

Coronavirus y vejece en Argentina 2020.

María Gabriela Morgante. Laboratorio de Investigaciones en Etnografía Aplicada. Facultad de Ciencias Naturales y Museo. Edificio Anexo. Calle 60 y 122 s/n. Universidad Nacional de La Plata. Buenos Aires. Argentina. + 54 9 221 4228451 int. 105. gamorgante@gmail.com; línea@fcnym.unlp.org.ar

Ana Silvia Valero. Laboratorio de Investigaciones en Etnografía Aplicada. Facultad de Ciencias Naturales y Museo. Edificio Anexo. Calle 60 y 122 s/n. Universidad Nacional de La Plata. Buenos Aires. Argentina. + 54 9 221 4228451 int. 105. anavalero@ymail.com; línea@fcnym.unlp.org.ar

“Si esta nueva situación se piensa con prisa, el resultado puede ser un desfile de visiones particulares acopladas a la situación, una cierta repetición de esa visión que, de modo general, tenemos de las cosas, plasmando nuestra impronta en lo que sucede: ideología y bastante yoicidad donde personalmente anhelo autenticidad y escuchar, tocar el sentido de lo que llega” (Manrique, 2020: 148-49)

La pandemia de coronavirus llega a nuestras vidas.

El inicio de la epidemia de la enfermedad por coronavirus (en adelante COVID-19) se identificó a finales del año 2019 en la ciudad de Wuhan (China central), en un mercado de venta de pescados, mariscos y animales silvestres. Tres meses después se extendió al resto de China y a otros países, generando cientos de miles de contagios y miles de muertes hasta la fecha.

El 5 de Marzo de 2020 Argentina registra el primer caso importado confirmado de COVID-19. Una semana después, la Organización Mundial de la Salud declara al

brote de coronavirus como “pandemia global”. Para el 20 de Abril el Reporte diario matutino nro. 65 del Ministerio de Salud de la Nación sostiene:

“El total de casos confirmados en Argentina es de 2941, de los cuales 136 fallecieron (...) Se registraron 2 nuevas muertes. Una mujer de 78 años residente en la Provincia del Chaco; y un hombre de 90 años residente en la provincia de Mendoza. Del total de casos (2941), el 49% son mujeres y el 51% son hombres (...). Las principales franjas etarias afectadas de los casos registrados corresponden a personas de entre 20 y 59 años, siendo la edad promedio de 44 años.”¹

¿Nativo de una sopa de murciélago? ¿Súper-virus generado en laboratorio a partir de animales para atacar a humanos? ¿Arma creada para una guerra biológica? ¿Escudo protector del liberalismo contra los países comunistas? ¿Obra especulativa de la industria farmacéutica para reducir el número de la población mundial? Estas, y otras, fueron algunas de las preguntas formuladas en este tiempo acerca del origen, los reales objetivos y los alcances de la afectación del COVID-19 entre los humanos.

La pandemia conlleva incertidumbre ante la ausencia de vacuna o un tratamiento eficiente comprobado. La búsqueda de soluciones adecuadas sucede en un terreno complejo, en el que las confrontaciones entre dicotomías simples y teorías conspirativas resultan inútiles. La acelerada expansión exige, a la vez, la premura de respuestas coordinadas a escala planetaria. El desafío es enorme.

En el proceso de expansión a nivel global, la llegada a Argentina sucede después del agravamiento de la situación en naciones de Europa mediterránea. El país transita con especificidad propia la forma que va asumiendo la pandemia en cada jurisdicción. Ello incluye una multiplicidad de escenarios jurídicos, políticos, económicos y sanitarios que dan cuenta de fenómenos históricos que concurren en el desarrollo de la región durante los últimos 50 años. En términos generales, Argentina comparte con otros países de América Latina un sistema de salud que,

¹<https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus>.

basado en la articulación de los subsectores público, privado y de obras sociales, ha sufrido los embates de la fragmentación y el desfinanciamiento del subsector público. Junto con ello, la avanzada y consolidación del capital financiero transnacional –en las últimas tres décadas- se constituyó en un nuevo actor por medio de la imposición de transformaciones gerenciales en el sistema de salud, con impacto sobre profesionales, administradores de servicios y compañías farmacéuticas y de tecnología médica (Iriart, 2018).

