para curar, nuestra vida era trabajar. Ahora camino a la mañana doce cuadras y a la tarde otras doce. Como poca harina, tomo mucha agua, trato de no comer pan. Escucho radio, como ensalada todos los días, duermo la siesta 20 minutos, trabajo en la quintita, vienen mis hijos, vengo al centro de jubilados a jugar al truco dos veces por semana y algunos domingos ayudo... así es la vida, me arrepiento de no haber ido a Italia, mi papá fue 8 veces, mis hermanos también, solo yo y otro hermano no fuimos nunca, pero quién te dice, nunca es tarde (...). (Roberto, 80)

Yo me cuido con las cosas porque soy una persona grande. No quiero que él tampoco se enferme. Me levanto y rezo el padre nuestro y pido que no me falte el pan a mí ni a nadie. No salgo con la lluvia o el calor. Nos cuidamos entre los dos. Hago comida sencilla... vengo al CAPS, nos juntamos ahí, charlamos, hacemos viajes (...). (Hermes, 76, de Paraguay)

Yo me cuido en todo sentido, yo me cuido de estar no machado, me cuido de la comida como yo tenía úlcera hace muchos años y tengo presión alta me tengo que cuidar, antes fumaba, chupaba, dejé de fumar. Yo viví bien, era muy divertido, me gustaba el baile, el fútbol, el vóley, las cartas. Soy bailarín. Fuimos a bailar el 8, el 16 tenemos otro, entramos gratis, es la virgen, ahí hay conjuntos, ahí bailamos, nos gusta ir a esas fiestas por los santos, el gauchito Gil... me gustaría volver al campo. (Máximo, 81)

Si bien los/as entrevistados/as atraviesan procesos de envejecimiento diversos, todos/as presentan una rutina cotidiana activa. Los/las que están jubilados/as además de su red familiar participan de redes comunitarias que los/as mantienen conectados/as y en acción. Con respecto al cuidado, lo vincularon a la salud y a la alimentación, así como a otras situaciones como viajes recreativos, la protección de la familia y los recursos, la seguridad que tendría que garantizar el Estado y los que gobiernan, y también el cuidado apareció vinculado a la posibilidad de conseguir una jubilación:

Tomamos mate, cocina mi mujer siempre, cocina bien, no voy a decir que no, dormimos siesta, vemos tele. A veces salimos, paseamos, conocemos casi todo, Salta, Mendoza, Tucumán, Córdoba, por todos lados paseamos, fuimos a Brasil, vamos con el centro de jubilados. Nos gusta salir, jugamos a las cartas. (Angelín, 81)

Yo creo que en la vida siempre se toman cuidados o recursos, de algo, pero yo creo que cuidados puede empezar de uno querer, uno tiene una familia, tener protegida a la familia, cuidarla. (Aguiles, 78)

Yo me cuido en las comidas y a veces tomo una copita de vino. A veces tomo una cervecita. (Máximo, 81)

(...) nos tendrían que cuidar un poquito más los que mandan. Pago mucha plata de impuesto municipal y no me brinda nada. Solo buscan la basura. En 30 años me robaron 21 veces. La última fue muy grave casi matan a mi seño-

ra. Cayeron más tarde, se llevaron relojes y no los devolvieron, estaban en la comisaria y no los devolvieron. (Roberto, 80)

Viajé a Formosa para hacer la jubilación. Pagué dos veces antes y ahora y me agarró la pandemia. Fui hace dos meses al Banco Nación para el trámite, estoy esperando que me salga. Cuando cobre voy a poder ir a ver a una de mis nietas que vive en Paraguay (Hermes, 76)

Conclusiones

A lo largo de este artículo se han abordado experiencias migratorias de personas mayores que residen en José C. Paz. Como se ha referido, la composición sociodemográfica de dicha localidad refleja un largo proceso que incluye diversas poblaciones y grupos humanos migrantes que fueron confluyendo en el territorio y se asentaron en él. Presenta migrantes provenientes de Europa, que arribaron al país escapando de la guerra y el hambre, así como migrantes de Latinoamérica y países limítrofes que desde 1960 fueron llegando en distintos períodos. Las diversas experiencias de estas personas mayores compartían algunos motivos como búsqueda de trabajo, calidad de vida, resolución de problemas económicos, reencuentro con parte de sus familias, y la búsqueda de mejores posibilidades para desarrollarse. En sus relatos el trabajo adquiere un lugar central. Todos/as hablaron de que migraron para satisfacer esa necesidad, y que trabajar era y/o es una parte importante de sus vidas. Aquellos/as que ya están jubilados/as realizan múltiples actividades como parte de sus rutinas cotidianas. Esto es posible porque poseen autonomía y se pueden desplazar independientemente. Con respecto a la salud, los/as que presentan enfermedades crónicas realizan los tratamientos y asisten a los controles en diversas instituciones sanitarias. La mayoría posee Obra Social pero también realizan consultas en efectores de salud privados. Todos/as son personas mayores activas, no dependientes, los procesos de envejecimiento que prevalecen, si bien son plurales, muestran autonomía en sus rutinas diarias, en las acciones que deciden realizar, en la participación en actividades que organizan instituciones comunitarias/barriales y en la búsqueda de estrategias para resolver sus padecimientos y problemáticas de salud. Las experiencias migratorias son parte de sus vidas que

les han dejado huellas, recuerdos, que han manifestado a lo largo de los encuentros. Durante las entrevistas fueron contando eventos y situaciones de sus vidas que ocurrieron hace más de medio siglo, volviendo a través de la memoria a sus lugares y familias de origen, a paisajes, vínculos, reflexionando sobre el pasado, el presente y el futuro. En la actualidad, los cuidados desde sus miradas estuvieron vinculados a controles y consultas médicas, a la alimentación, a hábitos para mantenerse activos y, en el caso de los/as que no se encuentran jubilados/as, al trabajo. En cuanto a los/as de mayor edad, además de mantenerse ocupados/as, buscan realizar actividades lúdico-recreativas, ver a sus familias; todos/as mencionaron algún proyecto y/o sueño que desean realizar.

En este sentido, este trabajo sobre los procesos de envejecimiento de personas mayores migrantes que residen en José C. Paz ha permitido conocer sus perspectivas, experiencias y prácticas en torno a la salud y los cuidados.

Al igual que lo que sucede en la mayoría de los países de América Latina, se observó que el cuidado se brinda predominantemente de forma no remunerada dentro de las familias, constituyendo estas los espacios más significativos en los que se brindan y reciben cuidados y, en algunos casos, las mujeres (hijas) son las que tienen un rol más activo. Sin embargo, también aparecieron demandas de cuidados dirigidas a sectores del Estado y del gobierno.

Para finalizar, se considera que algunos interrogantes que surgieron en el trabajo de campo como: ¿qué perspectivas, experiencias y prácticas en torno a la salud y los cuidados poseen personas mayores migrantes que presentan distintos tipos/grados de dependencia y/o que no cuentan con redes familiares y/o sociales? y ¿qué diferencias y similitudes existen entre personas mayores migrantes y no migrantes en relación a sus procesos de envejecimiento, a sus perspectivas y experiencias de salud y cuidados?, podrían constituir futuras líneas de investigación que ampliarían y profundizarían los estudios realizados.

Referencias bibliográficas

Acuña, C.; L. Bulit Goñi; M. Chudnovsky y F. Repetto (2010). "Discapacidad: derechos y políticas públicas". En Acuña, C. y L. Bulit Goñi

- (comps.). *Políticas sobre la discapacidad en la Argentina: el desafío de hacer realidad los derechos*, pp. 23-72. Buenos Aires, Siglo XXI.
- Bellato, R.; L. F. Santos de Araújo y P. Castro (2008). “O itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde”. En Pinheiro, R.; A. Gomes da Silvia y R. Araújo de Mattos (orgs.). *Atenção Básica e Integralidade: Contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde*, pp. 167-187. Río de Janeiro, CEPESC IMS/UERJ ABRASCO.
- Castillo, J y J. Gurrieri (2012). “El panorama de las migraciones limítrofes y del Perú en la Argentina en el inicio del siglo XXI”. En *El impacto de las migraciones en Argentina. Cuadernos Migratorios* N° 2. Buenos Aires, Organización Internacional para las Migraciones.
- Denzin, N. e Y. Lincoln (1994). *Handbook of Qualitative Research*. Londres, Sage.
- Estrella, P.; J. Grégoric y F. Hernández (2020). “Migraciones, salud y desigualdades en José C. Paz”. Ponencia presentada en las *II Jornadas sobre Democracia y Desigualdades*. José C. Paz, Universidad Nacional de José C. Paz-UNPAZ, 22 y 23 de octubre.
- Fernández, A. J. (2010). *Ámbito histórico del partido de José C. Paz*. Buenos Aires, Fundación YPF. Disponible en: http://www.museodejosecpaz.com.ar/historia/Rese%C3%B1a_historica_de_Jose_C_Paz.pdf
- . (2015). “Los flujos migratorios regionales desde una perspectiva histórica”. En Roca, A. y C. Castiglione (comps.) (2017). *Actas I Jornadas de Migraciones–Migraciones hoy: problemas, alcances y debates en perspectivas interdisciplinarias*, pp. 19-28. José C. Paz, EDUNPAZ.
- Ferreira, C. (2022). *Los cuidados en Latinoamérica y el Caribe. Entre las crisis y las redes comunitarias*. Oxfam Internacional. Disponible en: https://oi-files-cng-prod.s3.amazonaws.com/lac.oxfam.org/s3fs-public/file_attachments/Informe_Los%20cuidados%20en%20LAC,%20entre%20la%20crisis%20y%20las%20redes%20comunitarias.pdf
- Findling, L. y E. López (coords.) (2015). *De cuidados y cuidadoras: acciones públicas y privadas*. Buenos Aires, Biblos.
- Findling, L.; E. López y E. Cirino (2020a). “Políticas sociales y desigualdades en salud: un panorama sobre las personas mayores en el Gran Buenos Aires”. *Cuestiones de sociología*, N° 22. La Plata, UNLP.
- Findling, L.; E. Cirino y P. Estrella (2020b). “Envejecimiento, género y políticas de cuidado en Argentina. Desigualdades persistentes”. *LQV*, año 15, (11): 336-338.

- Fuentes, J. M. (2009). "Políticas sanitarias y población inmigrante. Los casos del Reino Unido, Francia y España". En J. M. Comelles; X. Allué; M. Bernal; J. Fernández-Rufete y L. Mascarella (comps). *Migraciones y Salud*. Tarragona, URV.
- Garfinkel, H. (1967). *Estudios de etnometodología*. Barcelona, Anthropos.
- Gomila, M. A. (2005) "Las relaciones intergeneracionales en el marco de la familia contemporánea: cambios y continuidades en transición hacia una nueva concepción de la familia". *Historia contemporánea*, 31: 505-542.
- Goren, N.; N. Dzembrowski; D. Álvarez Newman y G. Ferrón (2019). *Organizaciones laborales de la economía social. El caso del Polo Productivo de José C. Paz*. José C. Paz, EDUNPAZ.
- Guber, R. (2011). *La etnografía: Método, campo y reflexividad*. Buenos Aires, Siglo XXI.
- Hochschild, A. R. (1995). "The Culture of Politics: Traditional, Post-modern, Cold-modern, and Warmmodern Ideals of Care". *Social Politics*, Vol. 2. N° 3: 331-345.
- ICO-UNGS (2016). "Datos socio-sanitarios, Partido de José C. Paz". Los Polvorines, Instituto del Conurbano, Área de Política Social-Diseño y Gestión de Políticas de Salud, UNGS.
- Kleinman A, y T. Csordas (1996). "The therapeutic process". En Sargent C. y T. Johnson (comps.). *Medical anthropology: contemporary theory and method*, pp. 3-21. Westport, Praeger Publishers.
- Laslett, P. (1995). "Necessary Knowledge: Age and Aging in the Societies of the Past". En Kertzer, D. y P. Laslett (eds.). *Aging in the Past Demography, Society and Old Age*, pp. 3-79. Berkeley, University of California Press.
- López, E.; L. Findling; M. P. Lehner y S. Mario (2015). "Aspectos sociales del envejecimiento demográfico y los cuidados". En Kornblit, A. L.; A. C. Camarotti y M. Güelman (eds.). *X Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población*. Buenos Aires, Teseo.
- Lotero-Echeverri, G., y M. A. Pérez-Rodríguez (2019). "Migraciones en la sociedad contemporánea: Correlación entre migración y desarrollo". *Retos Revista de Ciencias de la Administración y Economía*, 9(17): 145-159.
- Martín Palomo, M. T. (2008). "Domesticar el trabajo: una reflexión a partir de los cuidados". *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 26(2); 13-44.
- Massé, G. (2015). "El alcance de la protección social argentina hacia las

- y los migrantes sudamericanos”. En *Migraciones laborales en Argentina: protección social, informalidad y heterogeneidades sectorial*, pp. 27-50. Buenos Aires, Organización Internacional del Trabajo, Oficina de País de la OIT para la Argentina.
- Méndez, M. J. y J. Gómez (2022). “La migración internacional como agente de desarrollo local para las naciones”. *Revista Latinoamericana de Difusión Científica*, Vol. 4 (6): 257-269.
- Micolta León, A. (2005). “Teorías y conceptos asociados al estudio de las migraciones internacionales”. *Revista Universidad Nacional de Colombia*, (7): 59-76.
- Oszlak, O. y G. O’Donnell, G. (1981). “Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación”. En *Documento G.E. CLACSO*, vol. 4, Buenos Aires, Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES).
- Pérez Orozco, A. (2014). *Subversión feminista de la economía. Aportes para un debate sobre el conflicto capital-vida*. Madrid, Traficantes de sueños.
- Pozzi, M. (2016). “Adulto mayor: un neologismo para disimular la ineludible vejez”. En *Antenas Neológicas-Red de neología del español*. Barcelona, Universitat Pompeu Fabra.
- Vasilaschis de Gialdino, I. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona, Gedisa.
- . (2007). “El aporte de la epistemología del sujeto conocido al estudio cualitativo de las situaciones de pobreza, de la identidad y de las representaciones sociales”. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*, Vol. 8, Nº 3.
- . (2020). *Familia, adultos y trabajo en las narrativas personales. Familias, territorios y cotidianeidades en tiempos de la COVID19 (1)*. Buenos Aires, CEIL, CONICET.
- Velasco, L. y G. Gianturco (2015). “Migración internacional y biografías multiespaciales: una reflexión metodológica”. En *Métodos cualitativos y su aplicación empírica: por los caminos de la investigación sobre migración internacional*. México, UNAM.

Fuentes utilizadas

- CEPAL-Comisión Económica de América Latina (2013). *Panorama Social de América Latina 2012*. Santiago de Chile, Naciones Unidas.

