

El “riesgo” de envejecer

La salud de las personas mayores en un año de pandemia



*Virginia Cunzolo** y *Fernando Rada Schultze***

Resumen

Desde el inicio de la pandemia de COVID-19 la vejez fue puesta sobre el tapete de la opinión pública al ser incluida entre los llamados “grupos de riesgo” sobre los que el virus tendría mayor impacto. Sin embargo, la inclusión de esta etapa de la vida en el mismo lote de patologías preexistentes homogeneizaba y borraba las realidades de este vasto y diverso grupo etario. En ese marco, y a la luz de la experiencia de trabajo hospitalario e investigativo con personas mayores, en el presente artículo reflexionaremos respecto al sentido y peripecias que podemos hallar tras la noción de transitar una vejez de riesgo en un contexto de pandemia y los avatares suscitados por esta. Por último, se buscará poner en debate el modo en que la pandemia desnudó la conceptualización que nuestra sociedad y las políticas públicas tienen respecto a la vejez, las cuales suelen constreñir y descuidar a las personas adultas mayores, posicionándolas muchas veces en situación de riesgo.

* Virginia Cunzolo: Trabajadora Social (UBA). Maestranda en Antropología Social (IDES-IDAES). Servicio Social del Hospital Piñero. Docente de la materia “Salud Pública” en la carrera de Trabajo Social UNPAZ.

** Fernando Rada Schultze: Dr. en Ciencias Sociales. Mg. en Políticas Sociales. Esp. en Planificación y Gestión de Políticas Sociales. Sociólogo (UBA). Docente en “Envejecimiento y Sociedad” (FSOC-UBA). Investigador en Programa Envejecimiento FLACSO.

Palabras clave

pandemia - COVID-19 - adultez mayor - salud

Envejecimientos y vejez. Estableciendo conceptos

Si bien desde el acervo común el envejecimiento y la vejez son diferenciables –entendiendo al primero como un proceso y al segundo como etapa de la vida corolario de dicho proceso–, para las ciencias sociales esta distinción adquiere un aspecto a mencionar. Este es el de la diversidad en el curso de vida. Desde nuestras disciplinas, múltiples trabajos han puesto de manifiesto la pluralidad de factores que circundan a nuestras historias de vida y que darán como resultado envejecimientos y vejez diferenciables. De ese modo, no atravesaremos el mismo proceso si consideramos desigualdades económicas, sociales, culturales, educativas o de género, entre tantas otras. Así, nos vemos impelidas/os a dar cuenta de la heterogeneidad en la vejez. Sin embargo, nada de eso ocurrió con el advenimiento de la pandemia del COVID-19. Por el contrario, aquella batalla de sentido dada contra el encorsetamiento de la vejez en un modelo homogéneo y unívoco cedió terreno ante el arribo de nuevas prenociones edadistas.

El edadismo –traducción de la noción de *ageism*–, también conocido como viejismo, propuso observar la discriminación por edad existente en nuestras sociedades. El mismo versa en torno a estereotipos, prejuicios y segregación de las personas en base a su edad. Asimismo, consiste en la extrapolación de rasgos presentes, en algunos casos excepcionales, a todo un grupo etario. Entre los más frecuentes encontramos la conceptualización de las personas mayores como seniles, deterioradas y limitadas físicamente, inútiles y, en el caso que nos compete, como frágiles respecto a su salud.

En ese aspecto, la Organización Mundial de la Salud destaca que el edadismo provoca menor autonomía, productividad y mayores niveles de estrés cardiovascular en las personas. A su vez, también destaca que las actitudes negativas hacia la población mayor son frecuentes en los centros de salud, ámbitos en donde las/os adultas/os mayores se encuentran más vulneradas/os.¹ Contrariamente, otros trabajos señalaron que las autopercepciones positivas del envejecimiento pueden incrementar la longevidad de las personas hasta en 7,5 años promedio (Levy et al, 2002: 267-268).

Empero, si bien esta conceptualización sanitaria de la vejez fue evidenciada durante la pandemia, lo cierto es que el viejismo en el ámbito de la salud es de larga data.

En efecto, desde algunas décadas atrás diferentes trabajos criticaron el predominio de la conceptualización de la vejez como problema médico, categorización que elimina de raíz los factores y condicionantes sociales que intervienen en la calidad y curso de vida de las personas. Según destacaron Estes y Binney (1989), este fenómeno conocido como “biomedicalización de la vejez” presenta dos

¹ Recuperado de <https://www.who.int/ageing/features/faq-ageism/es/> Consultado: 5.5.2021

dimensiones. Por un lado, la interpretación del problema como un asunto médico, el cual se debe al prestigio del pensamiento biomédico en nuestras sociedades. Para las autoras, este enfoque consiste en equiparar a la vejez con una enfermedad, lo que nos lleva a pensar al envejecimiento como patológico y anormal. Asimismo, este etiquetamiento se transfiere a las demás personas. Por su parte, la segunda dimensión gira en torno a la praxis, ya que estas cosmovisiones sobre la vejez no se dan en abstracto. Por el contrario, influyen en las creencias y en las políticas sobre el envejecimiento. En ese sentido, la biomedicalización del envejecimiento presenta cuatro aristas: el conocimiento científico (el cual no es imparcial y presenta una visión reduccionista e individualista, ya que toma al sujeto de forma atomizada, deshistorizada y lo culpabiliza), la profesional (al aplicar conceptos médicos que terminan definiendo el objeto de estudio e intervención), la opinión pública (influida por estas ideas de degeneración, anormalidad y enfermedad que también impactan en las personas adultas mayores) y la política (en donde el discurso médico se refuerza como verdadero en el diseño —o ausencia— de la agenda estatal).

Sobre este último punto será en torno al cual vertebraremos nuestro análisis viendo en qué medida aquel discurso biomédico, que parecía longevo, en un contexto de crisis como el actual recobra fuerza. O quizá nunca la había perdido.

A fin de establecer un marco común de situación podemos decir que sobre la vejez recaen determinados estereotipos y prejuicios en función de los cuales se configuran también las políticas públicas. La consideración viejista de que la vejez es la etapa final de la vida y como tal resultaría improductiva conduce a que, en nuestras sociedades de consumo, el diseño de políticas sea esquivo a la agenda de la población adulta mayor. Por el contrario, la representación que tenemos de la vejez en sociedades de gran tradición familiar es el de limitarlas/os a “transitar el tiempo” o atribuirles el rol de cuidadoras/es de niñas/os. Incluso, sobre este punto no se les reconoce el aporte histórico que tuvieron en el desarrollo profesional y laboral de mujeres y hombres al recaer sobre la abuelidad el cuidado de nietas/os (Vidal, 2006: 22).