Las decisiones vinculadas con las estrategias de prevención de los contagios implican la reorganización de la vida cotidiana en su conjunto y, en algunos casos, la restricción de derechos constitucionales: mantenimiento de una distancia social, limitación de la libre circulación y permisos o certificaciones ad-hoc, obligatoriedad de uso de protección corporal y distintas recomendaciones de higiene personal y doméstica, para mencionar sólo algunos ejemplos. Ello conduce a conformar una situación singular que reconfigura el rol del Estado en relación con los derechos de los ciudadanos como respuesta a la situación sanitaria.

Viejas y nuevas herramientas para pensar la pandemia

La pandemia trajo consigo también una refundación de viejos debates iniciados en la posguerra, con la introducción de la definición de salud como un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1946²). Los debates alcanzaron mayor desarrollo a partir de los años 70’ del pasado siglo, ampliando la discusión en torno a definiciones confrontadas sobre el concepto de enfermedad: pasando a postularla como fenómeno necesariamente social, en reemplazo de su concepción como expresión de orden exclusivamente biológico. Más allá del desarrollo de las perspectivas de la Medicina Social Latinoamericana y conceptualizaciones asociadas como la enfermedad en tanto proceso social (Laurell, 1982 e Iriart et al.,

² Conferencia Sanitaria Internacional de la Organización Mundial de la Salud, Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946.

2002, entre otros) y el proceso salud-enfermedad-atención (Menéndez, 1994), estas miradas fueron incorporadas de modo dispar en las políticas públicas sanitarias y sólo tenidas en cuenta marginalmente por los organismos internacionales de salud.

La pandemia requiere pensar y renovar aquellas viejas herramientas conceptuales, en tanto jaquea paradigmas al tiempo que desafía la situación de los sistemas sanitarios a lo largo del mundo. Ejemplo de ello es la controversia entre una mirada centrada en el riesgo, en oposición a una enfocada en el cuidado. Desde ese dilema, la noción de riesgo remite a sujetos individuales enfrentados a la potencialidad de contagiar y ser contagiados. En el polo opuesto, y en articulación con los debates antes mencionados, cuidar más al más vulnerable implica ampliar la visión más allá del efecto del virus. Ello sobreviene porque, un enfoque centrado en los cuidados, exige la consideración de los múltiples condicionantes sociales que se conjugan en la noción de vulnerabilidad. Este punto de vista remite a las instancias sociales y culturales por las cuales algunos colectivos, no ya individuos, requieren de mayores cuidados.

Por estas razones, la presencia de la enfermedad expone solidaridades y fracturas y, en el mismo sentido iguala, pero divide a distintos sectores sociales. Hace pocos días, la filósofa feminista J. Butler, lo expresaba en estos términos:

“El virus no discrimina. Podríamos decir que nos trata por igual, nos pone igualmente en riesgo de enfermar, perder a alguien cercano y vivir en un mundo de inminente amenaza. Por cierto, se mueve y ataca, el virus demuestra que la comunidad humana es igualmente frágil. Al mismo tiempo, sin embargo, (...) todos dan testimonio de la rapidez con la que la desigualdad radical, que incluye el nacionalismo, la supremacía blanca, la violencia contra las mujeres, las personas queer y trans, y la explotación capitalista encuentran formas de reproducir y fortalecer su poderes dentro de las zonas pandémicas. Esto no debería sorprendernos” (Butler, 2020:60).

A la vez que afecta o puede afectar a todos, expone la variabilidad a diferentes escalas: habitantes de países y regiones ricas y pobres, usuarios de salud pública o medicina privada, prestadores de servicios esenciales y resto de la población y, también, “grupos de no-riesgo” y “grupos de riesgo”. Entre estos últimos, se incluyen los mayores de 60 años, presenten o no patologías pre-existentes. En las próximas líneas nos interesa abordar una primera y preliminar caracterización de la repercusión de la pandemia en la vida cotidiana de las Personas Mayores en Argentina 2020, desde una perspectiva antropológica. Luego, nos proponemos reflexionar sobre esta situación a la luz de los paradigmas gerontológicos vigentes. A la vez, nos planteamos deliberar acerca de la fundación de una interseccionalidad que re-estigmatiza a la Persona Mayor: el viejo enfermo de COVID-19.