Disponible en: <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/5/48455/PanoramaSocial2012DocI-Rev.pdf>

INDEC-Instituto Nacional de Estadística y Censos (2010). Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.

De casa al hospital y del hospital a casa. Movilidad de personas mayores para la atención de la salud

Mariana Cataldi

Introducción

En este capítulo compartiremos resultados preliminares de un estudio sobre movilidad de personas mayores para la atención de la salud en José C. Paz, Provincia de Buenos Aires,¹ describiendo y analizando sus prácticas de movilidad para acceder a los servicios y las barreras y facilitadores que se identifican.

La perspectiva de la movilidad surge a comienzos del siglo XXI, complementando las producciones desde el enfoque del transporte e intentando aportar una mirada superadora, puesto que las primeras producciones focalizaban en las condiciones materiales desde una visión estructural y estática. Las teorías clásicas se centraban principalmente en los medios de transporte, los destinos, las normativas, la accesibilidad física, etc. Fueron criticadas por su visión fragmentada, por su parcialidad y porque han dificultado el abordaje de los problemas de accesibilidad e inmovilidad de la población en condiciones de pobreza y de los grupos que por edad o género se encuentran en situación de vulnerabilidad (Montezuma, 2003).

El enfoque de la movilidad propone el análisis de las prácticas de viaje de los sujetos a partir de la delimitación de un grupo social tipo, un territorio tipo y un fin de viaje (Gutiérrez y Minuto, 2007). Desplaza la mirada desde los transportes hacia las personas y considera al transporte como un medio para lograr la movilidad, una práctica social, e incluye todos los modos disponibles en un territorio determinado: motorizados

1 La investigación en curso se titula "La movilidad de las personas mayores como medio para el acceso a los servicios de salud de primer nivel en José C. Paz, Provincia de Buenos Aires en 2023". Está dirigida por la Dra. María Paula Lehner y financiada por la Dirección de Investigación en Salud, Ministerio de Salud de la Nación a través de las Becas Salud Investiga 2022-2023 (RENIS IS004165).

y no motorizados, individuales y colectivos, públicos y privados. También contempla los viajes no consumados, los potenciales viajeros, indagando en los motivos por los cuales no se trasladan y las necesidades o deseos no alcanzados y, a partir de allí, los derechos vulnerados por barreras en la movilidad y la exposición a riesgos durante los trayectos.

Los estudios sobre movilidad de personas mayores son incipientes. La Encuesta de Movilidad Domiciliaria consiste en un relevamiento de los viajes de las personas que integran los hogares de distintas ciudades; tiene por objetivo conocer los patrones de movilidad para planificar de manera adecuada los sistemas de transporte y se realizó en Argentina entre 2008 y 2014. Se halló que las personas mayores, agrupadas como “jubilados” realizan bajos niveles de viajes y predominan los de corta duración, en una sola etapa. Los motivos principales de traslados son “compras” y “salud”.²

En los informes publicados por la OMS en el marco del Programa “Ciudades globales amigables con las personas mayores” (2007) se destacó la importancia de que las personas usuarias de mayor edad cuenten con información sobre las opciones de transporte, se valoró la presencia de transporte comunitario, el diseño, ubicación y estado de las paradas de transporte público, el trato de otros pasajeros y la cortesía de choferes.

Las producciones académicas destacan la relación entre las posibilidades de movilidad de las personas mayores y las oportunidades (Montezuma, 2003) y la manera en que el nivel de ingreso determina los modos de traslado (Alcántara Vasconcellos, 2010). Las personas de menores ingresos se desplazan en transporte público, en bicicleta o a pie. En Chile, observaron que las personas mayores padecen más que las de otras edades por la calidad de los servicios de transporte público y consideran que este fue diseñado para personas sanas, no frágiles (Gajardo *et al.*, 2012). En tanto, en España hallaron que la retracción a viajar se vinculaba a las malas experiencias y al desconocimiento de su accesibilidad (Vega Pindado, 2006).

En esta línea de trabajo y enmarcada en la perspectiva de la movilidad, decidimos estudiar la movilidad de las personas mayores en José C. Paz para el acceso a la salud.

José C. Paz es un municipio ubicado en el segundo cordón del conurbano, al noroeste de la Región Metropolitana de Buenos Aires. Se

² Fuente: Encuesta de Movilidad Domiciliaria 2009-2010. Movilidad en el Área Metropolitana de Buenos Aires. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/transporte/dgppse/publicaciones/encuestas>

encuentra organizado en 74 barrios, más de la mitad calificados como barrios populares por sus características: el limitado acceso a servicios de luz, agua o cloacas y el tipo de tenencia de la tierra.³ En 2019, numerosos programas sociales se ejecutaban en el municipio: asistencia financiera a comedores comunitarios, pensiones no contributivas, pensiones por invalidez, asistencia alimentaria y otros (Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, 2019).

En cuanto a sus habitantes, según el Censo 2022,⁴ la población total asciende a 323.918 personas y es principalmente femenina. Al momento de la elaboración de este capítulo no se hallaban publicados los datos sobre clasificación por edad y género, por lo cual tomaremos los correspondientes al Censo 2010, donde se registraba un 10,1% de personas de 60 años y más, y las mujeres superaban a los hombres en cantidad. Considerando que esta franja etaria supera el 7%, se trata de una población envejecida.

El trabajo de campo se realizó en un hospital público,⁵ provincial, que pertenece administrativamente a la Región Sanitaria V. Se ubica a aproximadamente 9 cuadras de la Estación José C. Paz del Ferrocarril San Martín, sobre una calle asfaltada. Se puede llegar al hospital de varios modos: en colectivo, remis, servicios de aplicaciones o automóvil particular. Sin embargo, para las personas que provienen de barrios periféricos y carecen de recursos, la resolución de los traslados es compleja, principalmente en horarios nocturnos. El sistema de otorgamiento de turnos es solo presencial y para acceder a ellos se debe concurrir de madrugada.⁶ Este hospital ofrece múltiples servicios a las personas usuarias, en lo referente a la diversidad de especialidades médicas, laboratorio, rayos, vacunatorio, servicio social, guardia 24 horas y otros.

Delineado el contexto en que se emplaza, desarrollaremos las prácticas de viaje de las personas mayores para el acceso a dicho hospital, los obstáculos que deben superar y las acciones que implementan en pos de la efectivización del derecho a la salud.

3 Fuente: Registro Nacional de Barrios Populares. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/desarrollosocial/renabap>

4 Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022. Disponible en: <https://censo.gob.ar/>

5 Hospital Zonal General de Agudos "Gobernador Domingo Mercante".

6 Según indica el personal administrativo del sector de admisión, a las 6 de la mañana comienzan a otorgar turnos y la cantidad varía según la especialidad. A modo de ejemplo, para cardiología se entregan 7 turnos por día y para diabetología, 15. Anteriormente se hallaba habilitada una alternativa de solicitud telefónica pero se desistió de esta opción.

Objetivos

El proyecto de referencia plantea como objetivo general analizar las prácticas de movilidad de las personas mayores residentes en José C. Paz, Provincia de Buenos Aires, en 2023 para conocer la manera en que dichas prácticas determinan el acceso a los servicios de atención de primer nivel y permiten el ejercicio del derecho a la salud. Este capítulo se centra en dos objetivos específicos que proponen: 1) describir las prácticas de movilidad para acceder a los servicios de salud de primer nivel teniendo en cuenta las diferencias por género; y 2) identificar las barreras y facilitadores en la movilidad que dificultan o posibilitan el acceso.

Metodología

El estudio, de tipo cualitativo y diseño flexible, con metodología descriptiva y exploratoria, propuso la indagación a personas mayores habitantes de José C. Paz para conocer sus opiniones y experiencias. En la primera etapa se realizaron 21 entrevistas a personas mayores de 60 años en la sala de espera el día que concurren al hospital a realizar consultas o prácticas. La muestra estuvo conformada por más mujeres que hombres, dada la mayor presencia femenina en los distintos horarios en que se asistió. La mayoría tiene entre 60 y 69 años de edad, se moviliza sola, sin necesidad de ayuda y asiste al hospital sin acompañante. Solo dos mujeres utilizan silla de ruedas y sus familias se hicieron cargo del traslado y acompañamiento al hospital. La mayoría tiene nivel educativo primario, cuenta con algún tipo de cobertura previsional como jubilación o pensión. Respecto de la cobertura de salud, casi todas tienen obra social: PAMI, SMATA, ObsBA y PROFE Incluir Salud.

Realizaron diversos tipos de trabajos. Los hombres, como conductores de remis, empleados textiles, en un frigorífico y en el sector metalúrgico y las mujeres, empleadas domésticas, amas de casa, cuidado de personas mayores, limpieza de oficinas, portería de edificios, tareas de campo en cosecha y empleadas en el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Casi la totalidad de las personas que participaron cuentan con algún tipo de red de apoyo social, tienen grupo conviviente, conformado por esposo, esposa, pareja, hija, hijo y nietos y solo tres manifiestan vivir solas, aunque sus familias se ubican en viviendas cercanas, incluso en el mismo terreno.

Asistieron principalmente a realizar consultas a los servicios de Clínica Médica, Traumatología, Diabetología y Nefrología, entre otros. Residen en distintos barrios de José C. Paz, Villa Altube, 9 de Julio, San Martín, Saavedra Lamas, Favaloro, Juan Vucetich, La Paz, Alberdi, Primavera, Providencia, El Cruce, Sagrada Familia, Las Tres Marías, Sol y Verde, Piñeiro y Altos de José C. Paz. Una sola persona proviene de otro municipio.

El trabajo de campo se realizó de febrero a abril de 2023. En cuanto a los recaudos éticos, al ser convocadas se les informaron los objetivos y alcance de la investigación y al finalizar se les solicitó la firma del consentimiento informado. Algunas personas expresaron su conformidad verbal a participar y no cumplieron la firma por haber sido convocadas para su atención.

Resultados

I. Las prácticas de movilidad

Las personas mayores que participaron se trasladaron hacia el hospital de diversas formas: lo hicieron en colectivo, en remis, en automóvil propio como conductor o acompañante, en el automóvil de un vecino, en Uber o Didi, a pie, en ese orden de mención. Varias de ellas, por residir en barrios alejados, utilizaron más de un modo, un colectivo hasta la Estación de José C. Paz, y desde allí otra línea de colectivo, remis o Didi. También se distinguen opciones diferentes de transporte en los tramos de ida y de vuelta. Para ir al hospital, utilizan un modo que consideran seguro como el remis, por tener que salir en horario de madrugada, y al regresar lo hacen en colectivo, para aminorar los gastos.

Si bien la muestra no estuvo equiparada por género debido a la mayor presencia femenina en los momentos de concurrencia al hospital, queremos señalar algunas disparidades observadas en los modos de traslado. Las mujeres concurren en colectivo, remis, Uber o Didi (solicitados por otra persona por desconocimiento tecnológico), en automóvil propio como acompañantes y en el vehículo de un vecino. Los hombres se trasladaron principalmente en remis y colectivo y cuando van en automóvil, son conductores. Respecto de las diferencias por género en la elección modal, observamos que las mujeres, cuando se trasladan en vehículo, lo hacen como acompañantes.

En función de lo planteado, los modos más utilizados por hombres y mujeres para trasladarse son el colectivo y el remis, por lo cual los calificamos como modos de adhesión alta.⁷ Uno de los motivos principales de uso del colectivo es que se trata de la única modalidad de traslado en los barrios populares, por lo que queda excluida la opción entre alternativas, y ya no se trataría de una elección. Es decir, se trata de personas usuarias cautivas del transporte público. También fundamentan su preferencia en motivos económicos, dada la accesibilidad de las tarifas y por falta de recursos para acceder a modos protegidos.⁸ El remis es elegido por las personas mayores que tienen limitaciones físicas para deambular, por la comodidad y por la falta de circulación de colectivos en sus barrios en horarios nocturnos.

Luego se indagó sobre los modos que no utilizan para viajar, puesto que se trata de una manera indirecta de conocer los obstáculos. Mencionan principalmente los servicios de aplicaciones como Uber o Cabify porque requieren habilidades tecnológicas que no dominan y por la tarifa elevada, en tanto que el remis es desestimado solo por su alto costo. En este último caso, un entrevistado dice que lo utilizaría únicamente en situaciones de emergencia, dado que la ambulancia no entra al barrio en días de lluvia. Si bien la respuesta a esta pregunta fue acotada, el colectivo también fue seleccionado como modo invalidado por los atributos negativos que le asignan:

Hay empresas que no tienen aire acondicionado y son viajes largos. Se viaja mal. (Silvia, 73 años)⁹

Son altos, cuando te paran mal no puedo subir y me pongo nerviosa.
(Diana, 61 años)

Casi la mitad de las personas reconoce viajar menos en los últimos años y vincula la disminución de la movilidad a distintas causas: la jubilación, el deterioro físico, pero también como consecuencia del impacto

7 Sostenemos que un modo de “adhesión alta” es aquel que, por sus atributos positivos, como comodidad, rapidez, tarifa, accesibilidad o seguridad, y por su alto grado de aceptación de las personas mayores se convierte en regular o de uso habitual.

8 Denominamos “modos protegidos” a las formas de traslado que las personas mayores realizan en compañía, en condiciones de seguridad y facilitando la accesibilidad física.

9 Cabe mencionar que la entrevista se realizó a principios del mes de marzo de 2023, cuando se registraba en Buenos Aires una alerta naranja según el Servicio Meteorológico Nacional, por ola de calor, lo que implica un alto riesgo para la población.

por incidentes viales: “Si, tuve dos accidentes en colectivos. Trabajaba en la portería de un edificio, pero tuve que jubilarme después del accidente” (Lilia, 66 años). Aldo, de 73 años, explica los motivos de viaje para fundamentar la reducción en su movilidad: “Viajo menos. Solo ir a cobrar o al médico. Antes, cuando trabajaba en una fábrica textil, viajaba en el tren San Martín” (Aldo, 73 años). Lilia dice no utilizarlo por sentir temor debido a sus malas experiencias y concluye: “Me da miedo”.

Las personas que presentaban restricciones físicas para trasladarse fueron acompañadas por sus familiares, quienes decidieron y procuraron la opción de transporte garantizando la accesibilidad y protección. En este aspecto, la disponibilidad de redes de apoyo cumple un rol fundamental, ya que asegura el traslado, las gestiones para la atención y, por lo tanto, facilita el acceso a los servicios de salud.

Barreras

Como explicamos con anterioridad, nos propusimos reconocer las barreras que obstaculizan o impiden el acceso a la salud y se vinculan a la movilidad. Los obstáculos se originan en diversos factores. Las barreras más mencionadas son las de infraestructura urbana, organizacionales y la inseguridad, seguidas de barreras económicas y de habilidad, estas últimas son determinantes de la elección modal. Si las personas mayores se encuentran en situación de dependencia o presentan algún tipo de limitación física, no pueden trasladarse en transporte público colectivo, lo que implica una primera restricción a la elección.