Empero, la asociación de la vejez a la abuelidad es una de las tantas cosmovisiones limitantes que tenemos de este grupo de personas. Por un lado, porque no es necesario ser una persona adulta mayor para ser abuela/o y, por el otro, porque no toda la población adulta mayor es abuela/o. En esa línea, una de las actitudes más frecuentes en relación al menoscabo de los derechos de las personas mayores en su relación con el personal de salud es tratarlas/os como “abuelitas/os”. Si bien se podrá decir que el mismo busca cierto acercamiento en la relación con la/el paciente, lo cierto es que la abuelidad se trata de un rol social (se es abuela/o solo si se tiene nietas/os) del mundo personal y privado (en este caso traído sin concesión al ámbito público). Asimismo, el diminutivo, lejos de acercar a las partes a una relación afectuosa, presenta ciertos rasgos de infantilización de la vejez.

Otro tipo de representación desacertada sobre la vejez en el sistema de salud versa sobre la sexualidad de esta población. Tan solo alcanza observar que la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva se realiza a personas de hasta 49 años, presuponiendo que aquellas que traspasan ese umbral no

mantienen relaciones sexuales. De ese modo, nuestra cultura entiende que las personas mayores no se erotizan (y si lo hacen deben cargar con el estigma de “vieja/o verde”) y que las relaciones sexuales deben ser únicamente con fines reproductivos. Sin embargo, este imaginario veda la sexualidad de las personas mayores en base a mitos y prejuicios que impactarán sobre su salud. Esto se observa, por ejemplo, no solo en el aumento de casos de VIH en personas mayores (en el 99% se dio por transmisión sexual), el cual se duplicó desde el inicio del milenio a la actualidad, sino también por el diagnóstico tardío: en el intervalo de 55-64 años representa el 62% de mujeres y 68% de varones, mientras que en el grupo de 65 años y más encontramos 71% de mujeres y 51% de varones. Así, el ocultamiento de la sexualidad de las personas mayores conlleva el riesgo de que descuiden su propia salud, no accedan a la información y a los tratamientos (Dirección de Sida y ETS, 2017).

Desde otro punto de vista, aunque en consonancia con la salud de las personas mayores, encontramos a la vejez como sinónimo de jubilación. Esta equiparación da por sentado que el principal ingreso de las/os adultas/os mayores proviene de una jubilación y que, asociado a este derecho, cuentan con una obra social. No obstante, esta generalización oculta nuevamente la cantidad de personas que no logran acceder al beneficio jubilatorio (y si lo hacen perciben el haber mínimo)² debido a trayectorias laborales circundadas por la informalidad. Por lo tanto, gran parte de esa población accede solamente a la jubilación mínima encontrando dificultades para atender sus necesidades básicas. Pero veamos algunos datos que grafican y profundizan sobre la situación socioeconómica de las personas mayores durante el periodo de la cuarentena.

Según datos de la Defensoría de la Tercera Edad de la Ciudad de Buenos Aires elaborados a un año de la pandemia, la canasta básica para personas mayores aumentó un 42,2% (\$64.039), generando que los 4.500.000 de personas jubiladas y pensionadas que perciben una remuneración mínima (\$20.571) tan solo puedan cubrir el 30% de sus necesidades más elementales, como alimentación, vivienda o medicación, entre otras.³ Asimismo, si tomamos en consideración que otro tipo de pensiones que perciben aproximadamente 1.500.000 de personas se posicionan en un rango de entre el 70% y el 80% menor a la jubilación mínima –como las Pensiones No Contributivas (por discapacidad) y la Pensión Universal para Adultos Mayores, \$16.467 y \$ 14.400, respectivamente–, la situación parece agravarse. Empero, este escenario no es exclusivo de quienes acceden a haberes mínimos: cerca de 2.000.000 de personas jubiladas perciben haberes medios cercanos a los \$40.000. En síntesis, como señala la Asociación Civil Gerontovida, más de un 80% de mayores no logra cubrir sus necesidades básicas. Incluso, quienes perciben 2 haberes (jubilación y pensión) solo se aproximarían a los valores de la canasta.⁴

2 Se estima que aproximadamente la mitad de las personas del régimen general cobran la jubilación mínima. Recuperado de <https://defensoria.org.ar/noticias/incremento-del-5-a-jubilados-y-pensionados-y-nuevas-escalas-puam-auh-y-pnc/> Consultado: 6.5.2021.

3 Recuperado de https://www.clarin.com/economia/canasta-jubilados-triplica-minimo-llega-64-039_0_vpF33xfdE.html Consultado: 23.6.2021.

4 Recuperado de <http://www.gerontovida.org.ar/noticias/CANASTA/CANASTA%20B%C3%81SICA%20DE%20LOS%20MAYORES%20ABRIL%20%202021/1543> Consultado: 23.6.2021.

De ese modo, vemos como la población mayor encuentra serias dificultades para lograr atender una serie de necesidades primarias, como su nutrición, vivienda, vestimenta, productos de higiene y limpieza y, los que aquí nos convocan, insumos de farmacia y medicación. En ese sentido, los más de 5 millones de personas que cuentan con el Programa de Atención Médica Integral (PAMI) como primera opción (entre personas jubiladas y pensionadas, sus familiares a cargo y ex combatientes de Malvinas) la terminan convirtiendo en la mayor obra social de Latinoamérica.⁵

Por otro lado, retomando el estudio de la Defensoría de la Tercera Edad de la Ciudad de Buenos Aires encontramos estimaciones respecto al modo en que las personas mayores distribuyen los gastos que realizan, siendo las principales: vivienda (el cual supera los \$19.000), alimentación y medicamentos (más de \$12.000 cada rubro). Asimismo, permanecen casi nulas las posibilidades de invertir en otros rubros, como, por ejemplo, recreación o vestimenta (\$2.160 y \$3.200, respectivamente). Lo expuesto será de gran utilidad para el planteo que aquí queremos exponer: la disparidad entre los ingresos percibidos y los bienes a los que pueden acceder serán explicativos de los condicionantes sociales que impactarán en su salud durante sus cursos de vida y vejez, como así también de los recursos que cuentan para atenderla.

En ese sentido, desde perspectivas como la de la medicina social y la salud colectiva se busca comprender la salud y la enfermedad como integradas dentro de un proceso, y no en forma fragmentada y escindida entre sí o como cuestiones aisladas y vinculadas únicamente a lo biológico. Por el contrario, se conciben integrando el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado como un fenómeno social por el cual los tipos y modos de enfermar, las formas de morir y de tener salud, están intrínsecamente vinculadas con las condiciones materiales de vida, el contexto en que se vive, así como a variables culturales y económicas (Laurel, 1981; Rojas Soriano, 1999).

Es en esa misma línea que debemos decir que equiparar una etapa de la vida a una enfermedad no solo echa por tierra todo el recorrido que hemos realizado al buscar entender a la vejez como resultado de una construcción en el curso de la vida, sino también la forma de enfermar, de vivir y de sanar como parte de un proceso social.

Así, no es una etapa de la vida la que enferma; es una etapa más dentro de una trama de estadios de sus propias trayectorias, ya que en esa persona adulta mayor también habita la/el niña/o y joven que fue, como así las peripecias surcadas y acumuladas en sus ciclos vitales.

