

Los viejos/as y la pandemia ¿cuidados/as o descuidados/as?.

Graciela Pohler.

Cita:

Graciela Pohler (2021). *Los viejos/as y la pandemia ¿cuidados/as o descuidados/as?. XIV Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-074/192>

LOS VIEJOS/AS, LA PANDEMIA Y EL DERECHO A SER CUIDADOS/AS.

Alcances de las políticas
públicas orientadas al
cuidado de los/as
mayores de sesenta, en
Argentina y CABA, en
tiempos de coronavirus.

GRACIELA MARÍA POHLER

XIV JORNADAS DE LA SOCIOLOGÍA UBA-

MESA: ENVEJECIMIENTO Y SOCIEDAD

Profesores: Dra. Julieta Oddone

Dr. Gustavo Mariluz

Dr. Fernando Rada Schultze

SEPTIEMBRE 2021

LOS VIEJOS/AS, LA PANDEMIA Y EL DERECHO A SER CUIDADOS/AS.

Alcances de las políticas públicas orientadas al cuidado de los/as mayores de sesenta en tiempos de coronavirus.

INTRODUCCIÓN

La pandemia global de coronavirus de los años 2020 y 2021 trajo y trae aparejados múltiples desafíos y problemas que cada país ha abordado de diferentes maneras, según sus posibilidades. Un aspecto común a todos ellos, que dio origen a variadas políticas durante 2020 y a las estrategias de vacunación en 2021, es que el virus ataca con mayor intensidad a las personas que han superado los sesenta años; gran parte de las complicaciones y fallecimientos corresponden a mujeres y hombres de estas franjas etarias. Por esta razón y por la imperiosa necesidad de contar con camas hospitalarias, respiradores, plazas de terapia intensiva y fundamentalmente recursos humanos para poder hacer frente a la complejidad de los casos graves que esta enfermedad produce, es que las personas de más de sesenta años y particularmente las de más de setenta se han constituido como objeto de preocupación de gobiernos y personal sanitario de los distintos países. No todos los países desarrollaron las mismas políticas en todo este tiempo. Mucho se ha escuchado acerca de los protocolos de algunos países europeos en los que las personas mayores no pudieron acceder a camas de terapia intensiva. Sin embargo, en la Argentina y desde el inicio de la infección local, en los primeros días de marzo del año pasado, los viejos/as fueron parte de los discursos y destinatarios de políticas de distinta índole, con el objetivo explícito de “cuidarlos/as”. La rápida implementación de ellas, quizás sin un análisis exhaustivo de dificultades y beneficios, mostró aciertos, limitaciones y contradicciones que este trabajo intentará abordar. La idea de analizar la manera en que CABA implementó dichas políticas surge porque, junto con Vicente López es el distrito con mayor cantidad de población envejecida de la Argentina. Esta característica obliga a la ciudad capital a realizar adaptaciones para sus viejos/as, tanto en los pasados tiempos de normalidad como en los actuales, ya sea durante el confinamiento o distanciamiento obligatorio y también durante la “nueva normalidad” que estamos transitando.

Esta excepcional confluencia de las limitaciones del sistema de salud con las políticas de cuidados preventivos a los /as adultos/as mayores, para evitar los contagios de coronavirus y de esa forma impedir su desborde, da tema a esta ponencia. La

búsqueda de aciertos, omisiones y fallas en ellas, a partir de la lectura comparativa de protocolos del país y de CABA será el camino elegido para su realización. A partir del análisis de las políticas elegidas para cuidar a los/as mayores del país indagaré si sus derechos fueron respetados o, por el contrario, se incurrió en violaciones, producto de visiones estereotipadas de la vejez.

El trabajo, de carácter exploratorio, es continuación, ampliación y revisión de una monografía de mi autoría, escrita hacia julio de 2020, al comienzo de la pandemia, para la materia Políticas de Salud de la carrera de Sociología. Al igual que aquel trabajo inicial, utiliza mayoritariamente datos secundarios. Para algunos ejes, estos datos son estadísticos y provienen del Reporte Diario del Ministerio de Salud de la Nación, del Boletín Epidemiológico de CABA, el Censo Nacional del año 2010 (o de sus proyecciones) y el Monitor Público de Vacunación. Otros datos surgen del análisis de protocolos generales para todo el país o particulares de CABA, referidos al desarrollo de la enfermedad, casos, internados y fallecidos. Además, se tomaron en cuenta los datos diarios y acumulados del operativo de vacunación nacional y de CABA, del año 2021, desde sus comienzos hasta la actualidad (agosto 2021). También, se usan como fuentes, algunos trabajos académicos, anteriores y actuales, relacionados con los objetivos de esta indagación, notas de distintos periódicos y una encuesta realizada por la cátedra de Psicología del Envejecimiento de la Facultad de Psicología de la UBA.

DESARROLLO

1) Impacto del COVID 19 en las personas mayores de sesenta años, en Argentina y CABA.

El envejecimiento poblacional es el fenómeno demográfico en el cual el porcentaje de personas de más de sesenta o sesenta y cinco años es superior al 7% de la población total de ese país, región, ciudad, etc. El porcentaje de población envejecida se calcula dividiendo el número de personas de sesenta o más años por el total de población y multiplicando ese cociente por 100. Las variables que explican este fenómeno son: el descenso de la tasa de fecundidad, la disminución de la mortalidad infantil y la mortalidad general y el aumento de la esperanza de vida. Cuanto mayor es el porcentaje de población envejecida se generan mayores demandas en ámbitos claves tales como la salud, los cuidados y la previsión social, para los cuales es necesario contar con los recursos, infraestructura y apoyos sociales integrales adecuados, como cuidadores/as, educación y vivienda. En la Argentina la población de más de 65 años

constituía un 7 % en 1970 y trepó a un 10,2 % según el censo de 2010. Entre ellos, los de más de ochenta años son un 2,5 %. Hasta hace un tiempo se designaba como “Tercera Edad” al sector de población que había superado los sesenta o sesenta y cinco años. Hoy se diferencia la “Tercera” de la “Cuarta Edad”. Se considera que la primera de ellas se extiende hasta los setenta y nueve años y la segunda comprende a la población de ochenta y más años. Este umbral, para Laslett es una construcción social (Laslett, 1995). La diferencia de la última con la anterior tiene que ver con la mayor prevalencia de enfermedades en este grupo poblacional y mayores índices de dependencia (alrededor de un 40%). El incremento de población envejecida en Argentina y América Latina debe ir acompañado de políticas públicas específicas diseñadas para ese fin. “Deberán contemplarse políticas y programas en torno al retiro laboral con condiciones dignas y la permanencia en el trabajo de personas que desde el punto de vista de su edad pueden considerarse viejas, pero que tienen capacidades y derechos para ser autónomos y prestar servicios útiles a la sociedad. Los sistemas de salud y seguridad social deberán adaptarse a un número creciente de adultos mayores que además tienen una vida más prolongada, y a una sociedad cambiante. La reducción del tamaño de la familia, debido a una fecundidad cada vez menor, tendrá impactos importantes en términos de los arreglos de vida de las personas mayores y de las relaciones entre sus miembros” (Juan Chackiel, 2000:34).