Las barreras organizacionales incluyen los procedimientos que tienen que realizar para el logro de la atención de la salud. En este caso, la gestión personal de turnos entorpece el acceso y fue recurrentemente mencionada tanto por hombres como por mujeres. Asimismo, trae consigo la realización de viajes nocturnos: según explican, para conseguir los turnos, es necesario llegar de madrugada al hospital.

Con relación a su opinión acerca de los viajes que se podrían evitar relacionados con la atención de la salud, la mayoría reconoce traslados posibles de omitir y sobre todo mencionan la solicitud de turnos presenciales. Varias personas entrevistadas lo explican del siguiente modo:

Dan pocos números, dan 10 por día y hay que venir a las 5 de la mañana. Vino mi esposo y consiguió. (Silvia, 73 años)

Sacar turnos. No puedo venir a dormir acá para sacar turno. En algunas especialidades dan 7 números. (Mario, 75 años)

Antes teníamos un número de teléfono para sacar turno. Ahora tenés que venir a las 3 de la mañana, hay una cola de 100 personas. Llegas a la ventanilla y no hay más números. La atención del hospital es buena pero la organización de los turnos no. (Liliana, 64 años)

No hay teléfono para sacar turnos, tenés que venir. No te facilitan. (Gimena, 64 años)

Sí, sacar turnos por otros medios. Hay que venir a las 5 de la mañana. (Josefa, 66 años)

Una de las preguntas del protocolo apuntaba a conocer si en alguna oportunidad perdieron consultas, dejaron de hacerse estudios o de asistir a la rehabilitación por imposibilidad de trasladarse. La mayoría responde que no ha tenido inconvenientes en este sentido. Quienes afirman haber atravesado este tipo de situaciones son mujeres, indican como causales la falta de dinero, la ausencia de acompañantes y las demoras en el transporte público, y así lo relatan:

El colectivo no llegaba, muchas veces no pudimos venir. La inseguridad en el barrio también a veces te hace desistir de venir. Me quisieron robar. (Liliana, 64 años)

A veces no tenía para pagar el remis. (María Eva, 76 años)

Muchas veces no vinimos por no tener para pagar remis. (Marta, 95 años)

Para el especialista en piel, no tenía quien me acompañe y sola no podía. (Diana, 61 años)

Otra barrera que identificamos se refiere a los hechos de inseguridad. Varias personas sostienen que han sido víctimas de robos en los trayectos desde su casa al hospital, lo que aumenta su sensación de miedo y el des-

pliegue de estrategias para evitar la exposición a hechos delictivos.

Yo tenía a mi marido con cáncer y fuimos a pedir plata prestada para ir al médico. Robaron en el colectivo y le sacaron el pantalón y la plata. (Gladys, 63 años)

Una vez me asaltaron, me robaron el auto en la puerta de mi casa. Me puso una pistola en la cabeza y me pegó una patada. Se llevó el auto, pasaron diez días y no se me iba el dolor, vine al traumatólogo. Tenía una fisura. (Ricardo, 62 años)

Acá está muy peligroso. Me robaron cuando salía de mi casa para venir al hospital. El chico tenía 14 o 15 años, me sacó la bolsita. Me vio sola... Tenía el carnet de la Obra Social, la SUBE, plata para ir a pagar el alquiler. (Nidia, 75 años)

Lo descripto da cuenta de las barreras emocionales que aparecen cuando han transitado situaciones de este tipo o cuando las han vivenciado personas cercanas. Si bien no lo explicitan en el curso de la entrevista, cabe su consideración dado que estas experiencias negativas podrían producir una retracción a salir o el aislamiento en sus hogares.

Algunas personas mayores entrevistadas explican que pagan servicios de remis para viajar en condiciones más seguras. Sin embargo, se trata de un costo que no siempre pueden afrontar. Si no cuentan con el dinero, suspenden y postergan la concurrencia al hospital, discontinuando los controles de salud. Otras dicen que utilizarían remis solo en situaciones de emergencia, dado que la ambulancia no entra al barrio. De este modo, identificamos las barreras económicas que operan y que muchas veces son determinantes de la movilidad.

Uno de los temas emergentes clave, al que aluden reiterada y espontáneamente, se vincula a “la espera”, que aparece en varios relatos. Para Lozano Rendón y Zunino Singh (2023) la espera forma parte de la movilidad, es un evento activo, temporal y espacializado que implica quietud, inmovilidad o suspensión y se experimenta de forma diferencial según género, edad o clase.

Ahora bien, ¿qué esperan las personas mayores? ¿Cómo y dónde esperan? ¿Qué sucede durante la espera? ¿Qué piensan acerca de la espera? En los barrios periféricos reportan la ausencia de refugios o paradas que permitan la espera del colectivo bajo techo y sentadas. En la puerta del

hospital, si bien se localizan paradas, carecen de asientos y en un caso el techo se halla deteriorado por lo que no es posible guarecerse en días de lluvia. Al salir o al volver, la espera del colectivo se realiza de pie.

El significado de la espera en las personas mayores entrevistadas adquiere varias acepciones. Algunas vinculan la espera en las paradas de transporte público al riesgo, principalmente a la posibilidad de ser víctimas de robos. Otras mencionan la desprotección frente a climas extremos.

Observamos que, para evitar la espera para solicitar turnos de madrugada, trazan alternativas en las que las redes de apoyo actúan de manera resolutiva. Según explican, el horario en que deben asistir para sacar turnos empieza a las 12 de la noche anterior, 2, 3, 4 o 5 de la mañana. Quienes concurren al hospital a solicitar turnos temprano son familiares, hijos e hijas o esposos. Esto permite eludir la exposición a riesgos, el temor a ser víctimas de robos, a esperar de pie a la intemperie, expuestas al frío o a la lluvia, y evitan aguardar varias horas para lograr la cita con el profesional. Con relación a la espera para ser atendidas en el hospital, en los distintos servicios cuentan con asientos y la espera nocturna se realiza adentro de la institución, en el sector de la guardia.

Se consideran como viajes “inútiles” aquellos en los que por distintos motivos no se alcanza la finalidad del viaje. En este caso, la principal mención se vincula a que al llegar “se habían acabado los turnos”. Según señalan, esto sucede no solo en este servicio, sino en otros ubicados en zonas aledañas, como el Hospital de Trauma “Federico Abete” ubicado en Malvinas Argentinas:

Fuí a sacar turno al Trauma y daban 30, me dijeron que vaya de vuelta el lunes. Volví sin sacar. (Ana, 68 años)

Algunas personas mencionan que la falta de atención se originó en desperfectos del equipamiento o por conflictos gremiales, pero lo ubican en tiempo pasado, explicando que no es un problema vigente, por lo que no lo incluimos como barrera pero merece ser referenciado:

Sí. Varias veces. El tomógrafo no andaba, había paro o estaban de asamblea. Ahora no pasa tanto, pero muchas veces pasó. (Liliana, 64 años)

Sí, porque no había máquina para hacer ecografía o no había turnos. (Aldo, 73 años)

Antes sí. Había mucha gente esperando o paro de médicos. Ahora no. (Mario, 67 años)

Por sus expresiones se infiere que la suspensión de la atención por estos motivos se habría resuelto dado que no hay indicios de que esto suceda en la actualidad. Al respecto, destacamos que habría problemáticas que se han resuelto por intervenciones de la gestión del hospital: la espera dentro de la Institución (antes lo hacían en la vereda) o la resolución de conflictos con el personal que derivaban en el cese de la atención por medidas gremiales.

Las barreras de infraestructura urbana aluden a los espacios, a la inaccesibilidad física y a la medida en que inciden en la movilidad. Los relatos dan cuenta de diversas situaciones: inundaciones en días de lluvia, falta de veredas que dificultan o imposibilitan el traslado hasta la parada de colectivos, principalmente para las personas que utilizan andadores o sillas de ruedas:

Cuando llueve se inunda y no se puede salir, los chicos no pueden ir al colegio. En emergencia la ambulancia no puede pasar. (Silvia, 73 años)

Las condiciones deficientes en las paradas de colectivo también constituyen barreras de infraestructura: en los barrios, la ausencia de refugios y, en la puerta del hospital, paradas sin asientos y deterioradas, como hemos mencionado con anterioridad.

Finalmente, queremos hacer referencia al impacto de la pandemia en la movilidad, tema que surge en algunos casos marcando un punto de inflexión en su vida cotidiana.

Después de la pandemia no viajé mas en colectivo. Me quedé con miedo de cruzar la calle. Yo antes iba a aquagym. Engordé mucho también. Ahora estoy tratando de caminar aunque sea una vuelta a la plaza. (Flora, 75 años)

Facilitadores

Como venimos señalando, uno de los facilitadores que posibilita el acceso al sistema de salud con relación a la movilidad es la presencia de redes de apoyo. Por un lado, permite omitir la movilidad, ya que en la mayoría de los casos es la familia la que asiste a solicitar los turnos

evitando que las personas mayores tengan que desplazarse. La estrategia de delegar la solicitud del turno en otra persona, generalmente familiar, aparece como medio para afrontar una barrera temporal, según la conceptualización de Jirón y Mansilla (2013). La dimensión temporal analiza la influencia del día, la noche, los horarios en la toma de decisiones de movilidad. Además, las redes garantizan la concurrencia al hospital de las personas dependientes o que utilizan elementos de apoyo para el traslado, como sillas de ruedas o andadores. Varios hijos aseguraron el transporte de sus padres y madres a las consultas, en automóviles propios, incluso en moto.

En las familias que cuentan con vehículos, aun de modelos antiguos y sin que cumplan con la reglamentación obligatoria, la llegada al hospital se realiza por este medio. Así lo señala Lilia (66 años) quien se trasladó al hospital en el automóvil de su esposo: “No tenemos VTV, no podemos ir muy lejos”. Mario tiene 67 años, vive en el Barrio Alberdi, también concurre al hospital en su propio vehículo y comenta: “Tengo un auto viejito pero me sirve”.

Para avanzar en el conocimiento de los facilitadores vinculados a la movilidad, se indagó acerca de la movilidad que consideran ideal, si habría algo que les gustaría que cambiara para mejorar el acceso y sobre sus experiencias o anécdotas de viajes. Si bien son varias las personas que no respondieron estos ítems, obtuvimos algunas opiniones que podrían resultar útiles al momento de establecer programas que apunten a aminorar las barreras. Las principales propuestas de las mujeres comprenden modificaciones en el transporte público colectivo: más líneas, más frecuencias, más paradas y cambios de recorrido.

Más frecuencia. El 391 anda cada media hora y a veces no paran. (Lilia, 66 años)

Poniendo más colectivos, más líneas que entren en los barrios. (Liliana, 64 años)

Los colectivos demoran, vienen llenos, no dan el asiento. Pero es la única opción. En San Atilio es bastante desastrosa la locomoción. Demoran horriblemente. Tendría que haber más líneas o más colectivos. (Gloria, 67 años)

Tomar un solo colectivo para venir al hospital, si cambiara el recorrido. En mi barrio no lo podemos lograr. (Gimena, 64 años)

Otras mujeres recomiendan que se implemente algún tipo de traslado especial, que podría ser una combi o camioneta.

Podrían poner una combi. Estoy dolorida, me cuesta subir al colectivo y tengo que caminar 3 cuadras hasta la parada. Conozco una señora vecina que es obesa y tiene que pagar remis. (Silvia, 73 años)

Poner una camioneta para llevar a la gente. (Nidia, 77 años)

Estaría bueno que haya un transporte para venir al hospital. (María Eva, 76 años)

Finalmente encontramos las propuestas de orden organizativo, que consisten en modificaciones que permitirían evitar movilidades inútiles y aminorar la exposición a riesgos:

Que den turno más tarde o para otro día, para no tener que venir tan temprano. (Marta, 95 años)

Que haya más profesionales en el hospital. Atienden bien, pero hay pocos para tanta gente (María Eva, 76 años)

Entre las modalidades para afrontar las barreras, en algunos casos se observó que la posibilidad de resolver los obstáculos se halla ligada a la disponibilidad de recursos económicos que facilite la toma de decisiones, como el cambio de centro de salud, migrando del subsistema público al de obras sociales o privados:

Hace años atrás, vinimos a la guardia. Había mucha gente, estuvimos muchas horas esperando y nos tuvimos que ir. Nuestra obra social tiene guardia en Mataderos. Tomamos un remis y nos fuimos allá. (Flora, 75 años)

A veces me atiende particular, en San Cristóbal. Muy buenos médicos hay. No es caro, la consulta sale \$ 2.500 (Flora, 75 años)

Mediante la indagación acerca del modo de traslado que consideran ideal en esta etapa de sus vidas y sus pareceres sobre los posibles cambios que mejorarían la movilidad, se pudo acceder a los facilitadores para el acceso a la salud de la población mayor. En síntesis, sus propuestas se vinculan tanto al transporte como a cuestiones organizativas de los servicios que evitarían movilidades innecesarias y la exposición a inseguridades.

Este trabajo tuvo hallazgos inesperados, que se refieren al medio ambiente y a la exposición a riesgos. Las altas temperaturas y el aire contaminado fueron aspectos mencionados por algunas personas mayores entrevistadas y que dan cuenta de la necesidad de priorizar las discusiones sobre el cambio climático y su impacto en las personas mayores. En días de intenso calor y por la falta de aire acondicionado en el transporte público local, los viajes las someten a altas temperaturas con los riesgos que ello puede ocasionar: deshidratación, dolor de cabeza, hipertermia, confusión, desorientación. Por otro lado, la presencia de basurales a cielo abierto que las exponen a respirar aire contaminado puede ocasionar daños pulmonares diversos y otras patologías (EPA, 2016).

Conclusiones

Las conclusiones de esta producción se estructuran en tres aportes principales. La primera sintetiza las barreras y facilitadores identificados, que en el cuerpo del apartado fueron organizados y agrupados para contribuir a su análisis. La segunda se enfoca en los riesgos a que se exponen y las estrategias para afrontarlos. Finalmente, se establecen nuevos interrogantes, en los que se continuará indagando en la próxima etapa según lo planificado.

Entre las dificultades, se advierte la coexistencia de diversas cuestiones imbricadas que visibilizan la presencia de barreras organizacionales, económicas, de habilidad, de infraestructura urbana o inseguridad. Como señalan Jirón y Mansilla (2013), el mero aumento de las dotaciones del transporte no resuelve los problemas de accesibilidad de la población y es necesario tener en cuenta otros tipos de barreras, según los distintos obstáculos que enfrentan las personas en su vida cotidiana. La simultaneidad, concentración y enlazamiento de diversas barreras complejizan el mejoramiento de la movilidad. En pocas palabras, los obstáculos implicados en la movilidad de las personas que envejecen en este tipo de contextos operan afectando la cobertura de sus necesidades esenciales; en ella intervienen varios factores determinantes y, por su gran complejidad, exige superar su calificación parcializada como “problemas en el transporte”, “problemas de inseguridad” o “problemas de infraestructura”, fragmentando la realidad. Es por estos motivos que consideramos importante que los cambios a rea-

lizar para mejorar el acceso impliquen un conjunto de acciones articuladas.