Partiremos de los aportes de los estudios etnográficos aplicados al campo del envejecimiento. Ellos pretenden contribuir al reconocimiento de diversas representaciones sociales que otros actores construyen en torno a las Personas Mayores, y confrontarlas con los discursos generados por ellas mismas. En este sentido contribuyen a una perspectiva de derechos, que procura atender a la diversidad sociocultural, discutir las miradas estereotipadas y homogeneizantes y resaltar la importancia de las “vejececes” en plural (Martínez et al., 2010; Morgante y Martínez, 2019).

Pandemia y comunicación

La expansión de la pandemia se desarrolla en Argentina en un escenario en el cual el aislamiento “social, preventivo y obligatorio”, dispuesto desde el Poder Ejecutivo de la Nación por medio del Decreto de Necesidad y Urgencia 297³, resulta una acentuación del recurso a las redes sociales y los dispositivos tecnológicos de comunicación. Estos se constituyen, en muchos casos, en el nexo con el mundo de las relaciones sociales en que se desenvolvía la vida cotidiana antes de la pandemia. Para algunos, la experiencia diaria se transforma en una transmisión minuto a minuto, en vivo y vertiginosa, desde provisión de insumos,

³ Boletín Oficial de la República Argentina, 19-03-2020.

clases de cocina y entrenamiento físico al teletrabajo, la educación virtual y los encuentros con miembros del entorno familiar y vincular. Esta experiencia potencia, a la vez que vuelve también imperativo, el uso de los recursos, la gestión de trámites comerciales y el acceso a beneficios prestacionales y servicios de la vida diaria.

Hoy se habla de infodemia, que según la Organización Mundial de la Salud consiste en la práctica de difundir noticias falsas sobre la pandemia, aumentando el pánico en las sociedades. Al respecto, el Dr. J. Barbosa, subdirector de la Organización Panamericana de la Salud, dice que “la información oportuna y basada en evidencia es la mejor vacuna contra los rumores y la desinformación”.

En este escenario, la dificultad está en la posibilidad de que simples actores de la vida cotidiana – en situación de aislamiento social y expuestos a numerosos mensajes televisivos, radiales, telefónicos y otros- seamos capaces de procesar, distinguir y clasificar la información y la desinformación. Junto a ello, su control – asociado con el conocimiento y las soluciones para los riesgos vinculados a la salud de las personas– puede ser una excelente alternativa para el manejo del poder (Duro et. al., 2018:6). Las personas disponemos, además, de recursos de diferente tipo para llevar adelante ese proceso. Lugar de residencia, nivel de ingreso, composición de las unidades domésticas, ocupación o desocupación, nivel educativo, recursos socio-sanitarios, género auto-adscripto, y otras variables de distinta naturaleza se entrelazan históricamente de modo diverso condicionando la accesibilidad y la gestión. Y, entre estas otras variables, nos interesa reflexionar acerca de la edad. Especialmente de la edad avanzada, para realizar una primera caracterización del modo en que el COVID-19 se instala y comunica en la vida cotidiana de las Personas Mayores en Argentina 2020.

Las Personas Mayores en Argentina 2020.

De acuerdo a los últimos datos censales a nivel nacional, para el año 2010 un 10,2% de los habitantes de la Argentina tiene 65 años y más. Se trata de una población feminizada: de un total de 4,1 millones de personas de 65 años y más,

2,4 millones corresponden a mujeres y 1,7 millones a varones. Otra de sus características es su perfil urbano: más del 25% de esta población se concentra sólo en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires o en el interior de la provincia homónima (INDEC, 2012). De acuerdo a lo informado por el Centro de Estudios Políticos para Personas Mayores y la Asociación Latinoamericana de Gerontología Comunitaria, para el año 2019 las proyecciones indican que 6.983.377 habitantes de nuestro país son personas de 60 años y más (15,5%), siendo 43% varones y 57% mujeres (Roque et. Al, 2019).