Efectivamente, las personas no enfermamos al cumplir determinada cantidad de años. Por el contrario, debe refutarse tal consideración biologicista debido a que desentiende la salud y la enfermedad como parte de un proceso y una trayectoria que se construye a lo largo de nuestras biografías. De tal manera, el deterioro y las enfermedades que padezcamos en nuestras vejez estarán, en gran medida, determinadas por las desigualdades estructurales y condiciones de deterioro a las que hayamos estado expuestas/os en nuestras vidas.

5 Recuperado de <https://www.pami.org.ar/historia> Consultado: 5.5.2021.

De ese modo, las diferenciaciones a las que debemos enfrentarnos –más aún en condiciones de pobreza– durante nuestro curso de vida conduce a que observemos vejez precoces, relativas y relacionales ya que determinadas personas, a pesar de no arribar a la edad considerada como adultez mayor (a saber, 60 años y más) presentan los rasgos corporales y culturales que comúnmente asociamos a la vejez, como el aparente deterioro físico o la abuelidad (Oddone, 1996). Por otro lado, también suele ocurrir que determinados grupos sociales expuestos a una mayor vulnerabilidad y marginalidad ven reducida su esperanza de vida no logrando tampoco acceder a su adultez mayor (Rada Schultze, 2020).

Pero la vejez no solo es asociada a la enfermedad. También se la vincula a la muerte, punto en el que ambas coinciden como última etapa de la vida. Esta relación no solo reconfigurará el modo en que concebimos a la vejez, sino también la forma en que la abordamos.

En efecto, la incertidumbre de una vida posterior, el sentido del devenir, el tabú de la muerte y su negación producto de la falta de respuestas a esos interrogantes, conducen a que la invisibilicemos y, en consecuencia, que ocultemos a todas aquellas personas que nos las recuerdan: las/os viejas/os (Pellissier, 2013). Incluso, de hecho, nos cuesta utilizar el vocablo vieja/o debiendo recurrir a una serie de eufemismos que no solucionan la violencia a la que se somete a las personas viejas, sino que refuerzan su ocultamiento. En este punto sería entonces pertinente preguntarse, si la niñez genera niñas/os, la adolescencia, adolescentes y la adultez, adultas/os, ¿por qué al hablar de vejez buscamos nombrarlas/os como “adultas/os mayores”, “ancianas/os” o “abuelas/os”?

Sin embargo, no solo es en el ámbito de las representaciones en donde la vejez es reflejada como vecina a la muerte. Nuestro sistema sanitario también se hace eco de esa impronta. De hecho, basta recordar que se destina alrededor de un 10% del PBI⁶ para el sistema de salud pero que, sin embargo, el mismo se asigna mayoritariamente a las últimas 24 horas de las/os pacientes en lugar de, por ejemplo, invertir en salud preventiva entendiendo al envejecimiento como una parte intrínseca de la vida. En contrapartida, otros países de la región –como Chile, Cuba o Uruguay– con inversiones similares presentan, por ejemplo, mayores expectativas de vida en sus poblaciones (OCDE-Banco Mundial, 2020).

Asimismo, en este sentido, la consideración de la vejez como grupo de riesgo conlleva el problema de entrar en conexión directa con la idea de vejez como enfermedad y como tal atenta contra los esfuerzos de pensar y trabajar en torno a la vida, la salud y la enfermedad como parte de un proceso social.

⁶ Respecto a la Ciudad de Buenos Aires y la inversión destinada, la misma representa casi el 20% de su presupuesto público. Recuperado de <https://archivo.consejo.org.ar/consejodigital/RC57/goldman.html> Consultado: 4.5.2020.

Estado de situación

Valiéndose de los prejuicios que imperan en nuestras sociedades, como, por ejemplo, la supuesta improductividad (en el sentido de población jubilada o inactiva) o su proximidad a la finitud de la vida, la vejez fue al inicio de la pandemia puesta en agenda. Aunque, una vez más, el lugar que se le asignó desde la opinión pública se encontró nuevamente sesgado al categorizarla como “grupo de riesgo”. Con premura, las personas viejas fueron incluidas en el mismo lote de patologías previas considerándolas, así, como enfermas.

El hecho de ser incluidas entre los grupos de riesgo nos ofrece distintos niveles de análisis. Por un lado, tenemos que si bien la vejez fue puesta sobre el tapete del debate público, solo se la trajo a la agenda para devolverla a un nuevo tipo de cuarentena: el del ostracismo; el de un espacio de invisibilización y homogenización en el que sus diversidades, características y problemáticas no se discuten. Y aquello que no se nombra, como bien sabemos, parece no existir. Pero, por otro lado, como señalaron los aportes críticos de la biomedicalización del envejecimiento, los embates edadistas no solo impactan en el plano representativo, sino también sobre la praxis. Así, muchas personas mayores por temor a contagiarse desistieron de hacerse chequeos o continuar con tratamientos programados.⁷

Pero intentando sortear esa representación uniforme que se hace de la vejez, debemos conocer quiénes son y qué características tienen las personas que la componen, como así también con qué situaciones llegan a los servicios de salud. En síntesis, la dimensión de la praxis a la que aquí queremos aludir nos habla de personas reales con problemáticas concretas.

En principio debemos señalar que en la Ciudad de Buenos Aires vive el 16,4% de las personas mayores de la Argentina. Asimismo, es la población porteña una de las más envejecidas del país. Según datos de la Dirección General de Estadísticas y Censos de la Ciudad de Buenos Aires, las personas mayores representan un 22,8%, el cual es escasamente superado por 24,5% del grupo comprendido entre 0 y 19 años.⁸ Así, dos grupos etarios –como la niñez y la adolescencia– tienen en conjunto casi la misma representación porcentual que el de la vejez, lo cual nos grafica la importancia del fenómeno. A su vez, en la población total de la Argentina, las personas mayores representan más del 16%; grupo donde la tasa de letalidad por COVID-19 asciende al 13%.⁹

Si bien, como frecuentemente se menciona, la pandemia actual consiste en una crisis sanitaria excepcional, transversal a todos los grupos poblacionales y que, tarde o temprano, volveremos a ese estado ambiguo y polifacético que dimos en llamar “normalidad”, aquello que no es extravagante son las

7 En una entrevista reciente Luana Volnovich, directora ejecutiva de PAMI, señaló que “5 millones de personas hace un año no se controlan la salud” producto de la pandemia. Esto llevó a que junto a la Fundación Favalaro diseñaran el sitio “Chequeate en casa”, donde a través de una encuesta pueden recabar información para conocer si las personas “están en riesgo”. Recuperado de https://www.youtube.com/watch?v=UnReTEhzM2U&ab_channel=Am%C3%A9ricaTV Consultado: 7.5.2021.

8 Recuperado de https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2015/09/ir_2015_916.pdf Consultado: 6.5.2021.

9 Disponible en: <https://www.infobae.com/politica/2021/03/28/el-83-de-los-mayores-de-60-anos-en-todo-el-pais-aun-no-fue-vacunado/> Consultado: 7.5.2021.

problemáticas que aquejan a las personas mayores de nuestro país como así tampoco una agenda que les es esquivada a sus necesidades.