Asimismo, durante los trayectos de ida y vuelta al hospital, se les presentan numerosos riesgos a las personas mayores: ambientales (excesivo frío, olas de calor, contaminación) y sociales, como hechos de inseguridad (robos), maltrato (colectivos que no paran, no les ceden el asiento), caídas (infraestructura urbana deficiente, unidades de transporte público no accesibles). En las personas o grupos en situación de desventaja, que carecen de recursos para enfrentar dichos riesgos, aumenta la vulnerabilidad social. Si analizamos los activos con que cuentan para enfrentarlos (Sánchez González y Egea Jiménez, 2011), podemos encontrar en la muestra analizada que las personas mayores que disponen de recursos materiales (dinero para abonar modos protegidos, automóvil propio) e inmateriales (redes de apoyo familiar) son las que disponen de mejores condiciones para superar las dificultades mencionadas y aminorar las brechas en el acceso a la salud.

Por lo desarrollado hasta aquí, se requiere de iniciativas concretas que apunten a garantizar la movilidad de la población mayor, puente de acceso a derechos. Las políticas del Estado deberían ampliar la mirada, trascendiendo la focalización en los transportes, para generar nuevas estrategias, dejando de lado el histórico subsidio a las empresas que poco ha redundado en mejorar el acceso a servicios accesibles y seguros. Con relación a los problemas de infraestructura urbana, es necesario su abordaje prioritario desde la gestión local. En cuanto a la inseguridad, consideramos que se trata de brindar mejores oportunidades educativas y laborales, orientadas a la prevención, corriendo el foco de las propuestas meramente punitivas que intentan deslindar responsabilidades políticas e invisibilizar las desigualdades que originan este tipo de violencias.

Por último, nos interesa dejar planteados nuevos interrogantes que han surgido y que abordaremos con posterioridad: ¿cómo solicitan los turnos las personas mayores que no cuentan con redes de apoyo? Si la mayoría de las personas que logran llegar al hospital son autoválidas: ¿cómo resuelven sus necesidades de atención de la salud las personas mayores dependientes que por su condición física o psíquica no pueden utilizar transporte público? ¿Cómo se movilizan las personas frágiles que carecen de recursos económicos para acceder a modos protegidos de traslado? ¿Cómo afrontan los riesgos múltiples las personas mayores que no cuentan con redes de apoyo social?

Referencias bibliográficas

- Alcántara Vasconcellos, E. (2010). “Análisis de la movilidad urbana. Espacio, medio ambiente y equidad”. Bogotá. Disponible en: www.scioteca.caf.com
- Argentina. Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales (2019). Informe del Partido de José C. Paz. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/informe_partido_de_jose_c_paz.pdf
- EPA. United States Environmental Protection Agency (2016). “El cambio climático y la salud de los adultos mayores”. Mayo. Disponible en: https://ncics.org/pub/webfiles/climate_health_resources/older-adults-health-climate-change-sp.pdf
- Gajardo J.; E. Navarrete; C. López; J. Rodríguez; A. Rojas y S. Troncoso (2012). “Percepciones de personas mayores sobre su desempeño en el uso de transporte público en Santiago de Chile”. *Revista Terapia Ocupacional*. Chile. Disponible en: www.revistaterapiaocupacional.uchile.cl
- Gutiérrez A. y D. Minuto (2007). “Una aproximación metodológica al estudio de lugares con movilidad vulnerable”. *XIV Congreso Latinoamericano de Transporte Público y Urbano*. PET-COOPE/UFRJ, ANPET. Temática Transporte y Exclusión Social, N° 366. Río de Janeiro. En CD ROM.
- Jirón P. y P. Mansilla (2013). “Atravesando la espesura de la ciudad: vida cotidiana y barreras de accesibilidad de los habitantes de la periferia urbana de Santiago de Chile”. *Revista de Geografía Norte Grande*, 56: 53-74. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-34022013000300004
- Lozano Rendón, V. y D. Zunino Singh (2023). “Espera”. En Zunino Singh, D. S.; P. Jirón y G. Giucci. *Nuevos términos clave para los estudios de movilidad en América Latina*. Buenos Aires, Teseo.
- Montezuma, R. (2003). “Ciudad y transporte. La movilidad urbana”. En *La ciudad inclusiva*. Cuadernos de la CEPAL N° 88. Disponible en: www.cepal.org
- Organización Mundial de la Salud-OMS (2007). “Ciudades globales amigables con las personas mayores: una guía”. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43805>

- Organización Panamericana de la Salud-OPS (2023). “Barreras de acceso a los servicios de salud para las personas mayores en la Región de las Américas”. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/barreras-acceso-servicios-salud-para-personas-mayores-region-america>
- Sánchez González, D. y C. Egea Jiménez (2011). “Enfoque de vulnerabilidad social para enfrentar las desventajas socioambientales. Su aplicación en el estudio de los adultos mayores”. *Papeles de Población*, Vol. 17, N° 69; 151-185, julio-diciembre. Universidad Autónoma del Estado de México. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S140574252011000300006&script=sci_abstract
- Tomás, M. (2015). “Estructura demográfica de la Provincia de Buenos Aires 1947-2010”. *Revista Estudios de Población de la Provincia de Buenos Aires*, año 1, N° 1, junio. Disponible en: http://www.estadistica.ec.gba.gov.ar/dpe/images/Poblacion_1.pdf
- Vega Pindado, P. (2006). *La accesibilidad del transporte en autobús*. Madrid, IMSERSO.

El envejecimiento poblacional en la ciudad de Mar del Plata: el trabajo asociado como mecanismo de doble cuidado

Daiana Strada

Introducción

A partir de un corpus de entrevistas en profundidad realizadas a trabajadoras que cuidan a personas mayores en la ciudad de Mar del Plata, se propone analizar sus experiencias en el marco del trabajo asociado cooperativo.¹ Teniendo en cuenta que la labor de las cuidadoras domiciliarias particulares es tradicionalmente individual y solitaria, se buscará desenramar la relación entre el trabajo de las cuidadoras asociadas a la Cooperativa de Cuidadores Domiciliarios Mar del Plata Ltda. (CCDMDP) con el acceso a condiciones laborales dignas a partir de la conformación de un colectivo de trabajo.

La ciudad de Mar del Plata se encuentra localizada en el sudeste de la provincia de Buenos Aires, sobre las costas del Mar Argentino, a 400 km de distancia de la Capital Federal. Fue fundada el 10 de febrero de 1874 y hoy en día es cabecera del Partido de General Pueyrredón, el tercer distrito más poblado de la provincia. Según el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas de 2010 su población total es de 618.989 habitantes, de los cuales 587.133 residen en Mar del Plata. Una de las características representativas de la población marplatense es su envejecimiento. Según la información del Censo Nacional de 2010, en Argentina las personas de 60 años o más integran el 14,3% de la población, mientras que si tomamos a las personas de 65 años o más representa el 10,2% del total. En Mar del Plata, para los mismos segmentos de edad, estos valores superan ampliamente la media nacional y corresponden respectivamente al 19,22% y al 14,2%. En este sentido, la ciudad se constituye como uno de los principales polos gerontológicos del país (Cogley 2001; Escudero *et al.*, 2008; Passantino *et al.*, 2015). Además del descenso de la mortalidad

1 El presente trabajo se conforma a partir de una selección de la investigación realizada en mi tesis de grado.

y la natalidad, resulta relevante incorporar al análisis de la dimensión de las migraciones y el efecto que producen en el proceso de envejecimiento de la población. El incremento de personas en edades avanzadas responde, en gran medida, al comportamiento migratorio de quienes eligen la ciudad como lugar de residencia, luego de haber llegado a su edad de jubilación. Estas personas migran hacia regiones que cuentan con ciertas ventajas respecto a su lugar de origen y son denominadas “costas geriátricas”² (Cogley, 2001). En Mar del Plata, estos atributos pueden asociarse a los atractivos naturales como sus paisajes costeros, el mar, las sierras y el imaginario asociado a su identidad.

Por ser una ciudad balnearia, Mar del Plata se ha asociado a lo largo del tiempo a los períodos vacacionales y a un momento de disfrute en el imaginario de la población argentina. La historia turística de la ciudad se divide en dos momentos: el primero a fines del siglo XIX y el segundo a mediados del siglo XX (Bouvet *et al.*, 2005). Durante el primer período, Mar del Plata se convirtió en el modelo argentino de la estación balnearia europea para las elites del país, quienes disfrutaban del período estival con estancias que se prolongaban por aproximadamente cuatro meses (ibídem). Durante el segundo período, con la llegada del peronismo al poder y con la implementación de políticas orientadas a favorecer derechos laborales y prácticas de consumo a la clase trabajadora, Mar del Plata se configuró como la ciudad receptora del turismo de masas de la clase media emergente (ibídem). A partir de este momento, la ciudad comenzó a ser disfrutada por sectores que no contaban con el derecho de vacacionar. Esto permitió concebir a Mar del Plata como un lugar de veraneo, con distintas opciones de estadía para todos los sectores sociales, donde el disfrute del tiempo libre y el ocio dejaron de ser un privilegio de clase (Zuppa, 2009). Esta segunda época consolidó a Mar del Plata en el imaginario social como “la ciudad feliz”, un mito que se ritualizó con la afluencia anual de los flujos turísticos (Cogley, 2001).

La noción de imaginario social remite a la subjetividad como constitutiva de las distintas configuraciones que asume la realidad social y, por lo tanto, de la historia urbana (Mantobani, 1998). En este sentido, las significaciones ligadas a la percepción de una calidad de vida superior en el lugar de destino respecto al de origen, se denominan imaginarios urbanos diferenciales y actúan como disparadores de los flujos migratorios (Golpe,

2 Entre estas se pueden mencionar la Costa Azul, La Florida y Barcelona (Cogley, 2001).

1997; Cogley, 2001). Según las autoras, los significados asociados al lugar de destino migratorio se configuran previamente en los distintos procesos de apropiación del espacio. En el caso de Mar del Plata, se dio durante los períodos de estancia vacacional, las campañas propagandísticas y los relatos sociales de las personas que migraron previamente (Golpe, 1997; Cogley, 2001). La importancia de Mar del Plata como ciudad turística balnearia, su oferta de servicios terciarios y la calidad del entorno ambiental han creado las condiciones necesarias para la atracción de las poblaciones migrantes. Este motivo derivó en la percepción de la ciudad como garante de una calidad de vida superior y como el lugar ideal para vivir al culminar la vida laboral (Golpe, 1997; Mantero, 1997). La ciudad fue elegida como destino de residencia permanente por personas mayores y jubiladas que gozaron de condiciones favorables en su vida laboral y que, al mismo tiempo, han tenido experiencias agradables durante sus vacaciones, asociando a ella recuerdos familiares y tiempos felices (Bouvet *et al.*, 2005; Escudero *et al.*, 2008; Passantino *et al.*, 2015). Si bien no existe al momento un registro fehaciente de la cantidad de personas mayores que migran hacia la ciudad, según registros de PAMI de 2000,³ Mar del Plata recibía entre 350 y 400 matrimonios migrantes anuales, provenientes en su mayoría de Capital Federal y de la provincia de Buenos Aires (Cogley, 2001). Este comportamiento tiene como consecuencia el envejecimiento de su población e impacta también en el espacio geográfico demandando una infraestructura de servicios particular relacionada con espacios de esparcimiento, ocio, servicios y de atención sanitaria (Cogley, 2001). Migrar tras la jubilación implica dejar en el lugar de origen las redes de pertenencia y ayuda. De esta manera, aumenta la necesidad de las personas mayores de recurrir al mercado al momento de demandar cuidados.

Junto con el incremento de la población envejecida y la menor disponibilidad de los miembros de la familia para cuidar, crece la demanda hacia el mercado. El acceso al servicio de cuidado profesional remunerado, contratado en el mercado, se garantiza de manera selectiva a aquellos sectores sociales que puedan pagarlos. En este sentido, a lo largo de la vida las personas atraviesan desigualdades que luego son resignificadas durante la vejez, conformándola como un proceso único y singular para cada uno, dando lugar a múltiples formas de transitar la vejez (Lehner y

3 En Cogley (2001), datos tomados de Gómez Loópez, D., "Jubilados por la oferta recreativa y cultural". Diario *Clarín*. Buenos Aires, 07 de febrero de 2000.

Cataldi, 2020). Los cuidados domiciliarios posibilitan la permanencia de las personas mayores en sus hogares, logrando que continúen integradas a su entorno y núcleo familiar, en busca de mejorar su calidad de vida (Díaz *et al.*, 2015). Los objetivos de las tareas de cuidados se centran en mejorar la calidad de vida de las personas mayores, ayudarlas en las actividades básicas e instrumentales de la vida cotidiana, prolongar lo máximo posible su autonomía y favorecer la socialización (Comelin Fornés, 2014). Existen distintas formas de ejecutar esta labor: en tanto la cualificación –las cuidadoras pueden estar capacitadas formalmente o no–, en cuanto a las condiciones laborales –estar o no registradas–, las formas de ejercer la tarea –de forma particular, para una empresa privada, en una cooperativa– y regímenes de trabajo –internas, externas⁴ (Tobío *et al.*, 2010; Borgeaud-Garciandía, 2012).

El fenómeno de la feminización de los cuidados prevalece no solo dentro de las relaciones familiares, sino que también se da en el cuidado que se contrata, donde predominan las mujeres como cuidadoras⁵ remuneradas. Esta segregación horizontal del mercado laboral refiere además a la discriminación salarial que sufren quienes se dedican a este tipo de tareas por no ser socialmente valoradas, afectando de forma directa las condiciones de trabajo en las que se desarrollan (England, 2005). El contexto en el que esta labor se lleva a cabo mayoritariamente es el de la informalidad.

Las trabajadoras del cuidado no solo se encuentran invisibilizadas dentro del mercado de trabajo, sino que sus tareas suelen desarrollarse en un marco de desprotección, donde pocas veces se encuentran registradas, sin obra social ni aportes jubilatorios, todo ello sumado a jornadas extensas de trabajo, malas remuneraciones y tareas no delimitadas (Borgeaud-Garciandía, 2012, 2015). En caso de enfermedad o inasistencia, la trabajadora pierde el día, como así también si se toma vacaciones. El miedo por el riesgo a perder el trabajo hace que la capacidad de negociación de las cuidadoras con las personas que las contratan sea prácticamente nula. En el caso de fallecer la persona mayor o que ingrese en una institución

4 La categorización interna hace referencia a la antigua denominación “cama adentro”, es decir, aquella por la cual las cuidadoras tienen como vivienda permanente el domicilio donde trabajan. Mientras que la categoría externa se refiere a que las cuidadoras regresan a sus hogares al terminar la jornada laboral.