Una apretada síntesis de algunos datos, arrojados por la Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012⁴ (Edwin, 2014), nos acerca a la consideración del perfil medio de la población urbana en diferentes aspectos:

- Los individuos entre los 60 y los 74 años cuentan con un nivel educativo más alto que aquellos de mayor edad.
- El 73% de los varones⁵ se encuentra unido o casado, mientras que entre las mujeres prevalece el matrimonio (40,1%) y la viudez (38,6%).
- La cantidad de hogares con adultos mayores representan el 32% del total de hogares relevados. El 2% de ellos son unipersonales; el 3 % unigeneracionales y el 5 % multigeneracionales.
- Casi un 9% de la población entrevistada conoce a una persona mayor que ha sido golpeada o agredida por sus familiares, mayoritariamente mujeres. Con relación a los grupos de edad, la percepción de maltrato disminuye a medida que la edad aumenta.
- Alrededor del 10% de los adultos mayores presenta dependencia básica, que aumenta con el incremento de la edad, alcanzando un 21% entre los de

⁴Las autoras priorizamos el uso del término “Persona Mayor” sobre otros como el de “Adulto Mayor”. Las veces en que este concepto aparezca mencionado en el texto, se relaciona con el uso del mismo por parte de los autores referenciados.

⁵ La Encuesta mencionada trabaja con las categorías diádicas varón-mujer o femenino-masculino que reproducimos en la presentación de sus resultados.

75 años y más. La dependencia para las actividades básicas de la vida está feminizada.

- El 42,5% auto-percibe que su salud es buena. A medida que aumenta la edad, el indicador empeora. En cuanto a la distribución por sexo no se encuentran diferencias significativas.
- El 64% de los adultos mayores no usa el cajero automático por sí solo. De ese total, un 40% prefiere retirar el dinero por ventanilla. Un 18% no cuenta con tarjeta de débito. Las mujeres hacen menos uso de manera autónoma del cajero.
- Un 44,5% no utiliza teléfono celular por sí solo. De aquellos que no lo usan, cuatro de cada diez no tiene celular y otros cinco no tienen interés o les resulta complicado. El uso de manera autónoma del teléfono celular decrece con la edad.
- Con referencia a las redes de cuidado, un 4% cuida a algún niño del entorno familiar o cercano, sin recibir pago. Las mujeres tienen mayor presencia en este tipo de ayuda. En el mismo sentido, casi un 9% está a cargo del cuidado de alguna persona enferma de su entorno, sin observarse diferencias relevantes por sexo y grupo de edad.

A ello se agrega la presencia creciente, iniciada en la década del 70' del pasado siglo, de residencias gerontológicas (Davobe, 2000). Hacia 2013, Argentina contaba con 86.441 personas viviendo institucionalizadas en residencias geriátricas, de las cuales el 70,3% correspondía a mujeres (Butinof et al., 2013)⁶.

Más allá de este perfil urbano, un estudio de dos demógrafas argentinas advierte sobre las realidades diferentes en los ritmos y la profundidad del proceso de envejecimiento en Argentina. Las autoras sostienen que:

⁶Para tener un panorama completo de las Personas Mayores residentes en instituciones deberíamos sumar el número de personas residiendo en hogares y hospitales psiquiátricos que, de acuerdo a los datos del Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2019) cuentan actualmente con un total de 12.000 personas internadas.

“El proceso de envejecimiento en Argentina, y particularmente la feminización de la adultez, es un hecho indudable. Con más desarrollo en algunas regiones que en otras, debido a que el alcance de la transición demográfica no se da en todo el país de manera uniforme, el envejecimiento es una realidad que sin duda irá avanzando sobre todo el territorio (...). La vida de las personas (en mayor medida, la de las mujeres), se ha extendido. Sin embargo, las vidas de esas mujeres adultas transcurren muchas veces en soledad, alejadas de redes sociales que la contengan, con la debilidad que caracteriza a la salud de los mayores, escenario no demasiado alentador para muchas de ellas, lo que viene a configurar una situación de vulnerabilidad en la cual terminan sus vidas” (Tisnes y Salazar, 2016: 231-232).

Esta caracterización nos advierte sobre un escenario adverso para el pleno bienestar de las Personas Mayores, en el marco de la cotidianidad de nuestro país. A la vez que nos presenta un panorama incierto para ellas en contexto de pandemia. Junto con esto, nos muestra la incidencia de la organización doméstica para el cuidado, sobre todo en la niñez y en la vejez, como parte de las actividades de reproducción social en la convergencia del problema del envejecimiento poblacional y su revisión desde las perspectivas feministas (Morgante y Remorini, 2018). Asimismo, recupera la necesidad de combinar estudios a distinta escala. En tal sentido refuerza el valor de la Etnogerontología para estudiar el desempeño de las Personas Mayores a micro escala y en el desempeño de la vida cotidiana. De este modo podremos problematizar esta pandemia, así como cualquier otro tema de interés analítico, en el cuadro de las percepciones y valores sobre el proceso de envejecimiento y la pluralidad de “vejezes” (Martínez et al., 2010; Morgante y Martínez, 2019).