En ese sentido, cuando a la histórica ausencia o limitaciones de políticas se anexa una vida en condiciones de precariedad y pobreza, las mismas se refuerzan configurando escenarios particulares. Tal es el caso de la institución hospitalaria, en donde se torna recurrente el ingreso e internación de personas viejas en elevado estado de deterioro y/o de urgencia (según lo entiende el sistema de salud),¹⁰ ya sea por el padecimiento de enfermedades crónicas o asociado a las condiciones y calidad de vida. De esta manera es común hallar historias clínicas acompañadas de diagnósticos tales como “deterioro generalizado”, “mal estado general”, “desnutrición”, “estado de abandono”, entre tantas otras, como así también la combinación de ellos.

No obstante, el problema no es su vejez *per se*, como así tampoco el elemento explicativo. Por el contrario, son las condiciones materiales acopiadas durante su vida las que dan cuenta del deterioro. Asimismo, cuando logran arribar a los efectores de salud ante situaciones de emergencia, tampoco encuentran allí recursos estatales que, de manera integral, logren pensar a las personas más allá de esa internación temporal. Además, la carencia de políticas integrales por fuera de la hospitalización no es una problemática que atañe de manera exclusiva a la población vieja. Lo mismo ocurre, por ejemplo, ante la ausencia de políticas de cuidados para personas con algún grado de dependencia.

De este modo, el sistema entra en un espiral contradictorio propio de su lógica: ofrece, por un lado, curar y/o cuidar a las personas pero, en simultáneo, limita su área de influencia y acción en materia de cuidados restringiéndose sola o casi exclusivamente al tránsito hospitalario. Así, las pocas herramientas estatales que se brindan responderán nuevamente a una racionalidad asilar para quienes no pueden recibir cuidados en sus domicilios. Por otro lado, tampoco emergen estrategias preventivas de salud que permitan anticiparse al problema que enfrentará la persona.

Es así que, lejos de contar con una serie de artilugios que faculten a la persona para evitar llegar a ese estado, el sistema demora su aparición en acción. A su vez, cuando lo hace, su participación puede responder, por un lado, a una lógica reparatoria –buscando subsanar o enmendar el estado de situación actual, pero sin resolver los problemas de raíz– o con cierta dinámica coercitiva, culpabilizando y castigando a las/os viejas/os por su situación de salud actual sin tomar en consideración que ella es el resultado de un proceso que, pudiendo dirimirse con premura previamente, fue dejado a su suerte.

¹⁰ Dentro de las urgencias, se considera al paciente que ingresa con una patología aguda (de moderada o severa gravedad) pero sin muerte inminente por causa de la misma. Estas personas requieren hospitalización de guardia y su destino siguiente puede ser una sala de cuidados intensivos, el quirófano o la internación general a cargo de los distintos servicios (Ministerio de Salud. Resolución N° 428/2001. Norma de Organización y Funcionamiento de los Servicios de Guardia en los Establecimientos Asistenciales, incorporándola al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica). <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/65000-69999/66972/norma.htm> Consultado: 3.5.2021.

En ese sentido, una de las experiencias en donde se ve reflejado ese periplo difuso y plagado de obstáculos que distingue al sistema es en las internaciones. Para las/os pacientes, la internación se presenta como un punto de inflexión en sus biografías que tensionará su devenir; existirá un antes y un después en base a este episodio hospitalario en el que la vida de las personas seguirá un curso u otro: podrán retornar a sus hogares, deberán continuar en un estancamiento hospitalario o irán a una institución asilar.

Por otra parte, esta experiencia implica una resignificación identitaria. Aquellas condiciones de vida y deterioro no solo eran desconocidas para el sistema, sino también para las propias personas que, consciente o inconscientemente, debían realizar estrategias de supervivencia. En cambio ahora, en el momento de la internación, deben congeniar sus necesidades con las opiniones y pocas opciones que el sistema les da; deberán sortear análisis, tratamientos y discursos de las/os expertas/os de un sistema que durante gran parte de su vida le dio la espalda.

A su vez, el proceso de internación da lugar a un nuevo itinerario de problemáticas a gestionar. Una de ellas la encontramos, por ejemplo, en el hecho de haber recibido un diagnóstico de enfermedad avanzada o irreversible y/o su agravamiento, o un tratamiento complejo, entre otras tantas cuestiones que implique un cambio significativo en la autonomía de la persona y limite la posibilidad de volver a su vida tal como era antes. A lo dicho debe anexarse que esta transformación en sus vidas suele ir acompañada por la carencia de opciones o herramientas con las que cuentan las propias familias, tales como asistencia y cuidados en sus vidas cotidianas, sea de manera temporal o permanente.

Otra situación que comúnmente se desprende de la internación es la imposibilidad de volver a vivir en las condiciones materiales/edilicias en las que se lo hacía antes, ya que eso significaría poner en riesgo la vida, situación que se deriva, por ejemplo, de habitar en lugares de infraestructura precaria. Entre ellas podemos enumerar casos como la imposibilidad de moverse por sus propios medios, viviendas con accesos restrictivos u obstáculos –escaleras, pasillos angostos–, inaccesibilidad al agua potable –higiene, aseo personal, curado de heridas–, o el contar con otros servicios o elementos básicos para sustentar la realización de tratamientos especiales –electricidad para aparatología médica o refrigeración de medicamentos–.

En efecto, los requerimientos de cuidado y acompañamiento de las personas con dependencia, ya sea para ciertas actividades de la vida o para todas, se torna un desafío que pone en tensión a las familias como depositarias principales de las responsabilidades de cuidado. Así, en este “diamante de cuidados”, compuesto por el Estado, el mercado, las organizaciones de la sociedad civil/comunidad y familias, los cuidados parecen recaer especialmente sobre estas últimas (Razavi, 2007: 21).

En este punto, si bien en la mayor parte de las situaciones las personas con diversos niveles de dependencia cuentan con una red social o familiar, estas se encuentran limitadas en términos sociales y económicos. La informalidad laboral, la imposibilidad física, la carencia de recursos para contratar un/a cuidador/a, la falta de saberes técnicos específicos, la escasez de tiempo por motivos laborales o debido al cuidado de otros miembros de la familia (como las/os hijas/os) y la poca cantidad

de personas que integran la red, lleva a las familias a encontrarse restringidas a la hora de brindar los cuidados requeridos.

No obstante, dado que la voluntad de acompañamiento y cuidado existe, en caso de que contaran con recursos y servicios de cuidado que brindaran atención suficiente y accesible, las redes sociales o familiares podrían complementarlos. De hecho, algunos datos señalan que alrededor del 70% de las familias desearían hacerse cargo del cuidado del familiar, pero no se encuentran en condiciones materiales para alojarlo y asistirlo (Bataglia et al, 2019).

