

DOSSIER PANDEMIA Y TRABAJO

<http://id.caicyt.gov.ar/ark:/s25912755/luumrj7ko>

Experiencias profesionales del trabajo de cuidado a personas mayores ante la pandemia del Covid 19 en Buenos Aires (Argentina)

Estefanía Cirino*

Instituto de Investigaciones Gino Germani, UBA Argentina
cirino.estefania@gmail.com

Cecilia Palermo**

Instituto de Investigaciones Gino Germani, UBA Argentina
cecipalermo@gmail.com

Liliana Findling***

Instituto de Investigaciones Gino Germani, UBA Argentina
findling.liliana@gmail.com

Laura Champalbert****

Instituto de Investigaciones Gino Germani, UBA Argentina
lauratcha58@gmail.com

* Becaria doctoral por la Universidad de Buenos Aires. Doctoranda en Ciencias Sociales por la Universidad de Buenos Aires, con sede en el Instituto de Investigaciones Gino Germani. Especialista en determinantes sociales de la salud mental por la Facultad de Ciencias Sociales (UBA) y el Ministerio de Salud de la Nación. Profesora y Licenciada en Sociología por la Universidad de Buenos Aires - Facultad de Ciencias Sociales. Perteneciente al Área de Salud y Población en el Instituto de Investigaciones Gino Germani.

** Becaria doctoral UBACyT. Doctoranda en Ciencias Sociales (IIGG-UBA). Magíster en Sociología de la Cultura y el Análisis Cultural (IDAES-UNSAM). Licenciada en Sociología (UBA). Docente del seminario Trabajo de Investigación Final, de la carrera de Trabajo Social (FCS-UBA). Actualmente integra el equipo de investigación UBACyT, dirigido por Liliana Findling y Elsa López.

*** Doctora en Ciencias Sociales (UBA). Especialista en Planificación de Sistemas de Salud (Escuela de Salud Pública, Río de Janeiro) y Licenciada en Sociología (UBA). Profesora por concurso Carrera Ciencia Política, (Facultad Ciencias Sociales, UBA). Investigadora del Instituto Gino Germani. Dirige proyectos de investigación sobre políticas de salud, desigualdades en salud, cuidados y estrategias familiares.

**** Licenciada en Sociología (UBA). Consultora en Recursos Humanos y en Gestión del Capital Intelectual. Participa como asistente de investigación en proyectos Ubacyt con sede en el Instituto de Investigaciones Gino Germani (UBA). Se especializa en temas sobre envejecimientos, estrategias familiares y cuidados hacia personas dependientes.

Recibido: 03-03-21

Aceptado: 02-05-21

Resumen: El proceso de envejecimiento está estrechamente relacionado con las transiciones demográfica y epidemiológica y trae aparejado modificaciones cualitativas en la vida de las personas. El Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio implicó un cambio drástico en las prácticas cotidianas de los/as profesionales que se dedican a la atención y al cuidado de las personas mayores. El objetivo general de este artículo es analizar las experiencias y prácticas de los/as profesionales acerca de las modificaciones en su trabajo con personas mayores durante el periodo del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio en la Ciudad de Buenos Aires. Mediante un diseño exploratorio y cualitativo, se entrevistó a 26 profesionales especializados/as en la atención integral de las personas mayores de diversas disciplinas que se realizaron a través de plataformas virtuales desde abril a julio de 2020. Los resultados muestran el compromiso asumido por los/as profesionales para sostener de alguna manera las actividades con diversas estrategias virtuales para lograr empatía con las personas mayores. Sin embargo, la escasa capacitación para el manejo de la tecnología o su ausencia profundiza las desigualdades sociales para una activa participación a distancia. Llama la atención el escaso reclamo por la falta de equipamiento hacia las instituciones en las que se desempeñan estos/as profesionales.

Palabras clave: trabajo profesional de cuidado; envejecimiento; Covid 19

Experiências profissionais de trabalho de assistência aos anciãos face à pandemia de Covid 19 em Buenos Aires

Resumo: O processo de envelhecimento está intimamente relacionado às transições demográficas e epidemiológicas e traz mudanças qualitativas na vida das pessoas. A ASPO implicou uma mudança drástica nas práticas diárias dos profissionais que se dedicam ao cuidado e ao cuidado do idoso. O objetivo geral deste artigo é analisar as opiniões dos profissionais sobre as mudanças em seu trabalho com os idosos durante o período da ASPO na Cidade de Buenos Aires. Por meio de um desenho exploratório e qualitativo, 26 profissionais especializados na atenção integral ao idoso, de diversas disciplinas, foram entrevistados por meio de plataformas virtuais de abril a julho de 2020. Os resultados mostram o compromisso assumido pelos profissionais em, de alguma forma, sustentar as atividades com diversas estratégias virtuais para alcançar a empatia com os idosos. No entanto, a falta de capacitação em gestão de tecnologia ou sua ausência aprofunda as desigualdades sociais para a participação ativa a distância. Chama a atenção a escassa reclamação pela falta de equipamentos junto às instituições em que esses profissionais atuam,

Palavras chave: trabalho de cuidado profissional; envelhecimento; Covid 19.