5 Se recurre al uso del femenino como genérico debido a la mayor proporción de mujeres entre las cuidadoras y para evitar la sobrecarga gráfica de poner el femenino y el masculino en cada nominación.

geriátrica, las cuidadoras atraviesan un duelo emocional por la pérdida de la relación afectiva con la persona cuidada y, al mismo tiempo, pasan un tiempo incierto sin poder retomar su trabajo con otra persona, lo que puede implicar extensos períodos de tiempo sin percibir ingresos (Findling y López, 2015). Se conforma de esta manera la figura de la cuidadora particular, que se desempeña generalmente por su cuenta, a demanda, de forma precarizada, carente de derechos laborales y sometida a formas de autoridad arbitrarias.

La idea de que estos trabajos se relacionan con una especie de entrega amorosa incondicional hace que se sobrepasen ciertos límites y se demanden tareas a modo de favor, situaciones que no sucederían en otras ocupaciones. El hecho de que las cuidadoras realicen sus labores al interior de los domicilios de las personas asistidas y su distribución dispersa en el espacio (cada una en un hogar distinto) se articulan creando un mundo aparte, aún más invisible, donde no rigen las mismas condiciones que en el resto de los empleos, sino formas más precarias e inestables (Borgeaud-Garciandía, 2012). Estas condiciones se presentan como una gran dificultad para que las cuidadoras puedan organizarse colectivamente y negociar mejoras laborales (Neffa, 2010).

Antes de 2013, el vacío legal alrededor de la figura de la cuidadora dificultaba su reconocimiento y dejaba al empleo de cuidado sujeto a libres interpretaciones. En el Decreto Ley N° 326/56 de Servicio Doméstico se excluía a aquellas trabajadoras que “sean exclusivamente contratadas para cuidar enfermos o conducir vehículos” (art. 2, Decreto-Ley 326/56).⁶ Este fue derogado en 2013 con la implementación de la Ley N° 26.844 de Régimen Especial de Contrato de Trabajo para el Personal de Casas Particulares, la cual establece que:

Se considerará trabajo en casas particulares a toda prestación de servicios o ejecución de tareas de limpieza, de mantenimiento u otras actividades típicas del hogar. Se entenderá como tales también a la asistencia personal y acompañamiento prestados a los miembros de la familia o a quienes convivan en el mismo domicilio con el empleador, así como el cuidado no terapéutico de personas enfermas o con discapacidad. (art. 2, Ley 26.844)⁷

6 Decreto Ley 326/56. Servicio doméstico. Boletín Oficial, 20 de enero de 1956. Disponible en: https://www.trabajo.gba.gov.ar/documentos/legislacion/decretos/Decreto_%20ley%20_326_56.pdf

7 Ley 26.844. Régimen Especial de Contrato de Trabajo para el Personal de Casas Particulares, 3 de abril de 2013. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26844-210489/texto>

Quedan excluidas de esta definición: “Las personas que realicen tareas de cuidado y asistencia de personas enfermas o con discapacidad, cuando se trate de una prestación de carácter exclusivamente terapéutico o para la cual se exija contar con habilitaciones profesionales específicas” (art. 3, Ley 26.844, inc. c).⁸ Sin embargo, esta Ley no ha propiciado un mayor registro ni una solución a las condiciones de precariedad del trabajo de las cuidadoras particulares (Findling *et al.*, 2018).

La forma de trabajo asociado cooperativista se inscribe bajo los lineamientos de la Economía Social y Solidaria. Implica la reorganización de las relaciones sociales en la producción, distribución y consumo de bienes y servicios que implique priorizar la reproducción de la vida de todas las personas por sobre cualquier otra racionalidad (Coraggio, 2002). Según la Alianza Cooperativa Internacional (ACI), las cooperativas se definen como una asociación autónoma de personas que se han unido voluntariamente, con el fin de hacer frente a sus necesidades y aspiraciones económicas, sociales y culturales en común, por medio de una empresa de propiedad conjunta y democráticamente controlada (Martínez Charterina, 2015). De acuerdo con la ACI (1995), los valores que orientan el cooperativismo son: ayuda mutua, responsabilidad, democracia participativa, igualdad, equidad y solidaridad. La cooperativa es entonces, un recurso para obtener de forma colectiva la satisfacción de necesidades, a través de una gestión democrática en una empresa de propiedad de las y los trabajadores. El cooperativismo es crítico con las formas de gestión piramidal porque responde a un modelo organizativo solidario que busca la justicia social, se caracteriza por la horizontalidad en la toma de decisiones y en la organización del trabajo. El incentivo para su conformación responde a la voluntad de ofrecer respuestas a las necesidades de empleo, posibilitando la autogestión y la participación (De Santos y Rodríguez, 2011).

El presente trabajo se propone analizar las experiencias de trabajo de las cuidadoras de personas mayores en el marco de la Cooperativa de Cuidadores Domiciliarios Mar del Plata Ltda. (CCDMDP) en relación con el ejercicio de derechos y condiciones laborales, describir el trabajo que realizan e indagar las percepciones y los sentidos que las asociadas le otorgan al cuidado de personas mayores en el ámbito del trabajo cooperativista.

⁸ Ídem llamada 7.

Metodología

Para dar respuesta a los objetivos se realizaron entrevistas en profundidad semiestructuradas a integrantes de la CCDMDP. El trabajo de campo se llevó a cabo durante octubre de 2020. La muestra se conformó con un total de once personas, de las cuales tres son fundadoras de la institución y ocho son cuidadoras asociadas a la CCDMDP. En relación a su perfil, el rango de edad oscila entre 38 y 71 años de edad, con una media de 53 años. Su antigüedad en la institución oscila entre el año y medio y los nueve años. Trabajan en promedio alrededor de nueve horas diarias, entre cinco y seis días a la semana. Nueve de ellas son de nacionalidad argentina y dos extranjeras, una de ellas es migrante de un país limítrofe y la otra proveniente de Europa. La mayor parte ha alcanzado un nivel educativo secundario. Nueve de ellas son mujeres y dos son varones. Se incluyeron dos hombres en la muestra con el fin de obtener una mayor diversidad y heterogeneidad de los relatos y conocer sus experiencias en torno a su trabajo en una ocupación altamente feminizada.⁹

La duración de las entrevistas osciló aproximadamente entre los 50 minutos y 1 hora y 40 minutos cada una. Fueron grabadas con el consentimiento de cada una de las personas entrevistadas, para no perder registro de la información y poder volver a las mismas para consultarlas. Al mismo tiempo, fueron transcritas en su totalidad para poder explorar de una forma más detallada y ordenada los datos recabados. Los nombres de las entrevistadas fueron reemplazados y modificados por otros a modo de resguardar su privacidad.

Luego de la desgrabación de las entrevistas se organizó de forma sistemática la información por cada categoría. El análisis se realizó a partir del procesamiento de los testimonios en una matriz de datos, organizados por núcleos temáticos para responder a los interrogantes planteados y se compararon los resultados obtenidos, relacionando cada una de las dimensiones pertinentes a la investigación (De Souza Minayo, 2003). La codificación de la información obtenida, los resultados alcanzados y las conclusiones a las que se arribó serán expuestos en las páginas subsiguientes.

⁹ Continúa la generalización de las cuidadoras haciendo uso de pronombres femeninos a modo de simplificar la escritura y por ser estas la principal categoría de análisis.

Resultados

Mecanismo de doble cuidado

Los cambios demográficos demandan prestaciones de cuidados más complejas y, al mismo tiempo, ponen en evidencia el resquebrajamiento de las instituciones para hacerse cargo de las mismas. La constitución de cooperativas se origina por la necesidad de recibir cuidados y por la demanda de puestos de trabajo decentes (Flury y Laborda, 2018). Se consolidan como un recurso para obtener de forma colectiva la satisfacción de necesidades comunes, centrándose en la persona y en la sociedad en la que se lleva a cabo la actividad (Martínez Charterina, 2015). En el contexto marplatense de envejecimiento poblacional y desocupación, la Cooperativa surge con el fin de suplir ambas cuestiones: las necesidades de cuidados de las personas mayores en situación de dependencia y de puestos de trabajo digno para mujeres desocupadas o en condiciones de precarización laboral. En este sentido, su principal objetivo se centró en formalizar y organizar el trabajo de sus participantes, a través de una perspectiva de derechos. Concebir los cuidados como derechos implica comprender las necesidades de quienes los reciben, pero también de quienes los proveen (Pautassi, 2007; Venturiello, 2019). La Cooperativa de Cuidadores Domiciliarios Mar del Plata Ltda. se crea formalmente el 6 de enero de 2012. Se instaura como una empresa social compuesta por trabajadoras cooperativistas, dedicada al cuidado domiciliario de personas mayores, con discapacidades, enfermedades crónicas o terminales en situación de dependencia que requieran de atención para poder realizar actividades de su vida diaria. Nuclea hoy en día a 130 cuidadoras y brinda servicio a más de 100 personas mayores de la ciudad.

El ingreso y la conformación de los perfiles de las cuidadoras

El circuito de ingreso se encuentra a cargo del Área de Recursos Humanos y es realizado por un psicólogo. Este proceso de evaluación se configura como una instancia de conocimiento mutuo por parte de las posibles nuevas socias y la Cooperativa; la relación –para ser viable– debe necesariamente funcionar para ambas partes. En una

primera instancia el Área recibe el Curriculum Vitae, el certificado preocupacional y la constancia de antecedentes penales de cada una de las personas y verifica si los datos y las referencias mencionadas son fehacientes. Una vez comprobados, se realiza una primera preselección y se las convoca a realizar un test psicológico y, posteriormente, una entrevista. Luego de aprobar esta última instancia, deben participar de un ciclo de cinco charlas donde se las capacita sobre el rol de la cuidadora domiciliaria cooperativista y el trabajo asociado en el marco de la CCDMDP. Al finalizar los encuentros, se realiza un período de prueba que, en el caso de ser satisfactorio tanto para las cuidadoras como para quienes las evalúan, les permite asociarse formalmente a la Cooperativa y comenzar a trabajar en los domicilios. Esta dinámica ordena el proceso y lo tecnifica a partir de la implementación de mecanismos de selección rigurosos.

El proceso de selección de nuevas asociadas se realiza en la medida en que haya una demanda de servicios que no pueda ser cubierta por las cuidadoras que se encuentren ya trabajando en la Cooperativa. Una de las prioridades de la CCDMDP es que sus asociadas tengan trabajo constante, y que todas se encuentren brindando servicio. Se prioriza la continuidad laboral de las cuidadoras, ya sea por fallecimiento o institucionalización de la persona cuidada. Se evita que las cuidadoras atraviesen por un tiempo incierto sin volver a la actividad, lo cual implicaría que no perciban ingresos durante ese período, sino que a las pocas horas se les asigna otro domicilio para que continúen trabajando.

El Área de Recursos Humanos configura el perfil de cuidadora de cada una de las asociadas, a partir de su experiencia previa, la preferencia de acuerdo con el tipo de cuadros o patologías con las que se sienten más cómodas trabajando y según la formación en relación a los cursos de capacitación realizados que se ofrecen de manera gratuita y a los que deben asistir de forma obligatoria en la institución. El perfil se conforma otorgándole a las cuidadoras un saber especializado que se corresponde, según el caso, con la atención a personas con problemas de movilidad, los distintos tipos de deterioros cognitivos o los cuidados paliativos. Paola, una de las cuidadoras entrevistadas, se refiere a “pacientes ideales” según la especialización de las cuidadoras:

Si el adulto muere hay mucha demanda, entonces uno tiene esa tranquilidad que no está sin trabajo o que no está empezando de cero buscando un pa-

ciente, sino que ya está el paciente a quien cuidar de acuerdo con lo que al asociado le gusta. Yo siempre trabajé con la parte cognitiva, o sea que todos los adultos que cuidé tenían un problema cognitivo, ya sea Alzheimer o algún tipo de demencia, porque es el lugar donde yo me siento cómoda.

El hecho de denominar a las personas cuidadas “pacientes” refiere a una analogía en relación al servicio de salud y a comprender la figura de las cuidadoras como agentes de ese sistema. Estas resignifican su trabajo a partir del ingreso a la Cooperativa en tanto les permite especializarse y poner en valor tareas históricamente desvalorizadas. La posibilidad de interiorizarse en determinadas patologías de acuerdo con su perfil técnica sus conocimientos y las hace percibirse como profesionales en su labor. Esto supone también una mayor calidad en el servicio brindado.

La contratación del servicio

La CCDMDP brinda servicio a más de cien (100) usuarios en la ciudad. La mayor parte de los destinatarios son personas mayores con problemas de movilidad, con algún tipo de deterioro cognitivo o con enfermedades terminales. Si bien la atención se brinda en mayor medida en los domicilios de las personas asistidas, en caso de ser requerido, la prestación se ofrece también en ámbitos hospitalarios o instituciones de internación permanente. La demanda proviene, en general, por recomendación de personas que ya han contratado los servicios de la Cooperativa, o por parte de distintos agentes u organizaciones relacionados con la salud que poseen referencias de la institución. Quienes desean contratar el servicio se comunican con la CCDMDP y son derivados al Área Operativa donde se gestiona la solicitud y se concreta una reunión en la sede. Este encuentro se realiza con el objetivo de escuchar a las familias, para conocer la situación de la persona a ser asistida y para informar sobre la forma de trabajo de la Cooperativa. En una segunda instancia, se realiza una visita al domicilio para conocer la casa, la dinámica del hogar y principalmente a quien va a recibir el servicio. En relación a las necesidades de la persona y el tipo de cuidados que demande, se va a asignar a la cuidadora que corresponda según el perfil y la disponibilidad horaria. La elección de la cuidadora se realiza de modo personalizado según las necesidades de la persona. Una vez realizada la vinculación usuario-cuidadora se procede

a firmar el acuerdo para solicitar el alta del servicio, como garantía para las partes implicadas y formaliza la prestación. En el mismo intervienen las familias y la Cooperativa, se detallan los términos y condiciones del servicio y, al mismo tiempo, los derechos y obligaciones de cada una de las partes. Al contrario del acuerdo de palabra utilizado para la contratación informal de cuidadoras particulares, el documento firmado sirve como garante del servicio. Graciela comenta sobre el contrato de partes que firman entre las familias que contratan el servicio y la Cooperativa:

La Cooperativa sería como la representación jurídica de cada uno de nosotros como cuidadores y lo que hace la Cooperativa es firmar un convenio con las familias donde se estipula cómo va a ser el servicio, qué horarios, cuál va a ser el protocolo, cuáles son las responsabilidades del cuidador y cuáles son las responsabilidades de las familias, qué cosas incluye el servicio y qué cosas no incluye el servicio.