Ante este tipo de situaciones, como la carestía de recursos o las limitaciones familiares, las opciones posibles son casi nulas. Las obras sociales, por lo general, no cuentan con prestaciones de cuidado domiciliario suficiente, lo cual reduce significativamente la alternativa de que la persona retorne a su domicilio recibiendo asistencia profesional en su hogar. El regreso a la propia casa termina dependiendo del tiempo y del dinero que sus familiares o referentes tengan para asumir los cuidados que la persona requiera. Es decir, esta posibilidad no depende solo de la buena voluntad de quienes integren la red social, sino también de saberes y profesionales específicas/os que puedan asistir y dar solución a las necesidades de tratamientos y cuidados sin, al mismo tiempo, provocar un mayor daño a las/os pacientes.¹¹

Las personas quedan frente a la falsa dicotomía de una elección inexistente: se les presenta una posible decisión que no es tal. En caso de que las familias o las/os referentes afectivos no puedan prestar cuidados suficientes, la única opción asequible es su derivación a una institución de tercer nivel: los geriátricos (en el caso de contar con cobertura social o medios económicos para solventarlo) o los hogares de adultas/os mayores (en caso de que la vacante deba ser cubierta por el Estado). Asimismo, en las ocasiones en que estas derivaciones están disponibles, en general resultan deficitarias e incluso deteriorantes para la calidad de vida.

Además, debe destacarse que también son recurrentes los casos en que las personas no cumplen con los requisitos de las instituciones disponibles o estas se niegan a recibirlos porque se consideran inadecuadas respecto a los cuidados específicos que requieren.

Sin embargo, el propio proceso de derivaciones no consiste tampoco en un fenómeno ágil para las personas, el cual puede ir desde trámites y demoras de la gestión de la vacante y su habilitación hasta la posible judicialización de la situación.

En esa línea, otros trabajos señalaron que ante la solicitud de ingreso a hogares de residencia permanente para población adulta mayor dependientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, la respuesta se vio aletargada en el 56% de los casos. A su vez, el tiempo promedio giró en torno a los 86 días (alrededor de 3 meses). Por otro lado, el estudio también arroja un 33% de respuestas negativas motivadas en el requisito de la autovalidez de la persona para ser ingresada. Por último, en aquellos

¹¹ Nos referimos, por ejemplo, al mantenimiento de sondas, medicación, bolsas de colostomía, alimentación enteral artificial, entre otras.

casos en los que el pedido se centró en los hogares geriátricos que tienen convenio con PAMI (11%), la respuesta promedio presentó una demora de 58 días (Brovelli et al, 2015: 14).

Empero, debemos señalar que este lapso temporal no solo implica la dilatación del lugar de destino para la persona, sino que repercute también en el deterioro físico de las/os pacientes. En ese sentido, las condiciones de vida en el hospital incrementarán e impactarán en otros aspectos claves como la postración, la lucidez y la autovalidez. Asimismo, producto de esta estadía marcada por una temporalidad incierta y de las condiciones de vida en la institución, las personas quedan expuestas al riesgo de enfermar por virus intrahospitalarios, pudiendo incluso fallecer en consecuencia.

En síntesis, si bien las personas pueden llegar con estados de elevado deterioro a una internación, esta cuestión no guarda estrecha relación con la etapa que atraviesan sino con las formas y condiciones en las que envejecieron. Incluso, y a pesar de que gran parte de estas personas llega por sus propios medios o en compañía de algún familiar/referente a la internación, es el escenario institucional quien deteriora de forma irremediable.

Así, si bien las personas llegan lucidas, por su propia voluntad y sin una dependencia total (resulta más frecuente que ingresen en condiciones de semi dependencia),¹² la escasez y deficiencia de recursos de cuidado y derivación serán explicativas de las condiciones sanitarias adquiridas *a posteriori*. De este modo podemos afirmar que si bien desde el inicio de la pandemia se estableció a la población vieja como grupo de riesgo, son las condiciones de vida y el modo en que se gestionan las políticas públicas y su alcance las que ponen en riesgo las formas de envejecer hace ya largo tiempo.

El escenario de la vejez en pandemia. Paradojas sobre el riesgo

Establecimos hasta aquí un estado de situación en torno al deterioro de la vejez y la internación hospitalaria. La pandemia de COVID-19 no hizo más que poner nuevamente en estado de emergencia un escenario que ya evidenciaba sus propias falencias. Al mismo tiempo, la pandemia presentó nuevos escollos a un sistema de salud público que se encuentra hace décadas limitado a la hora de dar respuestas a las necesidades de su población.¹³

12 En un trabajo colectivo titulado “Vivir en el hospital” (Brovelli et al, 2015) se estableció que entre las personas que ven extendidas sus internaciones más allá de encontrarse en condiciones de alta médica, poco más del 39% tienen entre 60 y 75 años y más del 15% superan los 76 años de edad. A la vez, del total de estas personas, alrededor del 37% y poco más de 14% eran semi dependientes y autoválidas, respectivamente, al momento de su ingreso al hospital. Por otra parte, más del 48% eran dependientes.

13 Los hospitales y centros de salud de nuestro país no permanecen absortos a los virajes y medidas socioeconómicas que distinguieron a la Argentina de las últimas décadas. Por el contrario, recibieron los embates de la aplicación de recetas neoliberales, la implementación de políticas de ajuste y el desfinanciamiento del sistema. Como señalan diferentes trabajos (Iriart y Merhy, 2000, 2017; Jelin, Grimson y Zamberlin, 2007), lo dicho se puede ver reflejado en el desmantelamiento de programas de salud, en la insuficiencia del número de profesionales en la atención, la falta de insumos básicos para la atención, el retardo en la realización de operaciones y entrega de turnos, escasez de medicación, como así también en una atención brindada caracterizada a menudo como deficitaria y de baja accesibilidad.

En ese sentido, como señalaron trabajos recientes, el aislamiento social preventivo y obligatorio (ASPO) tuvo un impacto diferencial entre los distintos grupos sociales, reforzando condiciones de desigualdad previas (Federico, 2021). Por otro lado, más allá de las consecuencias del ASPO y el impacto de las medidas económicas que tuvieron como foco a la población mayor, se debe observar la desigualdad territorial atravesada por la población vieja durante la pandemia COVID-19 en lo que refiere a las redes de apoyo con las que contaban antes del contexto actual (Carchak Canes et al, 2020). Es pertinente entonces preguntarse qué les ha sucedido a las personas viejas en el hospital durante un año de pandemia.

Uno de los efectos de la irrupción del COVID-19 fue que trastocaría los modos y enfoques de la atención, enfocándose mayoritariamente en la emergencia sanitaria producto de la pandemia. De esta forma, y tomando en consideración el agotamiento que provoca en los recursos humanos y materiales, todas aquellas cuestiones que no involucraran la organización de atención del COVID-19 o de sus pacientes fueron ubicados en un lugar secundario. Es decir, quedaron fuera de la atención prioritaria.