En términos del COVID 19, la población mayor se constituye como el mayor desafío para dichas políticas públicas. Sus comorbilidades y las especificidades de su sistema inmunológico aumentan la gravedad de la enfermedad y la tasa de letalidad, entendiéndose por dicha tasa a la relación entre los muertos por dicha enfermedad y el total de contagiados. Los datos anteriores, actualizados según las proyecciones del Censo 2010, arrojan que las personas de más de sesenta, en 2020 habían llegado a constituir el 15,7% de la población, esto es más de siete millones. En el caso particular de CABA, este porcentaje es aún mayor. Casi el 22% por ciento de su población tiene más de sesenta años, lo que supone un total de alrededor de seiscientos sesenta mil adultos/as mayores de sesenta, en el total de algo más de tres millones, de los cuales cuatrocientos noventa mil tienen más de setenta (Censo 2010). Se observa que, por primera vez, los mayores de sesenta de CABA han superado en número a los menores de quince años. Otro dato a tener en cuenta es el de feminización de la vejez. “Es sabido que, a partir de los 65 años, se agudiza la sobrevivencia de las mujeres...Se destaca que, entre 1970 y 2010, mientras en el grupo de 65-74 años la importancia de las mujeres aumenta dos puntos porcentuales, en el grupo de 75 años y más lo hacen 6 puntos porcentuales” (Mazzeo, V. 2017).

Más allá de ser simples datos estadísticos, estas cantidades han cobrado importancia durante el desarrollo de la pandemia, a la hora de planificar su atención y, mucho más, al considerar a los/as adultos mayores como grupo prioritario en el operativo de vacunación. Todos estos viejos/as se atienden, en caso de enfermedad, en alguno de los subsistemas del fragmentado sistema de salud del país.

El sistema de salud se constituye desde el año pasado en actor central y foco de políticas nacionales, provinciales y jurisdiccionales. A diferencia de otros países, en Argentina conviven los sectores público y privado. El sector público se financia a través de los impuestos de los ciudadanos y es el único que brinda atención a las personas sin cobertura de salud, sin ser excluyente para ellas. En el sector privado puede diferenciarse la cobertura brindada por las obras sociales de la que acceden los usuarios de medicina prepaga. Un último grupo, muy poco numeroso, paga directamente de sus bolsillos la atención de su salud. Para comenzar a entender el funcionamiento del sistema de salud es importante considerar que “desde principios del siglo XX hasta la actualidad se fue delineando un sector que presenta severos problemas de fragmentación institucional y desigualdad territorial, y que aloja, a su vez, a actores corporativos y de mercado de considerable poder. La organización de sus instituciones en tres subsectores (seguridad social, privado y estatal), la convergencia en el subsector estatal de tres niveles gubernamentales (nación, provincia y municipios) y el derecho de todos los habitantes a la provisión pública de salud caracterizan al sector y definen al mismo tiempo sus problemas” (Chiara, 2018: 25).

Desde el 3 de marzo de 2020, fecha en la cual se confirmó el primer caso de COVID 19 en la Argentina, el número de infectados/as y de internados/as creció a gran velocidad durante los primeros días. Se suponía en ese momento que cada enfermo/a podría contagiar a más de tres, provocando un crecimiento exponencial de los contagios y una saturación del sistema de salud, fragmentado e insuficiente, hacia los primeros días de abril. Para mitigar esta problemática, disminuir el ritmo de los contagios, aplanar el pico de la curva y retardarlo en el tiempo, a la par de fortalecer a la totalidad del sistema de salud, fue que se decretó la primer “cuarentena” o período de aislamiento social preventivo obligatorio” (ASPO), el día 20 de marzo. La experiencia de los países que habían ingresado en el temido pico antes que el nuestro, mostraba el costado más preocupante de la nueva enfermedad. Esto significa que, mientras que para la mayoría de las personas jóvenes ésta transcurría sin mayores complicaciones, casi como una gripe, la situación era totalmente diferente para las personas mayores o con enfermedades preexistentes. La mayor parte de los

casos graves y de los fallecimientos se daban en personas de la tercera o cuarta edad y particularmente en las de más de setenta u ochenta años.

A más de diecisiete meses del primer caso, en la Argentina se mantuvo esta tendencia, aunque ya no de manera tan tajante, dado que la mayoría de los/as adultos/as mayores han accedido a al menos una o a las dos dosis de alguna de las vacunas anti Covid. Ya sea porque el sistema inmunológico se va debilitando con los años o porque a mayor edad es más probable la existencia de comorbilidades (diabetes, hipertensión, enfermedades cardíacas, obesidad, trastornos neurológicos, etc), el coronavirus se manifiesta con mucha mayor peligrosidad cuando él/la contagiado/a es un /una adulto/a mayor. El indicador "muertes diarias" brindado por el Ministerio de Salud de la Nación confirmaba en los primeros meses de la pandemia con datos estadísticos esta característica de la enfermedad. A partir de mediados de 2020, con el aumento de los casos, en los boletines diarios dejó de publicarse la edad de los fallecidos/as, motivo por el cual hoy sólo es posible consultarlo en estadísticas más específicas. Actualmente, los reportes de Nación Y CABA coinciden en que, aunque más del 80 % de los contagios se dan en personas de menos de sesenta años, más del 80 % de los fallecimientos continúan siendo en personas de más de esa edad.

A modo puramente analítico podemos dividir a esta pandemia en tres etapas: un momento inicial, en el que se reforzó el sistema de salud (hasta junio/julio de 2020), un segundo momento o de consolidación de la primera ola (desde junio/julio hasta noviembre/diciembre de 2020) y un tercer momento que llamaremos de segunda ola/vacunación, característico en el 2021. No obstante, queda abierta la puerta para considerar una tercera ola en futuros trabajos o de cambiar esta división si fuese conveniente. La partición, más allá de su arbitrariedad, es útil para analizar el lugar que ocuparon los/as viejos/as en cada etapa del desarrollo de la pandemia.

La etapa inicial se caracterizó por la poca información acerca del virus y su transmisión y las primeras medidas tomadas por la mayoría de los países tuvieron que ver con esa desinformación y el grandísimo temor de no poder atender a los/as enfermos/as. Nuestro país, a diferencia de muchos otros, optó por intentar preservar la vida de sus habitantes, independientemente de la franja etaria de pertenencia. No hubo protocolos que prohibieran a los/as mayores ser atendidos en las terapias intensivas o en hospitales y sanatorios, más allá de la gravedad de sus cuadros.