El COVID-19 en la vida cotidiana de las Personas Mayores en Argentina 2020

Partiremos de sostener, junto a C. Lalive d’Epinay (2008), que en el concepto de vida cotidiana concurren lo rutinario y el acontecimiento. Las prácticas de rutinización, para el autor, son la repetición de la apropiación del tiempo y del

espacio; y la revalidación de identidades socioculturales. Pero la vida cotidiana también se caracteriza por los lugares de negociaciones del acontecimiento y su acondicionamiento a los marcos societarios vigentes.

En el terreno de la comunicación oficial en tiempos de COVID-19, el sitio oficial del Ministerio de Salud de la Nación ofrece un conjunto de recomendaciones para “Mayores de 60 años, embarazadas y personas con patologías crónicas” relacionadas con su cotidianidad. Las mismas incluyen:

- Reforzar las recomendaciones de prevención de infecciones respiratorias: distanciamiento social; higiene frecuente de manos; protección al toser o estornudar; evitar llevarse las manos a la cara; ventilar ambientes de la casa; desinfectar objetos de uso frecuente; no automedicarse;
- En la medida de lo posible, delegar la realización de mandados o compra de medicamentos a personas de confianza o del entorno familiar que no pertenezcan a los grupos de riesgo;
- No convivir con personas que vengan desde el exterior
- Vacunarse contra la gripe y el neumococo de acuerdo al calendario nacional de vacunación.

Por su parte, el Boletín oficial del 19 de Abril de Gobierno de la Ciudad Autónoma de la Ciudad de Buenos Aires anunció la puesta en vigencia de un permiso “necesario” de circulación para los mayores de 70 años que –aún antes de ser anunciado oficialmente- generó un importante rechazo desde distintos sectores de la justicia, de la política y de la sociedad civil. Esta medida está precedida por el lanzamiento de un programa de voluntariado para acompañar, remota o presencialmente, a quienes requieran de esta asistencia. En su articulado sostiene:

“Artículo 2°.- A los efectos de garantizar el conocimiento de todas las alternativas puestas a disposición por parte de la Ciudad, para evitar que las personas de setenta (70) o más años salgan innecesariamente de su domicilio o lugar en el que se encuentren cumpliendo el "aislamiento social, preventivo y obligatorio" dispuesto por el Decreto de Necesidad y Urgencia

N° 297/PEN/20, establécese la necesidad de comunicarse previamente con el servicio de atención ciudadana al número 147”⁷.

Cabe destacar que quedan excluidos de este trámite los desplazamientos para el cobro de haberes, la vacunación, la atención médica o emergencia de salud; además de aquellos que tramitaron una excepción previa por alguna de las tareas que realizan.

En el marco de estas disposiciones surge, entonces, la siguiente pregunta: ¿Cómo se sostienen las recomendaciones y políticas anteriores, asociadas al acontecimiento en el marco de la vida cotidiana de las Personas Mayores, y a la caracterización que de ellas hicimos más arriba?

La respuesta, aunque prematura y con poca evidencia en esta situación puntual, sería que una vez más se piensan medidas “atendibles” para un sector del colectivo Persona Mayor: urbano, comunicado, con algún tipo de ingreso de empleo formal, seguridad social y/o asistido económicamente por terceros; saludable y no dependiente; integrante de hogares multigeneracionales o que dispone en el entorno cercano de otros para asistirlo; entre otras. De hecho, si observamos la caracterización que resulta de la Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores y pensamos que ella se basa en un componente urbano, podremos imaginar que muchas de estas indicaciones se distancian aún más de otros perfiles de Personas Mayores.

La propuesta de “delegar” tareas o “necesitar” de un permiso para realizarlas fuera de las unidades domésticas revierte uno de los dispositivos contra los que las Personas Mayores batallan para preservar: la autonomía en los distintos actos de sus modos de vida. Luego distingue, más allá de la geografía donde estas medidas tienen más o menos llegada, a quienes poseen acceso a un cuidador (familia, vecino, voluntario) y que, además, disponen de los medios y las condiciones para comunicarlo en caso de que no habiten un hogar multigeneracional. Y, en muchos casos también supone una inversión de roles, de

⁷ Resolución Conjunta Nro.16/MJGGC/20.

sujeto cuidador a sujeto de cuidado. La situación se complejiza si pensamos que, incluso en muchos de estos hogares con cuatro generaciones convivientes, podemos encontrar Personas Mayores cuidando a otras Personas Mayores. Recordemos, además, el sesgo de género que contienen las relaciones de cuidado para comprender el impacto que ello tiene, también, si lo trasladamos desde las rutinas pre a post-pandemia.