Si la relación no funcionara para alguna de las partes existe la posibilidad de anular el contrato, cambiar de domicilio y asignar otra cuidadora para cubrir ese servicio. Las asociadas pueden solicitar ese cambio en el caso de que el vínculo con la persona mayor o con su familia no sea de su agrado. Así también, si la familia pide un cambio de cuidadora, esa trabajadora será asignada a otro domicilio y ese servicio será cubierto por otra cuidadora. En ambas situaciones puede intervenir el Área de Psicología si fuera necesario. En el caso en que las familias incumplan el acuerdo de partes afectando de manera negativa a las trabajadoras, el servicio es dado de baja y se comunica con diez días de anticipación para que puedan organizarse. La Cooperativa es la encargada de que el acuerdo de partes se cumpla, que cada persona mayor reciba la atención que solicita y que, al mismo tiempo, las cuidadoras se encuentren trabajando en las condiciones acordadas. Aunque las cuidadoras se encuentren solas ejerciendo su trabajo en el domicilio en ningún momento pierden el contacto con la Cooperativa. Existe un seguimiento del servicio vía telefónica, se las acompaña y se responde a las necesidades que puedan surgir. Desde un trabajo netamente individual, la CCDMDP logró conformar una empresa social de gestión colectiva, donde el trabajo en equipo resulta de vital importancia para la generación de vínculos basados en la confianza, tanto para las asociadas como para las familias que contratan el servicio.

La Cooperativa como nexo entre las partes

La sede de la Cooperativa se encuentra abierta de lunes a viernes de 10 a 17 hs. Sin embargo, los servicios en domicilios se realizan de lunes a lunes las 24 hs, por lo tanto, hay cuidadoras trabajando durante las 24 hs del día, los siete días de la semana y los 365 días del año. La comunicación de las cuidadoras con el Área Operativa y de Psicología no queda supe- ditada al horario de trabajo en la sede, sino que se realizan guardias per- manentes para estar en contacto, en caso de ser necesario. La Cooperativa cuenta con un sistema de relevos eventuales, por lo tanto, si la cuidadora tuviera un impedimento para ir a cubrir el servicio, el Área Operativa es la encargada de conseguir su reemplazo. Ya sea porque fue comunicado con anticipación o frente a una situación imprevista, la persona nunca se queda sin atención.

La continuidad del servicio aparece como otro de los beneficios para ambas partes. El hecho de poder nuclear en un mismo espacio la oferta y la demanda de los cuidados facilita para las familias la efectiva realización del servicio y para las cuidadoras la continuidad laboral. Cada inconveniente que las trabajadoras puedan llegar a tener dentro o fuera del domi- cilio en relación al servicio debe ser comunicado al Área Operativa para que se contacte con la familia y puedan llegar a un acuerdo para resolverlo. No son las cuidadoras quienes deben exponerse con la situación, sino que su responsabilidad es dar aviso a la Cooperativa para que intervenga. Lo mismo sucede en caso de acordar en Asamblea un aumento de hono- rarios. No son las propias cuidadoras quienes deben comunicarlo a las familias, sino que el Área Operativa se encarga de informarles la nueva situación. El hecho de que las cuidadoras deban ocuparse exclusivamente de la atención de la persona mayor y no de la negociación de sus condicio- nes de trabajo o de múltiples tareas que no les corresponden, proporciona un incremento en la calidad del servicio que se ofrece.

A diferencia de la relación desigual de poder que se establece en el vínculo entre la cuidadora particular y quienes contratan el servicio (Bor- geaud-Garciandía, 2012), en la Cooperativa el trato laboral se encuen- tra mediado. La CCDMDP se consolida como garante de la regulación laboral del trabajo de las cuidadoras asociadas, se configura como nexo entre las trabajadoras y las familias y funciona. Este nexo funciona como garantía para ambas partes, aunque intenta proteger principalmente las

condiciones de trabajo de las cuidadoras. Ser asociadas a la CCDMDP les asegura a las trabajadoras el registro a través de la figura del monotributo, estar bancarizadas, el acceso a aportes jubilatorios y a una obra social. Les otorga la capacidad de decidir cuántas horas y días trabajar, en qué turnos hacerlo y la oportunidad de contar con un sistema de relevos que les permite tomarse días o vacaciones sin riesgo a quedarse sin trabajo. La participación en las Asambleas y el voto les da la posibilidad de decidir sobre su trabajo y sobre la administración de los recursos de la Cooperativa. En este sentido, la CCDMDP se configura como una empresa social administrada colectivamente que da lugar a la negociación de las condiciones laborales y que, con el aporte conjunto de sus socias, posibilita la formación constante, el acceso a fondos de respaldo económico y de atención psicológica. El aporte del modelo cooperativo a través de su organización inclusiva, la profesionalización de estas tareas y su enfoque de derechos se presenta frente a la crisis de la organización social de los cuidados y ante la falta de políticas públicas, como una respuesta viable y sostenible (Bottini y Sciarretta, 2019). La organización ha sido una respuesta ante las necesidades concretas de cuidados en la ciudad y de puestos de trabajo dignos. El espacio de cuidado hacia las trabajadoras promulgado por la CCDMDP y la jerarquización del trabajo son aspectos que revalorizan las tareas de cuidados y visibilizan su importancia.

Las diferentes modalidades de empleo y contratación

Cuando se habla de derecho al cuidado, se hace referencia a una perspectiva que tiene en cuenta tanto los derechos y necesidades de quien recibe cuidados como de quien los provee (Pautassi, 2007). Según la OIT (2019), el sistema de seguridad social se constituye como un conjunto de políticas e instituciones que intervienen sobre sucesos como la enfermedad, el desempleo, la vejez, los accidentes de trabajo, las enfermedades, las cargas familiares, la maternidad, la invalidez y la muerte. El acceso a la seguridad social y a condiciones laborales dignas no se encuentra garantizado para las cuidadoras particulares, sino que dependerá mayormente del arreglo laboral que haya alcanzado cada una. En este sentido, existen distintas variantes para desempeñar su labor: de forma particular, a partir de una empresa privada o, como se describió hasta el momento, de

manera asociada dentro de una Cooperativa de Trabajo. Según su manera de ejercer la tarea, cada cuidadora tendrá una forma de contratación distinta: bajo relación de dependencia, como monotributista o de manera informal sin registro.

Como se mencionó anteriormente, las cuidadoras registradas se encuentran amparadas en el marco de la Ley N° 26.844¹⁰ de Régimen Especial de Contrato de Trabajo para el Personal de Casas Particulares. De acuerdo con esta legislación se determina un marco normativo diferenciado para quienes se desempeñan con y sin retiro, se establece un contrato y una libreta de trabajo, la contratación de un seguro, un máximo de horas para la jornada laboral, días de franco, un salario mínimo, recibo de sueldo, aportes jubilatorios, regulación de las horas extras, liquidación del sueldo anual complementario, vacaciones, licencias pagas por enfermedad, por accidente o especiales,¹¹ preaviso de disolución o extinción del contrato de trabajo e indemnización. La cumplimentación de esta normativa es supervisada por la Comisión Nacional de Trabajo en Casas Particulares (CNTCP), compuesta por representantes y suplentes del sector de trabajadores y empleadores, del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, del Ministerio de Desarrollo Social y del Ministerio de Economía y Finanzas Públicas. Sin embargo, la promulgación de esta Ley no propició cambios sustanciales en el aumento del registro de las trabajadoras del cuidado (Borgeaud-Garciandía, 2018). A su vez, quien contrata el servicio de manera particular y registra a la empleada ante la Agencia Federal de Ingresos Públicos (AFIP), lo hace por lo general bajo la figura de asistente personal, no de cuidadora (Findling *et al.*, 2018). Si bien la Ley se implementó como un avance en la protección de derechos de las personas que ejercen como cuidadoras, es aún muy difícil que sean registradas cuando trabajan de forma particular. Esto se relaciona con la soledad en la que se realiza la tarea, la falta de un colectivo de trabajo que las nuclea y ampare, la relación jerárquica y desigual que se establece entre quien contrata y quien ofrece su fuerza de trabajo, la escasa capacidad de negociación ante el miedo a perder el trabajo y también porque muchas veces son mujeres migrantes que no residen en el país de forma legal.

10 Ley 26.844. Régimen Especial de Contrato de Trabajo para el Personal de Casas Particulares, 3 de abril de 2013. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26844-210489/texto>

11 Según el Art. 38 de la Ley 26.844, se contemplan como licencias especiales: nacimiento de un/a hijo/a, maternidad, matrimonio, fallecimiento de familiar, examen y días de estudio.

Asimismo, la posibilidad de las cuidadoras de realizar una huelga como medida de lucha es prácticamente nula, no solo por la poca organización del colectivo, sino también porque estas acciones van en detrimento del bienestar de las personas a las que asisten, lo que no es un dilema fácil de resolver (Guerrero *et al.*, 2019). En este sentido, la mayor parte de las cuidadoras que ejerce de forma particular lo continúa haciendo bajo la figura del monotributo o de manera informal, sin ningún tipo de registro ni garantía de derechos (Borgeaud-Garciandía, 2018).

De este modo, el monotributo es otra modalidad de contratación para quienes se desempeñan de manera particular. Es a través del monotributo que registran su actividad para poder realizar aportes al sistema previsional jubilatorio, tener un seguro de trabajo y acceder a una obra social. Sin embargo, este tipo de registro no dota de protección social ante licencias ni vacaciones. La contratación particular a través del monotributo encubre una relación de dependencia por la cual la persona que emplea se ahorra el pago de las cargas sociales de la trabajadora (Cutuli, 2012). A su vez, en muchas ocasiones el pago del monotributo deja de ser abonado por la trabajadora ya que le genera un gasto extra y por este motivo no sostiene su continuidad (Borgeaud Garciandía, 2015).

Las cuidadoras domiciliarias que se desempeñan de manera particular sin ningún tipo de registro, en general se encuentran privadas de derechos, sometidas a formas de autoridad asimétricas, nulas condiciones de trabajo, sin limitación de tareas y sin contar con las condiciones mínimas de seguridad (Araújo Guimares e Hirata, 2020). El trabajo solitario tiene un “techo” bajo, especialmente para las trabajadoras de los sectores más vulnerables y, al mismo tiempo, las malas condiciones laborales operan en detrimento del cuidado que recibe la persona asistida (OIT, 2020).

Las asociadas que ejercen como cuidadoras dentro de la Cooperativa, en su mayoría, han tenido experiencia en el mercado de trabajo informal como empleadas de casas particulares o como cuidadoras sin una formación previa. Mónica recuerda su experiencia:

Yo venía de trabajar por hora muchísimo, donde absolutamente nadie te defiende, nadie. Vos rompiste algo y lo tenés que pagar, faltaste un día y hay gente que te pide que recuperes las horas. O sea, uno está muy desprotegido trabajando solo. La intención de formar una cooperativa fue no estar tan desprotegidas.

Marcela tampoco se encontraba satisfecha con las condiciones laborales a las que estaba sujeta cuando trabajaba como cuidadora de forma particular:

Cuando trabajaba sola tenía que trabajar bajo patrón y hacer lo que el patrón decía. Tenía que luchar porque me aumentaran un poquito más, tenía que luchar para no trabajar un domingo y cuando entré a la Cooperativa me liberé de eso porque entre todos decidimos cuánto es lo que queremos cobrar, cuántos días queremos trabajar, todo eso y eso es fantástico.

Las iniciativas asociativas buscan organizar y distribuir el trabajo y los recursos de manera equitativa entre sus participantes con el objetivo de resolver sus necesidades (Boronat Pont *et al.*, 2021). La gestión colectiva y la participación son factores clave para defender los derechos laborales de las cuidadoras y otorgar reconocimiento a su trabajo tanto simbólico como económico. Al consultarle a Susana qué diferencias encuentra entre su experiencia como cuidadora particular y en la CCDMDP, responde:

Muchas diferencias. Porque uno tiene que arreglarse solo, tiene que arreglar sus honorarios, su sueldo. En lo informal vos estás solo y si te enfermás, faltás y podés llegar a perder tu trabajo. En cambio, acá tenemos el respaldo que si tenés alguna necesidad te la cubre la Cooperativa, te ayudan, tenés ayuda económica, ayuda psicológica si te pasa algo, si tenés alguna situación que no podés resolver.

Sin embargo, las personas que integran las cooperativas no escapan a las dificultades que implica el registro del trabajo a través de la figura del monotributo. Al no ser reconocidas formalmente las particularidades del trabajo asociado, quienes trabajan en cooperativas se inscriben bajo el régimen de monotributo o monotributo social. Esta categoría pensada para trabajadores particulares, profundamente individual, no coincide con la forma de organización e ideales colectivos que promueven las cooperativas. Cascardo y Mutuberría Lazarini (2021) retoman distintos estudios en relación al trabajo asociado y describen una serie de puntos en torno al acceso al sistema de seguridad social: a) Al no existir parte empleada y parte que emplea, quienes se asocian a cooperativas no acceden a las aseguradoras de riesgos del trabajo (ART). No obstante, pueden contratar otro tipo de seguros privados; b) No hay prestaciones por desempleo; c) Existen dificultades al querer ingresar a una

cobertura privada de salud; d) Al jubilarse perciben el haber mínimo; e) Pueden acceder a las siguientes asignaciones familiares: Prenatal, Hijos/as e Hijos/as con Discapacidades, Ayuda Escolar Anual, Ayuda Escolar Anual para Hijo/a con Discapacidad.

A pesar de esta situación, la CCDMDP intenta mermar las dificultades ante el inconveniente para acceder a una obra social, el Área Institucional es la encargada de realizar las gestiones para que las asociadas tengan su cobertura. Asimismo, el acceso a licencias pagas continúa siendo uno de los mayores problemas para las cuidadoras. Ante situaciones específicas de accidentes, enfermedad o embarazo deben ser las asociadas como organización quienes busquen formas de solventar esos días. Estos arreglos se implementan de manera informal como un acuerdo entre las trabajadoras. En algunas ocasiones suelen cubrirse entre ellas y luego recompensar esas horas, en otras se realizan colectas para la compañera que lo necesite o se solicitan adelantos de dinero a partir de los fondos disponibles. En la CCDMDP se implementaron los fondos de asistencia común para poder sobrellevar este tipo de situaciones. Ante el pedido de una asociada se habilita un préstamo que luego debe ser retribuido a la Cooperativa nuevamente. Por consiguiente, los días sin trabajar no se cobran, se resuelven íntegramente por arreglos internos o solidarios entre sus integrantes. Las entrevistadas nombran estos días, en los cuales no perciben ingresos, como “días caídos”.