Promediando la etapa, al día 13 de junio de 2020, en el país se alcanzaron 30295 contagios; 14149 de ellos fueron en CABA. Al finalizar junio, esos datos treparon a

74877 en el país y 22932 entre los residentes de CABA, lo que da cuenta de la velocidad en la multiplicación de los casos. De ese total de casos, la mayoría corresponden a personas de entre 20 y 59 años, siendo el promedio de 36 años. Los datos sobre fallecimientos muestran la otra cara de la enfermedad. En el país, al 13 de junio del año pasado, habían fallecido 815 personas y en CABA se contabilizaban 285 defunciones. El promedio de edad de los fallecidos/as del país era, a esa fecha, de 71,8. En CABA, según datos consignados en el Boletín Epidemiológico, ese número trepaba a 74,16 y la mediana de fallecimientos era 76. Esa diferencia, probablemente se relacione con las condiciones sociales, económicas y de salud, mejores que en otros distritos y que hacen que la población de CABA sea la más envejecida del país; otra posible interpretación de esa diferencia sería que una atención de salud más sistemática en este distrito, con medidas de prevención y /o tratamientos mejorarían la salud de la mayoría de sus habitantes. Por lo tanto, en ausencia o disminución de comorbilidades, menos personas, inclusive viejos/as desarrollarían las formas letales de esta enfermedad. Tal como consta en las mismas fuentes, la mortalidad de la enfermedad en las personas mayores es diferente según se trate de hombres o mujeres. Según datos demográficos, la sobremortalidad masculina tiene lugar ya en edades jóvenes de la vida. Esta característica se replica en los fallecimientos por COVID. Si bien los contagios se dan tanto en hombres como en mujeres, las muertes aumentan proporcionalmente en hombres de las mismas franjas etarias. En los varones, la franja de entre 71 y 80 años es la que representa el mayor porcentaje sobre el total de fallecidos (21,4%), seguida de la de 61 a 70 años (22,4%). En las mujeres, en el grupo de 81 a 90 años se concentra alrededor del 30 % de la mortalidad y en el de 71 a 80, el 26,5%. Cabe destacar que, en nuestro país, las mujeres tienen una esperanza de vida al nacer de 80 años y los varones de 74. Estos datos son bastante similares en el país y en CABA. Los fallecimientos de varones son de alrededor del cincuenta y siete por ciento de los totales. Investigaciones posteriores indagarán más profundamente las causas de estas regularidades. Esta proporción se mantiene más o menos estable en todas las etapas mencionadas, aún después de la vacunación de la inmensa mayoría de las personas mayores. En la segunda etapa del año 2020, los casos y los fallecimientos treparon exponencialmente. El 30 de noviembre, por ejemplo, los contagiados/as del país sumaban 1424533 y los de CABA ya eran 158815; el total de fallecidos/as alcanzaba los 38730. En ausencia de vacunas, el porcentaje de personas mayores fallecidas continuaba siendo de alrededor del 80% del total de fallecimientos. En 2021 todo se aceleró; desde fines de marzo crecieron los contagios, las hospitalizaciones, la cantidad de camas ocupadas en las terapias y, consecuentemente, las muertes. El sistema de salud tensionado a más no

poder era la cara visible del sufrimiento de cientos de miles de familias. Sin embargo, el 29 de diciembre del año anterior, había empezado el operativo de vacunación que fue consolidándose e intensificándose a partir de mayo de este año. Para esa fecha, la mayoría de los/as mayores de 60 habían sido inoculados con una dosis y algunos/as con las dos. En junio y julio ese operativo alcanzó a otros grupos etarios y gran parte de los viejos/as recibieron su segunda dosis. El efecto de la vacunación en ellos se dejó ver; por primera vez en más de un año no se constituían en la mayoría de los internados/as y por más de continuar siendo los más lábiles ante la enfermedad, su vulnerabilidad había disminuido. Terminando agosto del 2021, en el país se superaron los 5 millones de contagios confirmados y los fallecimientos treparon a 111000. Esto da cuenta de cuanto mayor en magnitud fue la segunda ola con respecto a la primera. Sin profundizar, podemos decir que los contagios aumentaron en mayor proporción que los fallecimientos y que esta tendencia podría continuar al intensificarse la cantidad de población vacunada. Lógicamente esto tiene y tendrá implicancias en la en la población de mayor edad. En CABA, los reportes diarios y semanales del COVID 19 muestran que en la última semana de agosto de 2021 hay un total de más de 850000 casos confirmados y casi 16000 fallecimientos; ambos datos incluyen a población residente y no residente. La letalidad es del 2,34, levemente superior a la del total del país. Esto bien puede ser consecuencia de la mayor proporción de población envejecida con que cuenta el distrito ya que se continúa observando que si bien el 83% de los contagiados son menores de sesenta años, en los mayores se concentra el 84,3 % de los decesos. La edad promedio de los fallecidos en CABA es de 75,1 años.

A días o semanas de enfrentar, según los especialistas, la tercera ola, el operativo de vacunación continúa intensificándose en el país y en la Ciudad de Buenos Aires. El objetivo manifiesto es enfrentar la variante Delta con la mayor cantidad de personas mayores vacunadas con dos dosis. El Monitor del Covid 19 afirma que en el país ya han sido vacunadas con sólo una dosis 27585143 personas y con dos dosis 13270035; esto es alrededor del 60% y 30% respectivamente con respecto a la población total. Teniendo en cuenta que, en el país, aún no se han vacunado niños/as y sólo se han inmunizado a adolescentes con comorbilidades, los porcentajes trepan si se los toma en el universo de mayores de dieciocho años y más aún si los datos incluyen solamente a la población de más de sesenta años. Más del 60 % de este grupo está inmunizado totalmente. En el caso de los/as mayores de 60, actualmente más del 80% cuenta con las dos dosis. Es ahí donde se observan amplias coberturas a la población prioritaria u objetivo entre la que se encuentran los/as adultos/as

mayores La CABA es una de las jurisdicciones del país donde el ritmo de vacunación es más rápido. Al 27 de agosto se han aplicado 3383476 vacunas en total; son 2121993 primeras dosis y 1261483 segundas dosis; esto representa un 70% de la población total con al menos una dosis y un 42% que ya han completado su inmunización. El desafío para el país y la ciudad es aumentar la inoculación de segundas dosis; esto tiene consecuencias muy importantes para la población mayor y está atado a la disponibilidad de vacunas, que permitan completar dichos esquemas.

2) Protocolos y políticas de cuidados.