Professional experiences of elderly care work in the face of the Covid 19 pandemic in Buenos Aires

Abstract: The aging process is closely related to demographic and epidemiological transitions and brings about qualitative changes in people's lives. The Social and Preventive Isolation implied a drastic change in the daily practices of professionals who are dedicated to the care and care of the elderly. The general objective of this article is to analyze the opinions of professionals about the changes in their work with older people during the ASPO period in the City of Buenos Aires. Through an exploratory and qualitative design, 26 professionals specialized in the comprehensive care of the elderly from various disciplines were interviewed through virtual platforms from April to July 2020. The results show the commitment assumed by the professionals to somehow sustain the activities with various virtual strategies to achieve empathy with the elderly. However, the lack of training in technology management or its absence deepens social inequalities for active participation at a distance. The scarce claim due to the lack of equipment towards the institutions in which these professionals work is striking

Key words: professionals care work; aging; Covid 19

INTRODUCCIÓN

El proceso de envejecimiento está estrechamente relacionado con las transiciones demográfica y epidemiológica y trae aparejado modificaciones cualitativas en la vida de las personas y no puede entenderse alejado de las maneras en que se lo define desde otras etapas de la vida y la forma en que se construye. Los cambios en los patrones de morbilidad y mortalidad indican que existirá una creciente demanda de cuidados de la población envejecida (Sepúlveda y Gómez Dantés, 1995).

Si bien Argentina es considerado un país envejecido desde la década de 1970 (alcanzando el 14% de la población con 60 años o más en 2010), la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) es la jurisdicción con mayor cantidad de personas mayores, casi el 22% de 60 o más años (INDEC, 2015). La estructura demográfica de la CABA de 2010 muestra un envejecimiento de la pirámide de población debido al aumento de la esperanza de vida (82 años para las mujeres y 75 años para los varones). Por el contrario, en la base de la pirámide disminuye la fecundidad. Además, se detecta una mayor sobremortalidad masculina y un engrosamiento de la población femenina a partir de los 65 años, que se profundiza luego de los 80 años.

En este contexto aparece el modelo del envejecimiento activo, el cual pretende definir esquemas más innovadores en los que la vejez es una etapa en la que las personas mayores continúan participando de la vida social:

la idea de la participación activa de los mayores como elemento esencial para fomentar la autonomía personal como libertad de decisión y acción, configuró un modelo del 'hacer' más que del 'ser', en el que hay que entrar para envejecer bien y tener acceso a la vida 'normalizada'" (Cerri, 2015: 123).

Con estos conceptos se apela a una responsabilidad individual de las personas mayores para "gestionar" su propio proceso de envejecimiento que debe ser, además de activo, positivo y exitoso.

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

Este aspecto de la reforma puede relacionarse con el concepto de "relación de servicio", ya que ésta y el servicio deben estar diferenciados. No se trata de una relación entre un usuario y un profesional y no debe dejarse de lado a la institución que proporciona el servicio, ya que afecta al profesional y al usuario (Durand, 2012).

Los efectos de la reforma en las prestaciones sanitarias condicionan la práctica de los recursos humanos en salud. La formación de dichos profesionales enfrenta varios problemas, entre ellos una expansión de la oferta, sobre todo de instituciones privadas, una escasez en las políticas de promoción de determinadas carreras de interés estratégico y una persistencia de planes de estudio tradicionales desarticulados de las cambiantes necesidades sociales (Abramzón, 2006). Estas carencias se basan en la conformación de un núcleo central de la acción colectiva que apunta a reforzar las férreas definiciones profesionales, creando por un lado una unidad que la experiencia laboral no posee y por otro, una fortaleza de las asociaciones profesionales (Dubet, 2016).

Los constantes cambios en la organización de los servicios de salud por la incorporación de nuevas tecnologías, por las nuevas demandas de la población, y por la preocupación por una gestión de calidad obligan a contar con profesionales sólidamente formados (Abramzón, 2011).