Profundizando en este aspecto se puede destacar que todo lo que queda por fuera del episodio agudo –en cuanto a los aspectos médicos y aquello que específicamente demora el alta hospitalaria de las/os pacientes–, nunca estuvo considerado como responsabilidad u objetivo de la institución hospitalaria. En ese sentido, lo dicho se encuentra en íntima relación con el modo en que se organiza nuestro sistema de salud¹⁴ y los parámetros de la medicina hegemónica, donde el hospital es entendido como una institución que debe atender exclusivamente episodios agudos de enfermedad y que, por consiguiente, no debe responder a cuestiones que excedan esta dimensión. A la vez, el área de vacancia que presenta la agenda política referida a los cuidados sobrepasa la capacidad de respuesta del sistema de salud.

Desde marzo del 2020, el advenimiento del COVID-19 y la consecuente situación de emergencia se establecieron como argumentos irrefutables para dejar en un lugar secundario a cualquier otro tipo de casos. Otras cuestiones, como las obstaculizadas y trabadas derivaciones y requerimientos de cuidado de adultos/os mayores por motivos de salud y enfermedad no vinculados al COVID-19, vieron su lugar cada vez más relegado. Por otro lado, con el modo de organización adquirido frente a la pandemia, se impuso que todas las personas que esperaban desde hacía meses sus derivaciones o quienes tendieran a iniciarlo, debían liberar las camas del hospital. Lo dicho se encontró motivado por el número creciente de personas infectadas con el virus del SARS-CoV-2 (situación que se reitera hoy en día frente a una segunda ola de impacto del virus) y que puso en tensión los recursos disponibles ante su posible agotamiento. No obstante, tampoco es menos cierto ni debe desconocerse que todo aquel caso que superara el episodio agudo de internación quedó al margen de las prioridades.

14 Nuestro sistema de salud está dividido por niveles de complejidad. El primer nivel corresponde a las instituciones que implementan atención primaria de la salud. El segundo nivel es ocupado por los hospitales generales que deben atender episodios de urgencia, emergencia o enfermedades en estado agudo. El tercer nivel lo ocupan los hospitales especializados (Arce 2012).

En esa misma línea, la falta de instituciones disponibles y las dificultades para la derivación no dejarían de ser un dato de base más allá de la pandemia. Esto quiere decir que si bien se imponía la necesidad de dejar libres camas hospitalarias y cuidar a las/os viejas/os del riesgo de contraer el virus del COVID-19, no había a dónde derivar a estas personas.¹⁵

Así, a la situación de base se sumaba ahora que el resto de las instituciones también comenzarían a trabajar en “modo pandemia”, es decir que instituciones de residencia permanente para adultas/os mayores, las agencias y entidades de la obra social PAMI, las dependencias judiciales, entre otras, se desarticulaban (aún más de lo que suelen estar) en el trabajo remoto. Esta coyuntura –más aún en la primera etapa de la pandemia, pero también presente ante la segunda ola de contagios– implicó para nosotras/os una mayor dificultad en el acceso a información sobre si se encontraban trabajando, en qué modo y cómo lograr establecer la comunicación con sus trabajadoras/es. Una vez más, y ahora sí para dar cuenta de estos escollos, las instituciones esgrimían un argumento sin posibilidad de réplica: la pandemia. Por su parte, las residencias para adultas/os mayores dependientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires cerraron los ingresos a personas derivadas de hospitales con la premisa de evitar el riesgo de contagio de COVID-19 en las/os adultas/os mayores que ya residían en ellas.

Sin embargo, ante esta situación, emerge una curiosa paradoja. El Estado a través de sus instituciones descuidaba a unas/os viejas/os para cuidar a otras/os del riesgo que implicaba el virus del SARS-CoV-2. Es decir, desatendía para atender. Empero, en una institución como el hospital esta paradoja se viene produciendo también al interior de sí misma.

En sintonía con el escenario que planteamos, los argumentos de las/os profesionales medicas/os de las salas de internación eran cada vez más taxativos, expresando que no podían escuchar o atender todo aquello que no fuera agudo y que cualquier otra situación que lo excediera debía resolverse por fuera del hospital. Si bien esta aseveración emergía en el marco de discursos sobre el estado de emergencia y la importancia de cuidar a las/os viejas/os internadas/os por otros motivos ajenos al COVID-19, lo cierto es que seguía acarreado prescripciones morales que incurrían en la exclusiva responsabilización de las familias respecto a los cuidados de sus integrantes adultas/os mayores. De esta manera, se combinaba la necesidad de generar espacio ante eventuales emergencias con el argumento de evitar el riesgo de exposición al COVID-19 y su propagación en las personas mayores.

Como señala el trabajo de Federico, toda estructuración social implica una articulación de prácticas hegemónicas con el fin de establecer el orden en un contexto de contingencia empleando un uso positivo de las contradicciones y conflictos. En tal orden de contingencia, como señalamos, salieron a la luz determinados discursos –como las personas mayores en tanto grupo de riesgo– y se establecieron prácticas orientadas a que lo urgente desplace a lo importante (2021: 6).

¹⁵ Sobre este punto debe señalarse que para quienes cursaban internaciones prolongadas en hospitales generales esperando la derivación a instituciones de tercer nivel (como geriátricos u hogares), y frente a la negativa de las mismas a recibirlos, las pocas opciones brindadas por el Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires fue derivarlas a hospitales neuropsiquiátricos u oftalmológicos de la ciudad.

Siguiendo al autor, su trabajo plantea que ante un problema transversal como el de la pandemia se promueve un abordaje que descontextualiza su objeto de estudio e intervención al tiempo que se lo ontologiza; se la aborda como un ser-ente en sí mismo con vida propia que oculta e invisibiliza a quienes la padecen, sus contextos y singularidades culturales e históricas. Por el contrario, la estrategia implementada refuerza prácticas y perspectivas médico hegemónicas basadas en una eficacia pragmática intervencionista y medicamentosa. Así, las instituciones y discursos de salud se centran en una perspectiva de riesgo, orientada al modelo hospitalocéntrico alejado cada vez más de la consideración de los determinantes sociales de la enfermedad y las vulnerabilidades singulares de quienes las atraviesan (Federico, 2021: 7).

No obstante, más allá de todas estas dimensiones de análisis, las condiciones materiales de vida de las personas y los determinantes sociales que configuran los modos de enfermar continuaban allí sin ubicarse en el mismo “modo pandemia” que las instituciones. Por el contrario, fueron recrudesciendo en función de las condiciones del aislamiento social preventivo y obligatorio. En consecuencia, debíamos y debemos cuidar especialmente a las/os viejas/os del riesgo del COVID-19, pero sin los elementos y recursos para cuidarlas/os del riesgo en que ya se encontraban hace tiempo; aquel que delimitó una forma de envejecer en el deterioro.

De este modo, a más de un año de pandemia nos encontramos con otra situación reiterada: la de aquellas/os viejas/os que demoraron la atención y control de sus malestares con base a la decisión de cuidarse del COVID-19. Para este grupo poblacional la consigna de “quedate en casa” daría lugar a la desatención de enfermedades crónicas, síntomas y otros padecimientos que llevarían al agravamiento, urgencia o agudización del deterioro de su situación física.