En el transcurso de la pandemia de coronavirus, la idea de “cuidar” impregnó gran parte de las decisiones y políticas públicas de la Argentina, en especial aquellas referidas a ancianos/as. ¿Qué significa “cuidarlos/as”? Se denomina cuidado al conjunto de actividades y relaciones orientadas a alcanzar los requerimientos físicos y emocionales de niños y adultos dependientes, así como los marcos normativos, económicos y sociales dentro de los cuales éstos son asignados y llevados a cabo (Daly & Lewis, 2000). La OIT realizó un documento sobre *“Las políticas de cuidado en Argentina. Avances y desafíos 2018”*. En su primera parte se refiere a los grupos poblacionales prioritarios en el tema de los cuidados, esto es la infancia y los adultos mayores. En Latinoamérica en general y en Argentina en particular, las tareas de cuidado de los/as adultos/as mayores, con su inmenso correlato físico y emocional, recaen principalmente en el ámbito familiar y en mucha menor medida en establecimientos especializados para tales fines. En este contexto, vale la pena resaltar que, a partir de los datos obtenidos en el programa “Cuidando a los que cuidan” el 88 % de los cuidadores son mujeres y de ellas más del 80 % tiene más de 50 años. Resulta paradójico analizar como gran parte de la población que es o debería ser objeto de cuidados en esta pandemia es, a su vez, responsable del cuidado de niños/as o ancianos/as de la cuarta edad. Como se ve, el Estado no ha sido siempre actor principal en lo que se refiere a cuidados de gente mayor; por eso la pandemia de coronavirus no sólo tensionó la capacidad del sistema de salud de atender la creciente demanda sino también la de los Estados, que debieron erigirse, no siempre de la mejor manera, como “cuidadores” de la salud de su población anciana.

A la luz de todos los datos anteriores y debido a la complejidad de esta enfermedad, no es de extrañar que, desde la primera y posteriores cuarentenas, los discursos hacia la sociedad civil estuvieran enmarcados en la necesidad del Estado y sus gobernantes de “cuidar” o “cuidarnos” a todos/as los/as habitantes y en particular a los adultos/as mayores. El éxito o fracaso de estas políticas redundaría, más adelante, en la posibilidad de evitar o disminuir el desborde del sistema de salud.

Este cambio de paradigma, en un país en que la mayoría de los cuidados a viejos/as se da en el seno familiar, muchas veces desde otras personas de edad y en menor medida, a través de cuidadores informales mercantilizados o en los mal llamados geriátricos, no estuvo y está exento de variadas dificultades.

Desde los primeros días de marzo de 2020, antes de las medidas del llamado aislamiento social, preventivo y obligatorio (ASPO), se publicaron en el país, las primeras recomendaciones para personas mayores. Éstas agregaban a las clásicas sobre higiene y distanciamiento de la población en general, algunas específicas para este grupo etario, tales como minimizar actividades sociales y, para los mayores de sesenta y cinco, recibir la vacuna antigripal y comenzar o continuar con el esquema secuencial de la vacuna contra el meningococo. Cabe aclarar que las recomendaciones fueron a veces para mayores de sesenta, otras de sesenta y cinco o de setenta años. Ya transitando el aislamiento, el Ministerio de Salud, a través de sus especialistas en Tercera Edad, recomendaba que éste debiera ser físico y no social; sus familiares debían mantener la distancia física, pero atenderlos convenientemente. Se recomendaba propiciar el uso de la tecnología para llamados por teléfono, videoconferencias y participación en las redes y también mantener las rutinas como peinarse, vestirse, hacer los quehaceres hogareños y algo de actividad física en el hogar. También se propiciaba la licencia laboral, para todos los mayores de sesenta años, salvo que trabajaran en el sector de salud. Para fines de marzo, en los protocolos con recomendaciones a la población, el apartado para mayores de sesenta decía: “En la medida de lo posible, delegá la realización de mandados o compra de medicamentos a personas de confianza o de tu entorno familiar que no pertenezcan a los grupos de riesgo”. Y también: “Las personas mayores de sesenta, embarazadas o grupos de riesgo no deben convivir con personas que vengan del exterior”. Los mensajes del PAMI a sus afiliados/as estaban en sintonía con lo ya dicho.

Con el correr de los días, varias de estas prescripciones vieron su agotamiento. En el país hay muchas personas, sobre todo mujeres, de más de sesenta años que brindan cuidados a sus familiares más añosos/as y debieron continuar con esas tareas o intensificarlas, en el caso de que estos/as familiares de ochenta y pico o más de noventa, no pudieron seguir contando con ayudas ajenas al circuito familiar (cuidadores/as, servicio doméstico, jardineros, etc). Muchas otras cuidan a sus nietos/as menores de edad. Al respecto, un informe realizado por demógrafos de España, Argentina y Colombia y publicado en la revista *Perspectivas Demográficas*, analiza el riesgo de exposición al coronavirus en los hogares. El estudio afirma que el 35 % de los argentinos y el 51% de los colombianos están expuestos al riesgo de

contagiarse COVID 19 en sus hogares, mientras que ese porcentaje, en España, es del 19 %. Esta diferencia se explica porque el derecho a una vivienda digna es muchas veces vulnerado en América Latina. Las diferencias jurisdiccionales son también muy pronunciadas: “mientras que el 60% de las personas de 65 años y más de la ciudad de Buenos Aires viven en hogares mono-generacionales, en Santiago del Estero sólo el 25% de las personas mayores de esa edad residen en ese tipo de contexto” (Redondo, 2007). En los barrios de clase media de CABA, los últimos años han aumentado las personas de edad que viven solas. En cambio, entre los habitantes de barrios populares es frecuente la convivencia intergeneracional, abarcando a dos, tres y hasta cuatro generaciones. La investigación postula que, en Argentina, un 43 % de los/as adultos/as mayores comparte su vivienda con personas que no son su pareja y que un 35 % lo hace con alguien que debe trasladarse para trabajar. Por otro lado, un número importante de adultos/as mayores continúan en el mercado laboral y mucho de ellos agregan a sus magras jubilaciones o pensiones lo que obtienen por estos trabajos que, muchas veces, son informales. La posibilidad de obtener una licencia en ellos, con el correr de los meses fue prácticamente nula y los ancianos/as debieron optar en renunciar a esa ayuda o abandonar las medidas de aislamiento o distancia.