Las asociadas cuentan con el acceso a prestaciones excluyentes como la posibilidad de elegir horarios y días de trabajo, los fondos de préstamo económico, la atención psicológica, la formación permanente y la continuidad laboral. Por otra parte, a diferencia de otras formas de desempeñar la labor, las asociadas de la CCDMDP son dueñas de una empresa colectiva. A partir de la participación y el voto, tienen el derecho y la obligación de gestionar, administrar y tomar decisiones en relación a la organización y su modo de trabajo. No existe un marco jurídico que ampare las particularidades de la forma de trabajo cooperativista. Varios de los testimonios de las asociadas coinciden en que para mejorar sus condiciones de trabajo resulta necesaria una legislación que garantice su derecho al acceso al sistema de seguridad social y reconozca el aporte de las cooperativas a la creación de puestos de trabajo dignos.

El trabajo cooperativista

Las experiencias asociativas han tenido un impacto favorable en la calidad de vida de las asociadas y en aquellas familias que reciben el servicio (Boronat Pont *et al.*, 2021). Ingresar a la economía formal, integrar un fenómeno asociativo y de organización social les permite proyectarse a futuro y les brinda protección (Arias, 2009; Borgeaud Garcíandía, 2015). La motivación de las asociadas en relación al trabajo cooperativo resulta fundamental no solo para poder brindar un servicio de calidad en los domicilios, sino también para garantizar su participación en los ámbitos de toma de decisiones, factor que repercute de manera directa en sus condiciones laborales. Contar con un grupo de trabajo que respalde la tarea es otro de los beneficios agregados al trabajar en CCDMDP. Los testimonios refieren de forma constante a la importancia de articular el trabajo con otras personas a partir de la confianza y la compañía. Se observa que en el grupo se construyen y consolidan lazos de solidaridad, pertenencia y de ayuda mutua. Mónica comparte:

Trabajar de esta forma es lo que nos hace que no estemos tan vulnerables. Nosotras veíamos, con compañeras que conversábamos que estábamos solas, mientras que ahora al estar en Cooperativa, si yo tengo algo que la familia no me favorece, se lo puedo transmitir a la parte operativa para que se queje y yo no llego al choque con la familia.

La creación de reglas compartidas se consolida como la estrategia de defensa que permite enfrentar el sufrimiento laboral (Borgeaud-Garcíandía, 2017) y las malas condiciones laborales en las que se suele ejercer este trabajo de manera particular. Si bien las cuidadoras se encuentran solas en la realización de las tareas cotidianas al interior de los domicilios, tienen siempre presente que la CCDMDP las respalda. Las asociadas fundadoras refieren ver un cambio de actitud en las cuidadoras que ingresan luego de transcurrido un tiempo en la institución. Las trabajadoras comienzan a sentirse más autosuficientes y profesionales en su tarea. Se advierte que este cambio de posicionamiento ante la forma de enfrentar su labor se relaciona con la identificación y el sentimiento de pertenencia que las asociadas sienten con la CCDMDP. Marcela comparte su visión:

En una sociedad que es muy individualista, la Cooperativa te enseña y me enseñó que todo lo que me pase a mi bueno o malo a la Cooperativa le pasa

también, entonces tratamos que siempre nos pasen cosas buenas. Y tus compañeros están siempre.

Se observa en los testimonios que la construcción de un equipo de trabajo les provee apoyo, orientación y la posibilidad de reconfigurar aquellas cuestiones que no logren adaptarse completamente a los objetivos que se proponen como asociadas. El trabajo colectivo genera redes que permiten compartir saberes, esfuerzo y vínculos solidarios entre sus miembros (Jubeto Ruíz y Larrañaga Sarregui, 2012). Resulta fundamental para evaluar estrategias conjuntas y consensuar acciones ante las situaciones que emergen en el trabajo cotidiano. El cuidado hacia las cuidadoras es uno de los valores agregados que aporta la Cooperativa. En palabras de Patricia: “No es lo mismo trabajar solo, que uno se da vuelta y no hay nadie, que trabajar en un lugar donde hay un equipo de trabajo. Ese es el secreto, un buen equipo de trabajo. Nosotros nacimos para cuidar al cuidador”.

Conclusiones

Este trabajo buscó analizar las experiencias de trabajo en relación con el ejercicio de derechos y condiciones laborales de las cuidadoras de personas mayores asociadas a la Cooperativa de Cuidadores Domiciliarios Mar del Plata Ltda. En general, quienes se asocian tienen experiencia como cuidadoras, pero no en el ámbito cooperativista y llegan luego de haber realizado el curso de formación en la institución o por recomendación de alguna persona allegada. Las principales motivaciones que las llevan a asociarse confluyen en el hecho de encontrarse desocupadas y en búsqueda de un ingreso; o por la necesidad de sentirse respaldadas ante la desprotección de su labor como cuidadoras particulares. Las familias que contratan el servicio provienen, en general, de recomendaciones de personas u organizaciones relacionadas con la salud que poseen referencias de la institución. La CCDMDP es la encargada de que el acuerdo de partes se cumpla, que cada persona mayor reciba la atención que solicita y que, al mismo tiempo, las cuidadoras se encuentren trabajando en las condiciones acordadas. La CCDMDP se consolida como garante de la regulación laboral del trabajo de las cuidadoras asociadas, a partir de configurarse como el nexo que opera entre las trabajadoras y las familias.

Que las cuidadoras deban ocuparse exclusivamente de la atención de la persona mayor y no de la negociación de sus condiciones de trabajo o de tareas que no le corresponden, proporciona un incremento en la calidad del cuidado que se otorga. Ser asociadas a la CCDMDP les asegura a las trabajadoras el registro a través de la figura del monotributo, la bancarización, y el acceso a aportes jubilatorios y a una obra social. Les brinda la posibilidad de delimitar sus tareas, decidir cuántas horas y días trabajar, en qué turnos hacerlo y contar con un sistema de relevos que les permite tomar días o vacaciones sin riesgo a quedarse sin trabajo. La participación en las Asambleas les otorga la capacidad de decidir sobre su trabajo y administrar los recursos de la Cooperativa.

Las características del trabajo asociado no son reconocidas formalmente, por lo tanto, las asociadas se inscriben bajo el régimen de monotributo o monotributo social. El acceso a un sistema de seguridad social, por ejemplo, a las licencias pagas, continúa siendo uno de los mayores problemas para las cuidadoras, ya que los días en los que no pueden trabajar no perciben ingresos.

En relación al trabajo cooperativista, se observó que contar con un grupo de confianza que respalde la tarea consolida lazos de solidaridad, pertenencia y ayuda mutua. Más allá de la organización formal del trabajo, el significado del “colectivo de trabajo” hace referencia a las relaciones de confianza, interdependencia y obligación mutua entre las trabajadoras (Dejours, 2013). Al igual que en otras labores que implican tareas de cuidados y el trabajo con la vulnerabilidad de otro, por ejemplo, en la enfermería, el colectivo de trabajo se conforma como el espacio en que las trabajadoras pueden lidiar con el sufrimiento que les genera su ocupación (Wlosko y Ros, 2018). Cuando no logran conformarse en colectivos de trabajo, las trabajadoras de estas ocupaciones suelen enfrentarse a situaciones de estrés, dinámicas laborales violentas y a injustas condiciones laborales (Wlosko y Ros, 2018). La estrategia asociativa cohesionada a las cuidadoras, las contiene y les permite desarrollarse laboralmente en un ambiente que asegura la continuidad laboral, que provee herramientas, que fomenta participación en la toma de decisiones y es proclive al cambio en materia de mejoras laborales. Estos factores no solo inciden en la jerarquización de la labor, sino también en la consecuente mejora del servicio ofrecido (Wlosko y Ros, 2018; Boronat Pont *et al.*, 2021). La CCDMDP se constituye como colectivo para garantizar estrategias defensivas ante

las situaciones que emergen en el trabajo cotidiano. La constitución de reglas comunes y la capacidad de negociación se consolida como la estrategia que permite gozar a las asociadas de mejores condiciones laborales. El respaldo que otorga la organización colectiva y el acompañamiento ante las dificultades marcan la diferencia en relación a aquellas cuidadoras que ejercen de manera particular.

Referencias bibliográficas

- Alianza Cooperativa Internacional-ACI (1995). “Los principios cooperativos del siglo XXI”. *Revista de Economía Pública, Social y Cooperativa*, 19: 38-39.
- Araújo Guimarães, N. y H. Hirata (2020). *El cuidado en América Latina*. Buenos Aires, Fundación Medifé Edita.
- Arias, C. (2009). “La red de apoyo social. Evaluación e intervención con personas adultas mayores”. *Revista de Psicología Imed*, 1(1): 147-158. Disponible en: <http://www.imed.br/revistapsico>
- Borgeaud-Garciandia, N. (2012). “La cuidadora domiciliaria de ancianos: de la poca visibilidad de su desempeño laboral”. *Trabajo y Sociedad*, 19: 321-344.
- . (2015). “Capacitación y empleo de cuidadoras en el marco del Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios de Adultos Mayores”. *Trabajo y Sociedad*, 24(1): 285-313.
- . (2017). *Puertas adentro. Trabajo de cuidado domiciliario a adultos mayores y migración en la Ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires, Teseo.
- . (2018). *El trabajo de cuidado*. Buenos Aires, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.
- Boronat Pont, V.; A. Bottini; M. Fournier y M. Valeda (2021). “Los cuidados. Estado de la cuestión y desafíos para las organizaciones de la economía popular, social y solidaria” (EPSyS). En Bottini, A.; V. Boronat Pont; F. Cascardo; M. Fournier; V. Mutuberría Lazzarini y V. Sciaretta (comps.). *Economía Popular, Social, Solidaria y Feminista* 6-13. RUESS.
- Bouvet, Y.; R. Desse; P. Morrell y M. C. Villar (2005). “Mar del Plata (Argentina): La ciudad balnearia de los porteños en el Atlántico Suroccidental”. *Investigaciones Geográficas* N° 36: 61-80. La Plata.

- Bottini, A. y V. Sciarretta (2019). “Aportes de la economía social y solidaria al cuidado. En G. N. Guerrero; K. Ramacciotti y M. Zangaro (comps). *Los derroteros del cuidado*, pp. 96-112. Bernal, Universidad Nacional de Quilmes.
- Cascardo, F. y V. Mutuberría Lazzarini (2021). “Seguridad social y cooperativas de trabajo en clave de géneros”. En Bottini, A.; V. Boronat Pont; F. Cascardo; M. Fournier; V. Mutuberría Lazzarini y V. Sciarretta (comps.). *Economía Popular, Social, Solidaria y Feminista*: 6-13. RUESS.
- Cogley, R. (2001). “Mar del Plata ¿Polo geronte a principios del siglo XXI?”. *Observatorio Geográfico de América Latina*. Disponible en: <http://observatoriogeograficoamericalatina.org.mx/egal12/Geografiasocioeconomica/Geografiadeltransporte/01.pdf>
- Comelin Fornés, A. P. (2014). “¿Quién cuida a los familiares que cuidan adultos mayores dependientes?”. *Íconos*, (50): 111-127.
- Coraggio, J. L. (2002). “La economía social como vía para otro desarrollo social”. En Coraggio, J. L. *De la emergencia a la estrategia: Más allá del alivio de la pobreza*. Buenos Aires, Espacio Editorial.
- Cutuli, R. (2012). *Flexibilidad empresarial y organización del trabajo doméstico: El trabajo invisible de las hijas de las fileteras en Mar del Plata (Buenos Aires, Argentina)*. Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias Sociales y Humanidades.
- Dejours, C. (2013), *Trabajo Vivo*. Buenos Aires, Topía.
- De Santos, B. y C. Rodríguez (2011). “Para ampliar el canon de la producción”. En De Santos, B. (comp.). *Producir para vivir. Los caminos de la producción no capitalista*. México, FCE.
- De Souza Minayo, M. C. y Minayo-Gómez, C. (2003). “Díficeis e possíveis relações entre métodos quantitativos e qualitativos nos estudos de problemas de saúde”. *O Clássico e o Novo*, 117.
- Díaz, A.; N. Sánchez; S. Montoya; S. Martínez-Restrepo; M. C. Pertuz; C. E. Flórez y L. González (2015). *Las personas mayores: cuidados y cuidadores*. Bogotá, Fundación Saldarriaga Concha.
- England, P. (2005). “Emerging Theories of Care Work”. *Annual Review of Sociology*, 31: 381-399.
- Escudero, J. M.; M. Temperley; M. L. Yeannes y E. Rearden (2008). “Adaptar la vivienda existente también es Necesario”. *Congreso Internacional sobre Vivienda Social*. Córdoba, Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Arquitectura, Urbanismo y Diseño.

- Findling, L. y E. López (eds.). (2015). *De cuidados y cuidadoras: Acciones públicas y privadas*. Buenos Aires, Biblos.
- Findling, L.; M. P. Lehner y E. Cirino (2018). “Los itinerarios de cuidadores remunerados en el Gran Buenos Aires: Estrategias de formación y cuidado de sí”. En Borgeaud-Garciandía, N. *El trabajo de cuidado*. Buenos Aires, Fundación Medifé Edita.
- Flury, J. y V. Laborda (2018). “La problemática del cuidado: una oportunidad para trascender el ámbito de lo privado y asegurar el acceso a una multiplicidad de derechos”. En Bragulat, J. (ed.). *Las cooperativas sociales en la prestación de servicios asistenciales: análisis de experiencias y de su potencial desarrollo en América Latina*, pp. 71-100. Buenos Aires, EDUNTREF.
- Golpe, L. (1997). “Condiciones psicosociales de los ancianos en contextos migratorios iberoamericanos. Análisis transcultural de la vejez en las comunidades marplatense y barcelonense”. Grupo Socioantropología de la Migraciones. Informe Final. Mar del Plata, UNMDP.
- Guerrero, G. N.; K. I. Ramacciotti y M. Zangari (comps.) (2019). *Los derroteros del cuidado*. Bernal, Universidad Nacional de Quilmes. Disponible en: <http://ridaa.unq.edu.ar/handle/20.500.11807/1025>
- Jubeto Ruiz, Y. y M. Larrañaga Sarregui (2012). “La economía será solidaria si es feminista. Aportaciones de la economía feminista a la construcción de una economía social”. En *Sostenibilidad de la vida. Aportaciones desde la economía solidaria, feminista y ecológica*, pp. 13-25. Bilbao, REAS Euskadi.
- Lehner, M. P. y M. Cataldi (2020). “Las personas adultas mayores frente a la pandemia”. En *Desigualdades en el marco de la pandemia. Reflexiones y desafíos*. José C. Paz, EDUNPAZ.
- Mantero, J. C. (1997). “Mar del Plata: devenir urbano y desarrollo turístico”. *Faces*, 3(4): 135-152.
- Mantobiani, J. (1998). “Cultura, espacio, ambiente y sociedad. Configuraciones de la ciudad de Mar del Plata”. En Golpe, L. y C. Herrán (comps.). *Mar del Plata: perfiles migratorios e imaginarios urbanos*. Buenos Aires, ADIP.
- Martínez Charterina, A. (2015). “Las cooperativas y su acción sobre la sociedad”. *Revesco*, 17: 205-222.
- Neffa, J. C. (2010). “Aportes para comprender la lógica de generación del empleo precario”. En Del Bono, A. y G. Quaranta (comps.). *Convivir*

con la incertidumbre: Aproximaciones a la flexibilización y precarización del trabajo en la Argentina. Buenos Aires, CEIL-PIETTE.