Continuando con las preguntas, que en la coyuntura superan en mucho a las respuestas: En esta reorganización del modo de vida de las Personas Mayores, ¿cuánto peso tiene el tiempo vivido autopercibido y la reafirmación de la identidad en la aceptación del acontecimiento que significa la pandemia?

En este punto, necesitamos retomar la importancia del proceso de envejecimiento para otorgar real dimensión al tema de la vejez. Y recordar que ese proceso no tiene sólo un componente cronológico, sino también uno psico-social. Consecuentemente, no hay una única ruta y tampoco una sola meta. Además, así como desde el punto de vista madurativo todos experimentamos cambios, muchos de esos cambios no necesariamente son vivenciados como propios del ser “viejo” y sus variantes, independientemente de sus más de 60 ó 70 años. Entonces, de la adscripción como parte de un grupo de riesgo, a la vivencia misma, puede encontrarse una brecha significativa.

Sumado a todo ello, la idea de tiempo vivido, refuerza el componente de reacomodamiento del acontecimiento a la rutinización y a la fuerza de la tradición. En ese punto, la vulnerabilidad que se expresa en el afuera no necesariamente se percibe en el propio vivir. Y además, porque como dice D. Jodelet a propósito del carácter polisémico del concepto “vejez”, esta situación moviliza “... los recursos de los abordajes de las representaciones sociales que consideran los diferentes tipos de saber (sentido común, conocimientos científicos, informaciones transmitidas por los medios, etc).” (Jodelet, 2013: 16)

Y si a ello le sumamos las desigualdades en salud, que expresan la exposición y vulnerabilidad diferencial producto de situaciones socioeconómicas de los

individuos, desde la etapa gestacional y durante el curso de la vida (Tisnes y Salazar, 2016), comprenderemos aún más la dificultad de encontrar discursos homogéneos y proyectos únicos.

Siguiendo con los interrogantes: ¿Cómo se vincula la emergencia de la pandemia con una mirada antropológica de las vejeces y en el contexto de los paradigmas vigentes?

El escenario de la pandemia, como acontecimiento de la vida cotidiana de todos los ciudadanos del mundo, se aleja de esta mirada e interpela a los últimos paradigmas y conceptos aceptados en torno a la vejez y al envejecimiento.

Uno de ellos es un concepto aplicado desde la economía y es el de "inflación de la edad": la proporción de personas de edad avanzada crece y el horizonte de la expectativa de vida se aleja, a la vez que se lentifica también el deterioro del organismo. Pasada la pandemia, demográficamente esta inflación se verá afectada. Y junto con ello también la idea de un "envejecimiento exitoso" que, desde una mirada subjetiva, expresa la satisfacción por acomodarse a los cambios propios de la edad, más allá de cuan "normal" o "patológico" fuera el proceso de envejecimiento o el estado de vejez experimentado por cada uno.

Una mención necesaria en esta respuesta se vincula con el paradigma del "envejecimiento activo" que, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud da cuenta de un "proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen (que) permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia". De esta definición resulta que, más allá de que este paradigma incluye un componente transversal de tipo cultural, remite a la noción de "ciclo vital". Bajo esta noción, de carácter biologicista, se supone que todas las personas, por su condición específica, atraviesan por las mismas etapas que componen el ciclo. Por

el contrario un modelo de tránsito, en términos de trayectorias de vida, atiende a muchas de las consideraciones que presentábamos anteriormente: oportunidades de salud, calidad de vida, participación y asistencia son marcadores que asisten solo a una parte del colectivo de estas Personas Mayores y, a un modelo no unívoco de proceso de envejecimiento.

Por último y sólo para continuar pensando: La pandemia de COVID-19 ¿suma a la estigmatización pre-existente del ser viejo en Argentina?