Las recomendaciones para minimizar la potencial gravedad de la enfermedad tuvieron en CABA una impronta particular. Ante la falta de vacunas anti Covid durante 2020 se intensificó la vacunación contra la gripe y neumonía para los/as mayores de sesenta y cinco años. Esta política se coordinó a través de un operativo; el Gobierno porteño organizó 82 postas distribuidas en toda la ciudad y alcanzó, al 1º de junio de 2020 a un total de 182.210 mayores de sesenta y cinco años y 74.582 de otros grupos de riesgo. A esto hay que agregar a quienes fueron vacunados por PAMI, en las farmacias porteñas o a través de su obra social o prepaga. EL operativo de vacunación antigripal y contra la neumonía se replicó en 2021, aunque con menor intensidad. La política de aislar a los ancianos en sus domicilios y de esa manera frenar los contagios se implementó a partir del programa “Mayores Cuidados” desde el comienzo de la pandemia. Antes de analizar los alcances de esta iniciativa, parece oportuno describir qué políticas públicas en CABA, anteriores a la pandemia se orientaban al cuidado e integración de personas de más de sesenta años. Por sus objetivos y alcances voy a hacer referencia a dos de ellas: los Centros de Jubilados y Pensionados y los Centros de Día. Los primeros son muy numerosos, existen varios en cada comuna. Contribuyen al fortalecimiento e integración social para las personas mayores a través de distintas actividades socioculturales y turísticas. Cada uno de los talleres se realiza

una vez a la semana, con una duración de una o dos horas y abarcan cuatro áreas: cognitiva, corporal, creatividad y lúdica. Los segundos son más de veinte y existen en doce de las quince comunas de CABA. Liliana Findling, investigadora sobre cuidados a las personas mayores, coordinó un trabajo sobre estos centros que abarca desde 2009 a 2017. Están destinados a personas de más de sesenta, autoválidas y representan una alternativa a la modalidad de internación en residencias permanentes. Promueven la integración de los/as mayores con sus pares a través de orientación psicológica, social y jurídica, actividades recreativas, culturales, corporales y cognitivas. La atención de estos centros es de lunes a viernes, de 9 a 16 o 17, e incluye desayuno, almuerzo y merienda. El trabajo de Findling muestra que las personas que concurren son de clase media o media baja, en su mayoría de más de 70 años y mujeres, aunque en la franja de 60 a 69 prevalecen los hombres. La asistencia media mensual en la totalidad de los centros es de alrededor de 1500 personas, siendo su difusión muy escasa. Durante la cuarentena, todas las actividades han sido suspendidas, salvo las referidas a la provisión de alimentos.

¿En qué consiste o consistió el Programa “Mayores Cuidados” de CABA? Poco tiene que ver con las actividades de los centros de día o de jubilados. Se trató de una red de voluntarios para ayudar a los viejos/as que así lo deseen a realizar compras de alimentos, farmacias, gestión de trámites o simplemente contención telefónica o a través de video llamadas. A principios de junio del 2020 se habían inscripto 38000 voluntarios y atendido a más de once mil mayores en tareas de logística, de contención o ambas. Con las posteriores aperturas, esta iniciativa se fue desdibujando. Su implementación, inicialmente positiva tuvo su contracara hacia fines de abril, cuando se intentó obligar a los mayores de 70 a no salir de sus domicilios ni aún para actividades esenciales. En el caso ineludible de necesitar salir se los instó a llamar al 147 y gestionar un permiso para salir a hacer las compras y, a la par, escuchar argumentos disuasorios y generadores de temor. Todas estas medidas, paternalistas y verticalistas fueron acompañadas por publicidades televisivas en las que parientes más jóvenes, convencían telefónicamente a sus viejos/as queridos/as de las bondades de “quedarse en casa” con su correlato de un posterior reencuentro feliz. La nueva medida, que duró unos pocos días, fue muy criticada como contraria a los derechos de las personas de edad avanzada. Eugenio Semino, Defensor de la Tercera Edad de CABA, presentó una denuncia por lo discriminatorio de la iniciativa que luego fue declarada inconstitucional por la Justicia. El programa “Mayores Cuidados” continúa en 2021 pero no es fácil de encontrar datos que muestren su impacto. De hecho, desde la página del GCBA se ofrecen otros programas derivados de este para

las personas de edad. Estos son: Experiencias en casa y Escuela de Mayores, además de otras iniciativas telefónicas o por zoom, llamadas Conversemos, Voluntariado telefónico o Tardes de Encuentro. Trabajos posteriores, seguramente darán cuenta de estas iniciativas, de su desarrollo durante la pandemia y de su continuidad o fin, una vez transcurrida la misma.

3) Cuando los cuidados comunes no alcanzan (geriátricos y barrios vulnerables).

3-1: Barrios vulnerables

Ya se ha visto que aislar a la población mayor en sus domicilios no siempre evita el contagio. Pero existen otras situaciones más peligrosas para las personas de edad que tienen que ver con su lugar o modo de residencia. Las políticas de cuidados se dan de cara cuando el adulto/a mayor reside en barrios populares o en residencias geriátricas. En estos casos, las recomendaciones generales deben complementarse con otras específicas, de difícil implementación.

En CABA, según la Dirección General de Estadística y Censos, en el año 2016, existían 38 barrios vulnerables, entre villas y asentamientos. Cuatro son los de mayor extensión y, a la vez concentran la mayor cantidad de habitantes: el barrio Mujica (ex 31), el Padre Ricciardelli (1-11-14), el 21-24 y el 20. La mayoría se ubican en la zona sur de la ciudad. Se estima que entre un 6% y un 10% de los habitantes de CABA vive en ellos.

Como se sabe, el coronavirus se propagó rápidamente en los barrios vulnerables y, al 30 de junio de 2020 se habían reportado 9347 casos, de los cuales 5178 estaban dados de alta para esa fecha. La proporción de adultos/as mayores es muy inferior a la de otros barrios de la ciudad, lo cual trae como consecuencia, una menor letalidad de la enfermedad. Según datos del Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat del GCBA, los adultos mayores de setenta años que viven en barrios populares eran alrededor de 4700 en 2020. La campaña de vacunación antigripal se realizó en forma conjunta con el Ministerio de Salud, iglesias, referentes barriales y organizaciones y fueron vacunados 4100 mayores de sesenta y cinco años. También existe, desde el año pasado, un programa para mayores de setenta, llamado "Promotores Barriales destinado a mayores que viven solos/as en situación de vulnerabilidad". Los promotores de salud están capacitados para asistirlos en las compras, acompañarlos afectivamente y fomentando medidas de cuidado e higiene. En el caso de ser posible, el/la promotor/a puede ser un vecino/a o familiar. Ese programa se aplicó en 9 barrios

vulnerables: 21-24, 20, 31, Piletones, Rodrigo Bueno, Barrio 15, Barrio Inta, Villa Soldati y 1-11-14. Otra medida, para la población anciana que desee realizar el distanciamiento y las condiciones de su vivienda no lo permitan, son los “Centros de Resguardo”. Estos establecimientos fueron pensados para que los/as mayores realicen el aislamiento y, a la vez, reciban asistencia y contención. Existieron 28 centros en los barrios, en iglesias y clubes, con un total de 343 camas y 150 camas más en hoteles. A junio del 2020 estaban funcionando cinco de ellos: dos en el barrio 15, dos en el 21-24 y uno en el 31. Al igual que con la campaña de vacunación, en este programa participan el Ministerio de Salud de CABA, organizaciones barriales e iglesia. En la actualidad se están cerrando de manera gradual, al convertirse en menos necesarios. Todas estas medidas son de difícil implementación en una realidad social tan compleja y con carencias esenciales, por lo que habrá que esperar, para evaluar su impacto en la salud de los/as mayores.