Sobre este aspecto debemos considerar no solo la importancia y necesidad de cuidarse, sino fundamentalmente la imposibilidad de suplir los controles y atenciones sin acudir a los efectores de salud. Es decir, debemos considerarlo a la luz de un sistema de salud precarizado y sin políticas públicas de cuidado, prevención y atención en domicilio que compensen la asistencia a las instituciones. Nuevamente en función de ser personas de riesgo, no pudieron cuidarse del riesgo en que ya estaban y, tratando de evitar otro, llegaron incluso a adquirir uno nuevo.

A su vez, si bien el informe de la Defensoría de la Tercera Edad señala que el 83% de los fallecidos fueron personas mayores, dicho documento también pone de manifiesto una fuerte falencia en la atención y controles de salud pos-COVID por parte de obras sociales, PAMI y prepagas.

Una vez más, la agudización de malestares que hoy enfrentan numerosas personas viejas por prevenir el COVID-19, se instala en un sistema cada vez más agotado. Un sistema que no quiere ni tiene recursos para atender niveles cada vez más elevados de malestar de aquellas personas cuyo deterioro se volvió una parte intrínseca de sus modos de envejecer.

Debemos, entonces, prestar atención a que la emergencia de los viejas/os seguirá su curso más allá de la pandemia.

Reflexiones finales

El advenimiento de la pandemia del COVID-19 y sus consecuentes fases de confinamiento, conforme al nivel de contagios que se iba registrando, trastocó no solo a los servicios de salud y su acceso, sino también a la vida cotidiana en general, impactando particularmente en la accesibilidad a otros derechos como la educación, el trabajo y la circulación, entre otros. Pero nuestra cotidianeidad también se vio modificada en el plano de las imágenes y representaciones que tenemos sobre la peligrosidad y, a raíz de ello, nuestros comportamientos. En ese sentido, uno de los aspectos que cobró relevancia fue la categorización de la vejez como grupo de riesgo y la responsabilidad y compromiso que como sociedad debíamos tener respecto a su cuidado buscando evitar exponerlas/os a posibles contagios.

Sin embargo, como a lo largo de este artículo buscamos exhibir, la nominación de la adultez mayor como personas de riesgo presentaba algunas dimensiones cuestionables. En primer lugar, dicho agrupamiento en el mismo lote de patologías previas equiparaba al envejecimiento a lo patológico o anormal; como una enfermedad que, por consiguiente, debía tratarse y curarse. En relación a esto, dicha consideración de las personas viejas homogeneizaba a la adultez mayor presuponiendo que todas ellas afrontan los mismos obstáculos y tienen las mismas necesidades en esta etapa de sus vidas.

En esa línea, considerar a la vejez como un todo compacto y homogéneo no solo estigmatizaba a las personas mayores, sino que en esa categorización se invisibilizaban o borraban los dispares recorridos sociales, económicos, educativos y sanitarios que serían explicativos de las condiciones y calidad de vida de las/os viejas/os. Así, como en la figura de un iceberg, se buscaba explicar solo aquello que emergía de la superficie sin tomar en cuenta otras problemáticas que permanecen ocultas.

Fue entonces meta de este artículo, en nuestra labor de trabajadoras/es e investigadoras/es sociales, poner de manifiesto esas realidades subterráneas que nos permitieran dar cuenta de los principales escollos que las personas adultas mayores atraviesan tanto en sus cursos de vida como en su tránsito por el sistema de salud a la luz de la situación crítica actual. ¿Pero qué tienen para decirnos las ciencias sociales al respecto? ¿Qué podemos aprender de ellas aplicadas al contexto actual?

Si bien la pandemia presentó una arista sanitaria –de lo cual mediáticamente dieron cuenta las/os profesionales de la salud–, lo cierto es que, además, tuvo un impacto en la toma de decisiones políticas que, como el aislamiento social preventivo y obligatorio, transformarían las sociabilidades cotidianas. Empero, rara vez aquellas/os especialistas que opinaron sobre las implicancias del confinamiento fueron profesionales provenientes de las ciencias humanas y sociales. Así, cuestiones como los efectos de la cuarentena sobre las necesidades de primera urgencia de las personas, como el déficit alimentario, habitacional, la precarización e informalidad laboral y su injerencia en las condiciones de vida de las personas, extrañamente fueron atendidas por científicos sociales. Contrariamente, las estrategias y discursos durante la pandemia se consolidaron en la aplicación de procedimientos orientados por las denominadas “tecnologías duras” –como respiradores o el arribo de vacunas– o “duras-blandas” –como, por ejemplo, los conocimientos de expertas/os en infectología o epidemiología–. Si bien no puede desconocerse su importancia, lo cierto es que al mismo tiempo se descuidaron otras

instancias de reflexión y acción que dieran cuenta de prácticas relacionales, intersubjetivas y vinculares (Federico, 2021: 7-8).

En ese sentido, el ingreso de la vejez como grupo de riesgo se encontraba justificado por una situación crítica que validaba y hacía emerger nuevamente un discurso biomédico que se extendería al análisis de problemáticas sociales bajo la antinomia salud-enfermedad: todo lo que entraba en un grupo era sano y todo lo que pertenecía a otro era enfermo. O, en el mejor de los casos, estaba en riesgo.

No obstante, no solo se las homogeneizó, sino también se las culpabilizó –las personas mayores eran grupo de riesgo por el simple hecho de ser viejas– e incluso en los discursos políticos a nivel global se las puso dentro del lote de las sacrificables: producto de la saturación sanitaria, y en el caso de optar por una cohorte etaria a la hora de destinar una cama de terapia intensiva, las/os adultas/os mayores no serían prioridad. Discursos, que como hemos vistos, se legitiman en expresiones viejistas del sentido común como “las personas mayores no tienen proyectos” o “ya han vivido demasiado”.

Pero, por el contrario, como buscamos señalar, estas aseveraciones segregacionistas poco se condicionan con la noción de la vejez como una construcción social a lo largo de la vida. Asimismo, tampoco guardan relación con los datos que expusimos sobre la cantidad de personas mayores en la Argentina, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y sus principales necesidades en sus periplos por las instituciones de salud.

Lo dicho nos lleva a preguntarnos, si las personas mayores representan un porcentaje tan alto en la Ciudad de Buenos Aires, ¿por qué se las aísla? ¿En verdad ellas/os son de riesgo o el riesgo somos nosotras/os para ellas/os? En ese sentido, cabe recordar que –con la excepción del festejo del Club de los abuelos de Entre Ríos¹⁶–, la mayoría de las violaciones al aislamiento social preventivo y obligatorio, desde fiestas clandestinas hasta la movilización sin permisos circulatorios, fueron realizados por personas jóvenes y de mediana edad. Así, las personas mayores, a grandes rasgos, respetaron las normativas vigentes. Incluso el acatamiento respecto al decreto, como vimos, fue a tal punto que muchas de las personas mayores interrumpieron sus tratamientos de enfermedades crónicas con el objetivo de evitar la exposición a un virus registrado desde finales del 2019 pero con foco en nuestro país desde marzo del año 2020.