- Organización Internacional del Trabajo-OIT (2019). “El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente”. Ginebra, Oficina Internacional del Trabajo. Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---d-comm/---publ/documents/publication/wcms_737394.pdf
- . (2020). “Observatorio de la OIT: El COVID-19 y el mundo del trabajo”, 3ª ed.
- Passantino, L.; B. Roumec; J. Fernández y J. Laterza Calosso (2015). “El envejecimiento poblacional y el entorno urbano de la ciudad de Mar del Plata. Ciudad y vivienda, las particularidades de su área céntrica”. *Estudios del Hábitat*, Vol. 13, N° 2. La Plata, Universidad Nacional de la Plata, Facultad de Arquitectura y Urbanismo.
- Pautassi, L. (2007). “El cuidado como cuestión social desde un enfoque de derechos”. Santiago de Chile, CEPAL. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/5809-cuidado-como-cuestion-social-un-enfoque-derechos>
- Tobío, C.; A. T. Silveira; V. Gómez y M. T. Martín Palomo (2010). *El cuidado de las personas. Un reto para el siglo XXI*, Vol. 28. Barcelona, Fundación La Caixa.
- Venturiello, M. P. (2019). “Tensiones familiares y respuestas públicas ante el cuidado de adultos dependientes”. En Guerrero, G. N.; K. I. Ramacciotti y M. Zangari (comps.). *Los derroteros del cuidado*. Bernal, Universidad Nacional de Quilmes.
- Wlosko, M. y C. Ros (2018). “La profesión enfermera y el trabajo de cuidado. Puntuaciones de investigación a la luz de la psicodinámica del trabajo y la teoría del care”. En Borgeaud-Garciandía, N. *El trabajo de cuidado*. Buenos Aires, Medifé.
- Zuppa, G. (2009). “La construcción de la imagen de la ciudad. Mar del Plata y la apropiación del espacio frente al mar”. *Études caribéennes*, 13/14.

Curricula vitae

Marcelo Altomare. Licenciado en Sociología, USAL. Doctor en Ciencias Sociales, Unicam (Brasil). Docente e Investigador de la Universidad Nacional de Quilmes-UNQ y de la Universidad Nacional de La Matanza en materias sobre Teoría Sociológica y Teoría Política Moderna.

Sandra Borakievich. Licenciada en Psicología, UBA. Doctoranda, Universidad Nacional de Quilmes-UNQ. Profesora Adjunta Ordinaria y Coordinadora del Área de Psicología, Departamento de Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Quilmes-UNQ. Investigadora del Sistema Nacional de Investigación, Ministerio de Educación de la Nación. Evaluadora, integrante del registro de expertos de la CONEAU. Directora de Proyectos I+D-UNQ.

Mariana Cataldi. Doctora en Ciencias Sociales, UBA. Magíster en Investigación Social, UBA. Licenciada en Trabajo Social, UBA. Docente de grado en la carrera de Trabajo Social en la Universidad Nacional de José C. Paz-UNPAZ. Docente en posgrado en la Diplomatura en Litigio de Derechos Sociales y Ambientales, UNPAZ. Directora de la Especialización en Estudios sobre Envejecimiento y Vejez, UNPAZ.

Laura Champalbert. Licenciada en Sociología, UBA. Se desempeñó en el área de Recursos Humanos y es consultora en Gestión del Capital Intelectual. Participa como colaboradora en proyectos de investigación financiados por UBACyT en el Instituto de Investigaciones “Gino Germani”, Facultad de Ciencias Sociales-UBA.

María Cristina Chardon. Licenciada en Psicología, UBA. Doctora en Psicología, Universidad Iberoamericana de México. Profesora Honoraria de la Universidad Nacional de Quilmes-UNQ. Codirectora de la carrera de Especialización en Educación y Promoción de la Salud, Univer-

sidad Nacional de Tres de Febrero-UNTREF. Investigadora del Sistema Nacional de Investigación, Ministerio de Educación de la Nación. Directora de proyectos I+D UNQ.

Estefanía Cirino. Doctora en Ciencias Sociales, UBA. Especialista en Determinantes Sociales de la Salud Mental, Ministerio de Salud/UBA. Licenciada y Profesora en Sociología, UBA. Becaria posdoctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas-CONICET, con sede en el Instituto de Investigaciones “Gino Germani”, Facultad de Ciencias Sociales-UBA. Profesora de la Universidad Nacional de José C. Paz-UNPAZ y de la Universidad de la Defensa, UNDEF. Actualmente investiga temas relacionados a vejez, cuidados y políticas públicas.

Liliana Cristiani. Profesora Nacional de Educación Física. Licenciada en Terapia Ocupacional, Universidad Nacional de Quilmes-UNQ. Magíster en Ciencias Sociales, orientación Políticas y Gestión Pública, Universidad Virtual de Quilmes-UVQ. Miembro del Servicio de Rehabilitación del Hospital Rural Lago Puelo, Chubut. Profesora Adjunta Ordinaria de la Universidad Nacional de Quilmes-UNQ. Integrante de programas y proyectos de investigación I+D-UNQ. Ex Directora de la Licenciatura en Terapia Ocupacional, Universidad Nacional de Quilmes-UNQ.

Adriana de Oliveira Alcântara. Asistente Social. Posdoctorada en la Universidad Federal de Piauí, UFPI (Brasil). Becaria del Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico, CNPq (Brasil). Subdirectora del Grupo de Investigación sobre Vejez, Cultura y Sociedad/GEVCS-IFMA-CNPq. Investigadora titular, CNPq, del Centro de Investigaciones sobre Estado y Políticas Públicas de la Universidad Federal de Piauí (Brasil).

Paula Estrella. Doctora en Antropología Social, Facultad de Filosofía y Letras, UBA. Magíster en Antropología Social, IDES/UNSAM. Licenciada en Antropología, FCNyM-UNLP. Docente e investigadora en IESCODE/UNPAZ. Coordinadora de la Licenciatura en Enfermería, Universidad Nacional de José C. Paz-UNPAZ. Docente de posgrado UNPAZ/ISALUD/UNAJ.

Yadira Arnet Fernández. Licenciada en Alimentos. Estudiante de posdoctorado en el Programa de Posgrado en Trabajo Social de la Universidad Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho/UNESP, Franca (Brasil). Estudiante de Doctorado en Promoción de la Salud de la Universidad de Franca (Brasil).

Liliana Findling. Doctora en Ciencias Sociales, UBA. Especialista en Planificación de Sistemas de Salud (Escuela Salud Pública, Río de Janeiro, Brasil). Licenciada en Sociología, UBA. Profesora Consulta Facultad de Ciencias Sociales, UBA. Investigadora del Instituto de Investigaciones “Gino Germani”, Facultad de Ciencias Sociales-UBA, sobre temas de políticas sociales, cuidados y personas mayores. Dirige proyectos de investigación financiados por UBACyT y FONCyT.

Leandro Gille. Licenciado en Terapia Ocupacional y Director de la Licenciatura en Terapia Ocupacional, Universidad Nacional de Quilmes-UNQ. Posgrado en Terapia Ocupacional en Salud Mental. Abogado con orientación en derecho privado, UBA. Participante en proyectos de Extensión e Investigación Universitaria, Universidad Nacional de Quilmes-UNQ. Consultor de organizaciones civiles. Ejercicio profesional en instituciones de Salud Mental públicas y privadas.

Alejandro Klein. Licenciado en Psicología, Universidad de la República (Uruguay). Doctor en Servicio Social, Universidad Federal Rio de Janeiro (Brasil). Associate Professorial Fellow, Oxford Institute of Population Ageing-Oxford University. Profesor Investigador, Universidad de Guanajuato (México). Coordinador Red Larna, Latin American Research Network on Ageing, Oxford Institute of Population Ageing.

María Paula Lehner. Doctora en Ciencias Sociales, UBA. Magíster en Estudios Especializados en Sociología, Universidad Autónoma de Barcelona-UAB (España). Licenciada en Sociología, UBA. Docente e investigadora, UBA; Universidad Nacional de José C. Paz-UNPAZ y Universidad Nacional de Mar del Plata-UNMDP. Sus temas de investigación son la sociología de la familia, la salud y la organización social de los cuidados, sobre los que ha publicado artículos, participado en reuniones científicas y cursos de posgrado nacionales e internacionales.

María Teresa Martín Palomo. Licenciada en Ciencias Políticas y Sociales, Universidad Complutense, Madrid. Doctora en Análisis y Evaluación de Procesos Políticos y Sociales, Universidad Carlos III, Madrid. Profesora e Investigadora en la Universidad de Almería (España). Gestiona proyectos en la Universidad Complutense de Madrid y en la Universidad del País Vasco.

Roberto Montenegro. Licenciado en Sociología, UBA. Magíster Scientiarum en Administración Pública, UBA. Profesor Honorario Universidad Nacional de Quilmes-UNQ. Docente de grado y posgrado en la Universidad Nacional de Quilmes-UNQ; Facultad de Psicología-UBA; Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba-UNC y Facultad de Derecho, Universidad Nacional de Lomas de Zamora-UNLZ. Dirige, codirige y forma parte de Proyectos de Investigación y Extensión de la Universidad Nacional de Quilmes-UNQ.

Zurema Domingos Mutange. Asistente social. Estudiante de Maestría en el Programa de Posgrado en Trabajo Social de la Universidad Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho-UNESP, Franca (Brasil). Licenciada en Trabajo Social, Universidad de Luanda, Facultad de Servicio Social (Brasil).

María Cecilia Palermo. Doctoranda en Ciencias Sociales, UBA. Magíster en Sociología de la Cultura y Análisis Cultural, IDAES/UNSAM. Licenciada en Sociología, UBA. Ha participado en equipos de investigación sobre determinantes sociales, desigualdades en salud y políticas de cuidado. Investiga sobre dimensiones del reconocimiento y autonomía en marcos normativos y gestión institucional orientadas a personas con discapacidad.

Marisa Ponce. Licenciada en Sociología, UBA. Magíster en Ciencias Sociales y Salud, FLACSO-Argentina. Doctora en Ciencias Sociales, UBA. Investigadora en proyectos UBACyT en el Área de Salud y Población de IIGG. Docente de grado en UBA, Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, UCES y Universidad Nacional de J. C. Paz, UNPAZ y de posgrado en UNPAZ.

Nanci Soares. Asistente social. Becaria de productividad de PQ. Doctora en Trabajo Social, Universidad Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho/UNESP, Franca (Brasil). Posdoctorada, Universidad de Aveiro (Portugal). Profesora Asistente del Departamento de Trabajo y Programa Social del campus Franca (Brasil).

Daiana Strada. Licenciada en Sociología, Universidad Nacional de Mar del Plata-UNMDP. Participa del proyecto de investigación “Una aproximación cualitativa a las residencias para personas mayores de Mar del Plata. Vejez, cuidados y dependencia” en el Instituto de Investigaciones sobre Sociedades, Territorios y Culturas, UNMDP.

Solange María Teixeira. Asistente Social. Profesora de la Universidad Federal de Piauí (Brasil). Posdoctorada en Servicio Social, Pontificia Universidad Católica de San Pablo-PUC-SP. Doctora en Políticas Públicas, Universidad Federal de Maranhão. Beca de Productividad, CNPq. Miembro de la Red de Investigación sobre Familia y Políticas Sociales. Líder del directorio del Centro de Investigación sobre Estado y Políticas Públicas. Miembro del Comité Consultivo del CNPq en el área de Servicio Social.

María Pía Venturiello. Doctora en Ciencias Sociales y Licenciada en Sociología, UBA. Investigadora del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas-CONICET con sede en el Instituto de Investigaciones “Gino Germani”-IIGG, Facultad de Ciencias Sociales, UBA. Integrante del Área Salud y Población del IIGG. Se especializa en el área de estudios sociales en discapacidad, políticas de cuidados, vulnerabilidad y dependencia. Es autora de libros, capítulos de libros y artículos publicados en revistas científicas. Docente de grado y posgrado.

Vejece en pandemia y pospandemia. Políticas sociales, cuidados y calidad de vida

Prevalece un dato demográfico que se manifiesta en la mayor parte del mundo, y que se desprende directamente del aumento de la esperanza de vida que se ha ido consolidando en las últimas décadas: la gente vive cada vez más años, y por eso transita buena parte de su período vital, en esa etapa a la que llamamos la vejez. O, para retomar la posición sostenida en este libro, “las vejece”, en un plural que da cuenta de las diversas formas de tramitar y recorrer ese tiempo.

Esto tiene que ver con las condiciones materiales, sociales, culturales de las personas, pero también, vale notar, con las etapas que se pueden transitar dentro de un mismo ciclo vital, y que permiten pensar esa temporalidad como un territorio no homogéneo.

De este modo, hay muchas vejece porque las personas despliegan las propias de modos múltiples, pero también porque una misma persona puede pasar diferentes etapas en ese período que se ha vuelto cada vez más extenso, llegando a representar en no pocos casos, más de un tercio de la vida.

De allí, la creciente relevancia del estudio de las vejece desde el punto de vista de las políticas públicas, pues en ellas se concentra la parte más significativa de los esfuerzos estatales, en términos presupuestarios, de capacidades y de instrumentos de políticas. La seguridad social, pero también numerosas otras áreas como las políticas de salud, tienen a esa población como destinataria clave. A ello se le agregan otras cuestiones, como las implicancias económicas, laborales, familiares o intergeneracionales del tema, sin dejar de lado sus aspectos relativos al género. También las preguntas vinculadas a los cuidados y la calidad de vida, que han sido revitalizadas con la irrupción imprevista de la pandemia de Covid-19, y que se despliegan fuertemente en los interrogantes por las vejece.

Este libro compilado por Liliana Findling, María Paula Lehner, Estefanía Cirino y María Pía Venturiello, surge de un profundo trabajo de estudio y reflexión, realizado en el marco de dos proyectos de investigación radicados en el Instituto de Investigaciones “Gino Germani” de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, y aborda, desde distintas perspectivas del campo de las Ciencias Sociales, las cuestiones vinculadas a esa etapa que va cobrando un lugar cada vez más significativo como objeto de estudio y reflexión teórica.

Dr. Martín Unzué
Director IIGG/UBA



COLECCIÓN
HIPÓTESIS