En cuanto a la campaña de vacunación contra el coronavirus, siendo la Argentina un país tan extenso y heterogéneo, el plan estratégico y sus etapas no alcanzaron a cubrir a gran parte de la población vulnerable. Para ellos/as se ensayaron distintas estrategias: vacunación sin turno, postas móviles, búsqueda puerta a puerta y rincón a rincón. En CABA, recientemente se propuso un plan para que las personas en situación de vulnerabilidad tengan acceso a la vacuna. La iniciativa, puesta en práctica desde el 26/07, contempla la búsqueda activa para informar acerca del proceso de vacunación y sus beneficios, al tiempo que se garantiza la posibilidad de aplicarse una dosis, ya que los datos sobre vacunación muestran que ésta es sensiblemente menor en los barrios carenciados, por múltiples razones que no son tema de esta ponencia. Participan en el proyecto, más de doscientas personas, referentes y especialistas de Fundación Apertura, Fundación Buenas Nuevas, Hogar de Cristo, Fundación Multipolar, Cáritas, Asociación Civil el Comedor del Fondo, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Hospital Italiano, Instituto de Investigación Gino Germani, además de los Ministerios de Salud Y Desarrollo Humano y Hábitat porteños.

3-2: Residencias de larga estadía

Los mal llamados geriátricos cobraron notoriedad por constituirse en el blanco preferido para los contagios en masa del COVID 19. Ningún protocolo logra frenar la cadena, cuando ésta se desata. Además, al igual que con las villas, la pandemia hizo visibles fallas estructurales en su funcionamiento. Las residencias de larga estadía,

llamadas así porque no sólo deberían ocuparse de la salud de sus residentes, sino de aspectos sociales, psicológicos, lúdicos y culturales que promuevan su bienestar, no figuran en la Constitución Nacional. Tampoco existe una Ley Nacional que las reglamente. Sí hay, una variedad de leyes, decretos y modificaciones provinciales desde finales de los noventa. En el año 2015 se realizó el “Relevamiento y Evaluación de Residencias de Larga Estadía para Adultos Mayores”, en forma conjunta entre el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación y la Facultad de Psicología de la UBA. De allí surgió la caracterización más completa de estas instituciones de que se dispone hoy en día. Las residencias del sector público pueden pertenecer al ámbito nacional, provincial o municipal. También existen las del sector privado y las de la sociedad civil. Según datos del censo 2010, que constan en el informe, en Argentina vivían 76627 personas de 60 o más años en geriátricos, lo que representaba un 1,2% del total de ese grupo etario. El número de residencias era de 3584, de las cuales 1304 estaban en CABA. El PAMI es el principal pagador a nivel nacional y también en CABA. Cabe señalar que la Ciudad de Buenos Aires cuenta con sólo 5 residencias, dos en el ámbito de la ciudad y las otras en la provincia de Buenos Aires; una de ellas en Necochea. Datos más actuales corrigen esos números. Según la Defensoría, hoy, los adultos/as mayores institucionalizados son 150000 en el país, en 3800 establecimientos, a los que hay que agregar otros 1000 clandestinos. Esta heterogeneidad y falta de regulación y control traen aparejados problemas estructurales que se agudizaron en el marco de la pandemia. Según dichos del Defensor de la Tercera Edad de CABA, Eugenio Semino, respecto del personal que trabaja en las residencias, “No son considerados personal de salud y se les paga una miseria, 20 lucas”. Además, describe que la mayoría de las cuidadoras y auxiliares que trabajan en CABA o Primer Cordón del Gran Buenos Aires, viven en barrios humildes del segundo y Tercer Cordón. A esas dificultades se les suma lo que él denominó “fragilización en la atención” durante la cuarentena. Esto es, la poca disponibilidad de insumos de protección y seguridad, la menor cantidad de personal debido a las licencias por pertenecer a grupos de riesgo y la falta de ayuda de las familias ya que no se les permite la visita desde el mes de marzo. Este panorama hace difícil cumplir con los protocolos armados para minimizar la cantidad de contagios de residentes y personal. A fin de abril de 2020 se sugirió que, frente a un caso sospechoso, el personal permaneciera en el establecimiento durante catorce días. También debe procederse al aislamiento inmediato del residente o personal con sospecha de positividad, colocación de barbijo quirúrgico y avisar a la cobertura de salud. El personal debe cuidar la higiene de manos, usar guantes, barbijo quirúrgico, máscara n°95, camisolín y protección ocular. Se debe comunicar inmediatamente la situación a

la autoridad sanitaria, activar el plan de contingencia y comunicar a los familiares de todos/as los/as residentes. En los protocolos iniciales no figuraban los testeos que se incluyeron posteriormente. Al día 4 de junio del pasado año, el ministro de Salud porteño Fernán Quirós, informó que en CABA ya había 52 geriátricos con 349 casos positivos de COVID 19 y 62 muertes, lo cual representa casi un 20% de letalidad, es decir que se multiplica por 10 la tasa de letalidad general. Al 2 de julio, ya son 154 los geriátricos con alrededor de 1000 contagios; sus muertos son el 27% del total de fallecidos en CABA por COVID 19. Esta tendencia continuó creciendo durante todo 2020 y en los primeros meses de este año. En marzo de 2021, se contabilizaban 5879 casos positivos en los geriátricos de CABA; de ellos 4650 se habían recuperado y 1110 habían fallecido (23,87%). En abril ya eran 5891 los/as contagiados/as y 1126 (19,11 %) los/as fallecidos/as. A fines de febrero de 2021 se comenzó a vacunar en el país a los/as mayores de setenta y en CABA a la subfranja de mayores de ochenta. Junto con ellos/as empezó el operativo de vacunación en 498 residencias para la tercera y cuarta edad y a un total de 16542 residentes. El operativo para que dichas personas recibieran su dosis sin moverse del lugar de residencia incluyó a ocho unidades móviles con vacunadores, registradores, responsables de frío y personal de seguridad. En marzo ya eran 6532 las personas vacunadas y en abril 13608. Es dable pensar, aunque no se cuenta con datos certeros, que el ritmo de contagios y la cantidad de decesos deben haber disminuido en los últimos meses.

CONCLUSIONES (derechos, vulnerabilidades y vejeísmo)

Después de esta exposición y habiendo transcurrido más de 500 días desde aquel primer aislamiento obligatorio, surgen varias reflexiones en torno a la situación de viejos/as durante este período y a las políticas públicas implementadas para este colectivo, con propósitos, al menos en el discurso, de cuidarlos/as. El término "Viejismo" acuñado por Robert Butler en 1968 e introducido en Argentina por el médico especializado en psiquiatría y geriatría, Leopoldo Salvarezza, recobra actualidad. Con "viejeísmo" se entienden aquellas actitudes perjudiciales hacia la vejez, generalmente desde la gente joven, que consisten en prácticas discriminatorias y políticas institucionales que perpetúan ciertos estereotipos sobre los ancianos/as. Hoy, se considera un error recurrente el homogeneizar a la vejez y pensarla dócil, infantil y dependiente. Nada más lejos de la realidad. Es mucho más exacto pensar en "vejeces" tan múltiples como lo pueden ser las "juventudes" o las "adulteces". Las diferencias en el modo de envejecer pueden deberse a distintos factores: económicos, sociales, regionales, individuales y tantos otros.