En efecto, desde hace aproximadamente un año y medio el mundo vivencia un proceso global que hizo tambalear –en mayor o menor medida– los sistemas de salud y, en consecuencia, económicos de todos países, evidenciando y profundizando la vacancia de derechos y las desigualdades estructurales existentes. De ese modo, quien ya conocía escollos para acceder al trabajo, a la educación, a la vivienda o a la salud ahora lo vería aún más complicado. Por otro lado, la crisis derivada de la pandemia del COVID-19 vino a proponernos una “nueva normalidad” cuyo lema “quedate en casa” afincó en el mundo privado cuestiones como el teletrabajo o la educación a distancia.

¹⁶ Recuperado de <https://www.pagina12.com.ar/332785-entre-rios-indignacion-por-una-fiesta-de-adultos-mayores-con> Consultado: 9.5.2021.

No obstante, esta “nueva normalidad” no es asequible a todas las personas. Por el contrario, a lo largo de estas líneas buscamos poner de manifiesto las peripecias experimentadas por aquellas personas mayores que no cuentan con los recursos económicos, edilicios y familiares para afrontar un tratamiento, una internación, los cuidados, el retorno a sus casas o la derivación a un hogar, entre otras. En síntesis, un grupo de personas que ya se encontraban inmersas en una situación de riesgo.

Por otro lado, en este artículo quisimos destacar que se incurre en un error en asociar a la vejez a un riesgo. La vejez *per se* no es una etapa de peligro para quien la atraviesa. O, en tal caso, en sí misma no ofrece riesgos sustancialmente diferenciables a las que pueden experimentar otras etapas vitales. Por el contrario, lo que sucede, y sobre lo que aquí quisimos hacer énfasis, es que vivenciar un proceso de envejecimiento (esto es, atravesar las diferentes etapas de la vida) bajo condiciones de precariedad constituye una experiencia de riesgo que se acopia en nuestras biografías y que impactará de modo diferencial en nuestra vejez. Asimismo, si a estas características y calidad de vida le sumamos la situación pandémica actual, sin lugar a dudas el panorama para estos grupos será desfavorable.

Por último, cabe señalar que si bien es cierto que la crisis actual generada por la pandemia del COVID-19 presenta un carácter transitorio y que, tarde o temprano, regresaremos a lo que alguna vez conocimos como “normalidad”, no debemos pasar por alto que las experiencias críticas y de riesgo que distinguen a vastos sectores de nuestra sociedad, trascienden temporalmente a la coyuntura actual. De ese modo, la promesa de retorno a la “normalidad” no se presenta como un horizonte deseable o al menos diferenciable para todas/os. Por el contrario, la combinación de diferenciaciones negativas a lo largo de las trayectorias de vida (como, por ejemplo, la disparidad de recursos o la desvalorización por edad) presentan casi de manera equiparable este presente crítico como aquel pasado escabroso.

En ese sentido, será nuestra labor batallar contra los estereotipos que estigmatizan y deshistorizan a la vejez tomando en consideración que gran parte de los malestares que enfrentan se encuentran enmarcados en una historia de vida impactada por múltiples factores y experiencias tanto negativas como positivas. Así, cada vez que nos topemos frente a valoraciones del sentido común sobre la vejez, debemos recordar que nuestra vida es un devenir y que en cada una/o de nosotras/os convive la persona que fuimos con la/el vieja/o que seremos.

Bibliografía

- Arce, H. (2012) Organización y financiamiento del sistema de salud en la Argentina. *Revista Medicina*, 72(5), 414-418.
- Battaglia, M. et al (2019). ¿Por qué la familia no se los lleva? Políticas públicas, redes sociofamiliares y necesidades de cuidado de las personas con internaciones prolongadas en hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires. *Margen Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, 93, 1-38.

- Brovelli, K. et al (2015). Vivir en el hospital. Aportes para analizar la situación de las personas con internaciones prolongadas en hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires. *Margen Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, 78, 1-18.
- Carchak Canes, M. et al (2020). Vejezes desiguales en cuarentena. Aislamiento social, preventivo y obligatorio. *Informe de coyuntura N°20, CEC-Sociales*. Recuperado de <http://cec.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/15/2020/04/Vejezes-desiguales-en-cuarentena-Informe-Nro.-20.pdf>
- Argentina, Ministerio de Salud, Dirección de sida y ETS (diciembre de 2017). *Boletín sobre el VIH, sida e ITS en la Argentina*, 34.
- Estes, C. y Binney, E. (1989). The Biomedicalization of Aging. Dangers and Dilemmas. *The Gerontologist*, 29(5), 587-596.
- Iriart, C.; Merhy, E. y Waitzkin, H. (2000). La atención gerenciada en América Latina. Transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma. *Cadernos Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 16 (1), 95-105.
- Federico, L. (2021). Política y trabajo en salud: ¿la pandemia de COVID-19 como acontecimiento? *Cadernos Saúde Pública*, 37(4), 2-11.
- Jelin, E.; Grimson, A. y Zamberlin, N. (2007). ¿Servicio? ¿Derecho? O ¿Amenaza? La llegada de inmigrantes de países limítrofes a los servicios públicos de salud. En E. Jelin (dir.), *Salud y migración regional. Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural* (pp. 33-45). Buenos Aires: IDES.
- Laurell, A. C. (1982). La salud-enfermedad como proceso social. *Cuadernos médico sociales*, 19, Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, Rosario, 1-11.
- Levy, B.; Slade, M.; Kunkel, S. y Kasl, S. (2002). Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(2), 261-270.
- Oddone, M. J. (1996). *Vejez, pobreza y vida cotidiana*. Buenos Aires: Instituto Latinoamericano de Políticas Sociales.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos OECD/The World Bank (2020). *Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020*. Paris: OECD Publishing. Recuperado de <https://doi.org/10.1787/740f9640-es>
- Pellissier, J. (2013). ¿A qué edad se es viejo? *Le Monde Diplomatique*, 168, 22-24.
- Rada Schultze, F. (2020). Cursos de vida vulnerados. La vejez de las mujeres trans como un derecho negado. *Revista Sociedad*, 41, 103-115.
- Razavi, S. (junio de 2007). The Political and Social Economy of Care in a Development Context: Conceptual Issues, Research Questions and Policy Options. *Gender and Development Programme. Paper Number 3*, Suiza, UNRISD. Recuperado de [https://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/\(httpAuxPages\)/2D-BE6A93350A7783C12573240036D5A0/\\$file/Razavi-paper.pdf](https://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/(httpAuxPages)/2D-BE6A93350A7783C12573240036D5A0/$file/Razavi-paper.pdf)
- Rojas Soriano, R. (1999). *Capitalismo y Enfermedad*. México: Plaza y Valdez.
- Vidal, J. M. (2006). Una visión sociológica de la vejez. *Sesenta y más*, IMSERSO, 253, 20-25.