Aquí la respuesta es, provisionalmente, afirmativa. El parte diario citado por el Ministerio de Salud, indica que actualmente la edad promedio es de los contagiados es de 44 años, pero que los fallecidos tienen más de 70 años. Entonces otras franjas etarias se enferman en superior medida pero la afectación de los mayores, y especialmente de los viejos-viejos, tiene un riesgo de muerte mucho más alto; es decir, hay una letalidad diferencial que varía según la edad y la presencia de otras comorbilidades. Por lo tanto, a diferencia de otros grupos, enfermarse a esa edad implica un alto riesgo. A lo que se agrega que escucharán decir sobre esto, de boca de profesionales y aficionados, que esto es lo que ocurre “naturalmente” con otras enfermedades. Y podrán alternar esas informaciones con aquellas que llegan de otros países, mucho más afectados por la pandemia, en los que la edad avanzada es un criterio de demarcación para elegir a qué persona asistir en situación de insumos insuficientes para socorrer a todos.

Esta nueva segregación se suma entonces a otras como las que combinan edad con género, condición social, residencia y demás para dar como resultado categorías de posibles enfermos o víctimas del COVID-19 entre: Mujeres Mayores víctimas de violencia de género, Personas Mayores en situación de pobreza o indigencia, Vejez rurales ajenas a la llegada de recursos del Estado o del goce de beneficios sociales, Personas Mayores institucionalizadas y/o privadas de su libertad, etc. Condiciones, todas ellas, agravadas en contextos de hacinamiento, violencia intrafamiliar, escaso o nulo acceso a la salud, ausencia de redes de apoyo y otros.

Algunas consideraciones muy preliminares

El manejo de la pandemia requiere de la toma rápida de decisiones político-sanitarias, que supone partir de cierta idea respecto del colectivo de las Personas Mayores, entre otros grupos destinatarios de las políticas públicas ante la emergencia. Estos primeros postulados tienen una cadena de consecuencias, que partiendo de una aproximación estereotipada y homogeneizadora, impactan produciendo extrañamiento y rechazo respecto de las normativas y recomendaciones. Junto con ello, se crean nuevas barreras de acceso democrático en el marco del funcionamiento de la vida cotidiana.

Estas reflexiones preliminares, o muy preliminares, pretenden aportar argumentos para fundamentar la necesidad de incluir la singularidad y diversidad de las Personas Mayores, así como su capacidad para articular y profundizar el alcance y sensibilización de la comunicación, en general, y la de las políticas públicas, en particular, destinadas a ellos.

En un escenario de angustias, temores, pesares y aislamiento para todos, destacamos la posibilidad de reacondicionamiento que ha operado en otras situaciones, y que ponen a las Personas Mayores como actores centrales de la orientación del acontecimiento a los marcos societarios imperantes. Por tanto, y retomando la cita del comienzo, evitaremos pensar con prisa y dar por sentado que estas impresiones primeras nos conduzcan al riesgo de versiones únicas.

Tener mirada etnogerontológica implica conocer el proceso de envejecimiento, y sus posibles variables, para actuar preventivamente, evitando enfermedades, violencia, maltrato, exclusiones y abandonos. Y todo ello en el marco de los plenos derechos de las Personas Mayores, entre los que están el acceso a la información adecuada para que puedan reafirmar su autonomía, y ser agentes de su propio bienestar y de la de su entorno. Retomando lo que decíamos antes, conlleva a reforzar que los procesos de salud-enfermedad son multicomponentes y que debemos ser capaces de identificar esos componentes con la escucha atenta a las referencias de los propios actores. Solo así lograremos atender a la pertinencia de

discursos públicos pensados sobre la base de ciertos modelos de Personas Mayores, su cuestionamiento y la consiguiente necesidad de readecuación. De eso modo evitaremos las versiones “acopladas” y priorizaremos la reflexión crítica acerca del impacto de la pandemia de coronavirus sobre las vejeces en Argentina.

Bibliografía citada

Butinof, M; Guri, A. K; Rodríguez, G; Abraham, D; Vera, Y; y Gasmann, J. 2013. Adultos Mayores en establecimientos geriátricos en la provincia de Córdoba – apuntes para una reflexión preliminar. Informe elaborado en el marco del Proyecto UPAMI, SEU-UNC, Córdoba.