A pesar de que se tiende a homogeneizar el concepto de vejez y envejecimiento, cuando focalizamos sobre las realidades regionales y/o locales, observamos características diferenciales entre los países y, muchas veces, al interior de un país, localidad o, también, en los grupos de personas mayores (Oddone, 2014).

O, desde otro punto de vista: “no es lo mismo hablar de la vejez masculina de clase alta en algún país de Europa que una vejez femenina migrante en el mismo lugar o una vejez propia de las comunidades originarias o de las clases sociales subalternas en América Latina” (Manes, 2016).

Habida cuenta de las distintas vejezes, a la hora de formular políticas públicas, habrá que tener en cuenta sus especificidades. Una diferencia fundamental que atraviesa regiones, clases sociales, etnias y género es el nivel de dependencia que pueden tener o no los viejos/as. Como ya se ha visto, no es posible determinar una edad en la que comience la dependencia. Laslett (1995) expresa que ese umbral es una construcción social, pero distingue la cuarta edad, cuyo comienzo sitúa en los 80 años, como la etapa de mayor dependencia, de la edad del retiro económico alrededor de los 65 años.

Ninguna política, por buena que parezca puede englobar la multiplicidad de este colectivo. Y los tiempos de pandemia no fueron ni son ajenos a esta afirmación. Ya se ha visto que el “quedate en casa” pudo ser efectivo para los/as viejos/as de sectores medios o altos, sanos, con buenos ingresos y viviendas unigeneracionales. Eso, sin ahondar en las potenciales implicancias socio afectivas y en la salud física y psíquica que pudieran haber surgido. Sin embargo, no protegió de los contagios a aquéllos/as que conviven con familiares que salen a trabajar diariamente, fue imposible para los/as que habitan los barrios populares y casi una sentencia de muerte para los/as residentes de los geriátricos.

Pero las políticas de cuidado, no son las únicas a revisar.

Durante estos meses, en Argentina, los jubilados/as vieron reducidos sus ingresos al interrumpirse en 2020 la fórmula de movilidad de los haberes jubilatorios que regía desde 2017. Y además, muchos/as de ellos/as debieron dejar los trabajos con los que complementaban dicho haber. La disminución entre marzo y junio de 2020 fue de alrededor de quinientos pesos para los que cobran la mínima y catorce mil a los de la máxima. Esta medida fue compensada en cierta manera por los bonos de los primeros meses a las jubilaciones más bajas, el regreso de 170 medicamentos gratis para los afiliados de PAMI y la moratoria de once meses (desde diciembre del 2019) en el pago de los créditos de ANSÉS, para aquéllos/as que habían tomado uno en los años

anteriores. Como se ve, estas medidas no alcanzaron al total de jubilados/as y mucho menos a la totalidad de personas de más de sesenta años. La suspensión de la movilidad fue denunciada por inconstitucional y vino a agrandar las necesidades, temores y sentimientos de impotencia de muchos/as mayores de sesenta, en estas circunstancias tan especiales. En 2021, la nueva forma de movilidad que combina recaudación y salarios no compensó la pérdida acumulada en 2020 y está aún por verse si los aumentos superan a la inflación. En el mejor de los casos, los haberes más bajos compensarán la pérdida a través de los bonos y, como tantas veces, se achatará la pirámide previsional, con la pérdida del poder adquisitivo de muchos/as beneficiarios/as.

La falla de organización del fatídico viernes 3 de abril de 2020 y las largas colas de jubilados/as frente a los bancos de varias ciudades del país, para cobrar sus ingresos atrasados, vulneró, a todas luces, los derechos de los/as mayores. Y dejó al descubierto una total ignorancia sobre la población de esa edad al presuponer que todos/as los/as poseedores/as de tarjeta de débito sabían o deseaban utilizarla. Los datos del Observatorio de la Deuda Social de la UCA muestran las dificultades de los/as mayores con la tecnología. El 45,9% no usan el cajero automático y cobran por ventanilla y el 36,9% no usan tarjetas de crédito o débito. La inclusión de más adultos/as mayores en el uso de las nuevas tecnologías es aún una deuda pendiente y deberán encontrarse los modos de subsanarla para lograr la integración y respetar los derechos de las personas de edad avanzada.

Una última observación. Durante esta pandemia, los/as mayores, al igual que el resto de la población vieron restringida la atención primaria de la salud. Más allá de la iniciativa del PAMI y de otras obras sociales para facilitar los trámites y expedir recetas virtuales, tanto en el sector público (CESAC) como en el privado, se observaron, sobre todo durante marzo y abril del pasado año, cancelaciones de turnos y dificultad para realizar consultas o estudios presenciales. Por otro lado, la mayoría de las cirugías programadas fueron pospuestas. Si bien gran parte de los servicios están ahora funcionando a pleno, se observan largas demoras para acceder a un turno y frecuentes cancelaciones, lo cual perjudica especialmente a la población anciana.

La pretensión de las políticas para cuidar a los ancianos/as resultó muy difícil de llevar a la práctica en un contexto incierto y dinámico. Ya sea por intención, omisión o error, en muchos casos los viejos/as de la Argentina no fueron tratados como sujetos de derecho. Alternativamente fueron considerados un grupo homogéneo, vulnerables, dependientes, infantiles y hasta culpables. Sin embargo, los/as mayores supieron

responder de la mejor manera a estos tiempos de aislamiento. Según una encuesta de la Facultad de Psicología de la UBA sobre los aspectos sociales de las personas mayores, “los viejos resisten mejor a las malas situaciones”. Sus conclusiones muestran que son, sin duda, el grupo etario que más se cuida, a pesar de que sólo el 15,5 % nunca salió de su casa. Continuaron con sus rutinas, no aumentaron su irritabilidad, ni disminuyeron su concentración. Pocos/as sienten miedo a la muerte y muchos/as, lograron aprendizajes en el uso de las nuevas tecnologías. Si las conclusiones de la encuesta no son erróneas, muchos/as de los/as más vulnerables ante el COVID 19, resultaron con más “anticuerpos” en este tiempo difícil y artífices de su propio cuidado.

Pero la enorme capacidad de resiliencia que demostró este colectivo, frente a las dificultades ya enumeradas, no exime a los Estados de su responsabilidad en los tiempos excepcionales de pandemia. Cuidar y ocuparse de los viejos/as exige conocer sus situaciones particulares y sociales y reconocerlos/as en todo momento como sujetos de derecho. Hacer efectivos los principios de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2015), ratificados en la Ley 27360 (2017), significa comenzar un camino en el que los vejevismos se dejen de lado y en el que los derechos de las personas mayores sean reconocidos plenamente. Un paso más para una sociedad más justa, necesaria siempre y más aún en tiempos de pandemia.

BIBLIOGRAFÍA

- Ayres, José R., Paiva, Vera, Cássia, María (20). *Derechos humanos y vulnerabilidad en la prevención y promoción de la salud*. En Prevención, promoción y cuidado. Recuperado en <https://www.teseopress.com>chapter> (consulta: junio 2020).
- Artusa, Marina. (11 de junio de 2020). Investigación: ¿Cuánto protege la cuarentena a los más vulnerables? *Clarín*, pp18.
- Boletín epidemiológico semanal de CABA.
- Borelli, Javier. (12 de mayo de 2020) Una de cada tres personas muertas por Covid-19 en CABA se infectó en un geriátrico. *Tiempo Argentino*. Recuperado en www.tiempoar.com.ar>
- Chackiel, Juan (2000), El envejecimiento de la población latinoamericana: ¿hacia una relación de dependencia favorable?, en *Serie Población y Desarrollo, CEPAL*, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)- División de Población, Santiago de Chile.
- Chiara, Magdalena. (2018). *La salud gobernada: política sanitaria en la Argentina, 2001-2011*. Los Polvorines. Editorial U. N. G.S.
- Coronavirus: qué dice el protocolo para geriátricos que implementará la Ciudad. (30 de abril de 2020). *El Cronista*. Recuperado en <https://www.cronista.com>>
- Coronavirus: Cómo funcionará el plan de la ciudad de Buenos Aires para cuidar y asistir a los adultos mayores durante la cuarentena. (7 de abril de 2020). *Infobae*. Recuperado en <https://infobae.com>>
- Dabove, Isolina; Oddone, Julieta; Perret, Clara; Pochintesta, Paula. Vejez en tiempos de pandemia: una cuestión de derechos. Recuperado en www.sagg.org.ar> ([consulta](#) junio de 2020).
- El riesgo de ser vieja no es sólo la pandemia. (17 de abril de 2020). *Página 12*. Recuperado en <https://www.pagina12.com.ar>>
- Daly, Mary y Lewis, Jane. (2000). "The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states" London School of Economics and Political Science en OIT, *Las políticas de Cuidado en Argentina, Avances y desafíos 2018*.
- En torno a los paradigmas de la vejez en tiempos de pandemia del coronavirus. Gerontovida. Entrevista al doctor Eugenio Semino (12 de mayo de 2020): Recuperado en www.gerontovida.org.ar>noticias
- Findling, Liliana Y López, Elsa. (2015). *De cuidados y cuidadoras. Acciones públicas y privadas*. Buenos Aires: Biblos.
- Findling, Liliana; Cirino, Estefanía, Champalbert, Laura. (2018). *Políticas de cuidados hacia adultos mayores en la Ciudad de Buenos Aires, Argentina: El Programa Centros de Día*. En Comunicación y Salud. Recuperado en <https://www.teseopress.com>chapter> (consulta: junio 2020).
- Gelós, Natalia. (15 de mayo de 2020). Pandemia porteña: la injusticia social obligatoria. *Revista Crisis*. Recuperado en <https://revistacrisis.com.ar>>notas
- Gómez, Silvia. (30 de mayo de 2020). Geriátricos: advierten sobre las consecuencias de las evacuaciones masivas. *Clarín*, pp.15.

- Hartmann, Irene. (18 de junio de 2020). Por los testeos en zonas pobres, la edad media de los contagiados se redujo. *Clarín*, pp.12.
- INDEC. Censo 2010. Ministerio de Salud de la República Argentina: Reportes diarios COVID 19.3-77
- Laslett, Peter, "Necessary knowledge: age and aging in societies of the past", en Kertzer, David y Laslett, Peter (eds); *Aging in the Past Demography, Society and Old Age*, The University of California press, Scholarship Editions, USA, 1995,pp.
- Manes, Romina (2016). "Vejez desiguales. Un análisis desde el enfoque de derechos de las personas mayores", en *Margen*, N° 83,: *Revista de trabajo social y ciencias*. Argentina.
- Marziotta, Gisela. (15 de junio de 2019), La Ciudad no cuida bien a sus mayores. *Página 12*. Recuperado en <https://www.pagina12.com.ar>>
- Mazzeo, Victoria (2017), La vejez de las mujeres en la Argentina. ¿En qué se parecen y en qué difieren las adultas mayores de ayer y de hoy? *En Personas Mayores, Voces y Derechos*, Año 9 número 19, diciembre de 2019, Buenos Aires.
- Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat de CABA. (2020). *Coronavirus: la situación en los barrios vulnerables*. Recuperado en <https://www.buenosaires.gob.ar>>
- Ministerio de Salud de la Argentina, 6 de marzo de 2020. Nuevas recomendaciones a partir de la situación epidemiológica actual.
- Monitor Público de Vacunación
- Oddone, Julieta (2014), "El desafío de la diversidad en el envejecimiento en América Latina" en *Voces en el Fénix* N° 36. Recuperado en <https://www.vocesenefenix.com> , Argentina
- OIT, (2018). "Las políticas de cuidados en Argentina. Avances y desafíos 2018".
- Portal del Ministerio de Salud de la Nación. www.msal.gob.ar
- Programa "Mayores Cuidados", CABA. Recuperado en <https://www.buenosaires.gob.ar/coronavirus/mayores-cuidados> (consulta junio 2020)
- Protocolo de actuación para Residencias de larga Estadía Personas Adultas. Ministerio de Desarrollo Social. Argentina (2020). Recuperado en <https://www.argentina.gob.ar>>
- Ranzani, Oscar. (06 de junio de 2020). Coronavirus: "Los viejos resisten mejor a las malas situaciones". *Página 12*. Recuperado en <https://www.pagina12.com.ar>>
- Recomendaciones y medidas específicas para evitar la propagación de COVID-19 en barrios populares y cuidado a adultos mayores. 14 de abril de 2020. CABA
- Redondo, Nélica, (2007) "Composición por edades y envejecimiento demográfico" en Torrado, Susana (compiladora), *Población y Bienestar en Argentina del Primero al Segundo Centenario. Una historia social del siglo XX* , tomo II, Ed. De La Flor, Buenos Aires, pp.139-175.
- Roqué, María Laura, Fassio, Adriana (2015) *.Residencias de larga estadía para adultos mayores en Argentina*. Relevamiento y Evaluación. Buenos Aires. Recuperado en <https://www.algec.org>> (junio 2020).

Yaccar, María Daniela. (11 de mayo de 2020). Coronavirus: residencias para mayores, los mayores peligros. *Página 12*. Recuperado en <https://www.buenosaires.gob.ar>>

Vejez y coronavirus. Observatorio de la Deuda Social, UCA. Recuperado en uca.edu.ar >observatorio-de-la-deu... (consulta: julio 2020)