Butler, J. 2020. El capitalismo tiene sus límites. En: Agamben, G; Zizek, S; Nancy, JL; Berardi, F; López Petit, S; Butler, J; Badiou, A; Harvey, D; Han, B-C; Zibechi, R; Galindo, M; Markus, G; Yañez González, G; Manrique P; Preciado, P. Sopa de Wuhan, 59-66. Editorial: ASPO (Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio).

Davobe M.I. 2000. Derecho de la Ancianidad y Bioética en las Instituciones Geriátricas. Academia Nacional de Derecho y Ciencias Sociales, Tomo III, 205-236.

Duro, E; Sotomayor, MA; Czubaj, F; Cardozo de Martínez, C; Gubert, C; López Dávila, L; Torres, F; Benites Estupiñan, E; Vergès de López, C; Cudeiro, P; Rueda Castro, L; y Sorokin, P. 2018. El impacto social de la comunicación en las epidemias: perspectivas bioéticas y de salud pública. Revista Iberoamericana de Bioética, 07, 01-16.

Edwin, A. 2014. Instituto Nacional de Estadística y Censos Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012. Instituto Nacional de Estadística y Censos, Buenos Aires

INDEC. 2012. Censo nacional de población, hogares y viviendas 2010. Censo del Bicentenario: resultados definitivos. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Serie B, 2, Buenos Aires.

Iriart, C., Waitizkin, H., Breihl, J., Estrada, A. y Merhy, E.E. 2002. Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. Revista Panamericana de Salud Pública, 12 (2), 128-134.

Iriart, C. 2018. Medicalización, biomedicalización y proceso salud-padecimiento-atención. En: Faraone, S. y Bianchi, E. (comps.). Medicalización, salud mental e infancias. Teseo, Buenos Aires.

Jodelet, D. 2013. Prólogo. En: Gastrón, L. (coord.). Dimensiones de la Representación Social de la Vejez. EUDEM, Mar del Plata.

Lalive d'Épinay, C. 2008. La vida cotidiana: Construcción de un concepto sociológico y antropológico Sociedad Hoy, 14, 9-31.

Laurell, A. 1982. La salud-enfermedad como proceso social. Cuadernos Médico Sociales, 19, 1-11.

Manrique, P. 2020. Hospitalidad e inmunidad virtuosa. En: Agamben, G; Zizek, S; Nancy, JL; Berardi, F; López Petit, S; Butler, J; Badiou, A; Harvey, D; Han, B-C; Zibechi, R; Galindo, M; Markus, G; Yañez González, G; Manrique P; Preciado, P. Sopa de Wuhan, 145-162. Editorial: ASPO (Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio).

Martínez, M.R.; M. G. Morgante y C. Remorini. 2010. Etnografía, curso vital y envejecimiento. Aportes para una revisión de categorías y modelos. Revista Diversitas: Perspectivas en Psicología, 13. Universidad de Manizales, Colombia.

Menéndez, E.L. 1994. La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? Alteridades, 4 (7), 71-83.

Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. 2019. Censo Nacional de personas internadas por motivos de Salud Mental. Argentina.

Morgante, MG y Remorini, C. 2018. Estudio etnográfico de las relaciones intergeneracionales en el cuidado de la salud a escala doméstica durante las etapas pre y posnatal (Molinos, Salta, Argentina). Apuntes Revista de Ciencias Sociales Universidad del Pacífico 45(83), 37-65.

Morgante, MG y MR Martínez, 2019. Algunas representaciones en torno al género y la edad entre mujeres mayores (Molinos, Salta). Vázquez Lorda, L (comp.) Actas de las XIV Jornadas Nacionales de Historia de las Mujeres y IX Congreso Iberoamericano de Estudios de Género. Universidad Nacional de Mar del Plata.

OMS (1946) Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Naciones Unidas; Nueva York.

Roque, M; Lwetcher, H; Sttrada, J y DE Marziani, F. 2019. Informe sobre la situación de las personas mayores. Centro de Economía Política Argentina (CEPA), el Centro de Estudios Políticos para Personas Mayores (CEPPEMA) y Asociación Latinoamericana de Gerontología Comunitaria (ALGEC) <https://www.centrocepa.com.ar/informes/140-informe-sobre-la-situacion-de-las-personas-mayores-enero-2019.html>

Tisnés, A y L. Salazar Acosta. 2016. Envejecimiento poblacional en Argentina: ¿qué es ser un adulto mayor en Argentina? Una aproximación desde el enfoque de la vulnerabilidad social. Papeles de Población, 33, 209-236.