Un campo que se va abriendo progresivamente con mayores necesidades y desafíos es la atención, cuidado y prevención de la enfermedad y promoción de la salud de las personas mayores.

Los conceptos cuidar y curar tienen la misma raíz, aunque la medicina se dedicó más a curar, dejando el cuidar para las tareas femeninas y luego para lo paramédico. Lentamente el concepto salud/atención/cuidados se incorpora en los sistemas de salud intentando centrarse más en las relaciones intersubjetivas y lazos sociales (Chardon, 2019). En ese sentido, Dubet (2016) considera que el

trabajo sobre los otros implica movilización y por ello, la relación con el otro se destaca como lo mejor del oficio.

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

Cuidar en un sentido amplio requiere aprender destrezas tanto técnicas como emocionales y son aspectos atribuidos generalmente a las mujeres (Wlosko y Ros, 2018). Este tipo de saber hacer es discreto y la preocupación por el confort psicológico del otro está siempre implicada en este tipo de saber hacer (Molinier, 2018). Asimismo, dentro de esta tarea, la preocupación por el bien del otro se impone como una “postura relativista”, en la que es necesario recuperar las voces de los demás para responder a las necesidades mutuas (Ayres, Paiva y Buchalla, 1992 en Touris, 2019).

Sin embargo, las relaciones cara a cara se han modificado a partir de la incorporación de las telecomunicaciones y de internet al mundo del trabajo y afectan la relación de servicios (Durand, 2012).

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

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

Este aspecto está íntimamente relacionado con la racionalización de la organización del trabajo de los servicios que plantea Durand (2012): las actividades laborales se orientan cada vez más al sector servicios y se caracterizan por la incertidumbre. Este proceso se observa en la diferencia entre los servicios y la relación de servicios. Mientras la primera se orienta a la actividad en sí, la segunda se refiere a la relación social que se establece en esta actividad entre institución, profesional y usuario.

La epidemia de Covid 19 fue declarada por la OMS como una emergencia de salud pública de preocupación internacional el 30 de enero de 2020. En Argentina, según el Decreto 297/2020 del 19 de marzo de 2020, se establece el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) como una medida para proteger la salud pública, poniendo énfasis en que las personas mayores constituyen

uno de los grupos de riesgo de contagio. El ASPO primero se instaló como una política con una duración de 15 días, pero fue actualizándose hasta alcanzar un total de ocho meses. A partir de algunas modificaciones en el acceso y el desarrollo de ciertos servicios públicos, en noviembre del año 2020 se sustituyó el ASPO por el DISPO (Distanciamiento Social, Preventivo y Obligatorio). En este contexto, la vida cotidiana de las personas mayores se vio modificada en sus prácticas y relaciones por estas medidas. La cuarentena implicó (e implica todavía) efectos en la salud, en las relaciones sociales y familiares y en los lazos con la comunidad.

El ASPO además modificó de manera drástica las prácticas cotidianas de los/as profesionales que se dedican a la atención y al cuidado de las personas mayores.

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

METODOLOGÍA

El abordaje metodológico se basó en un diseño exploratorio mediante la aplicación de técnicas cualitativas con base en una muestra no probabilística de tipo intencional. Se elaboró una guía de pautas semiestructurada y mediante la técnica de entrevistas en profundidad se entrevistó a 26 profesionales especializados/as en la atención integral de las personas mayores en el ámbito de la CABA, indagando sobre su trayectoria laboral, los ámbitos de formación, las actividades que encaran con personas mayores, las características que asumieron esas actividades en relación con la condición del aislamiento y la recepción y participación de las personas mayores involucradas.

Las entrevistas, debido al ASPO se realizaron a través de plataformas virtuales desde abril a julio de 2020. Fueron grabadas y desgrabadas, y se solicitó un Consentimiento Informado que fue enviado vía mail. Las entrevistas fueron analizadas por un procesador de texto cualitativo y, teniendo en cuenta la confidencialidad y el anonimato, se modificaron sus nombres reales.

Las 26 personas entrevistadas son profesionales que, desde diversos ángulos, se ocupan o atienden adultos/as mayores en la actualidad. Detentan grado universitario y, en general, han cursado especializaciones (ya sea en residencias hospitalarias o en diplomaturas y maestrías). Si bien tienen en común el tema

¹ Proyecto Ubacyt 2018-21 “Políticas de cuidado de personas mayores en Argentina, Uruguay y España. Percepción de la calidad de vida, itinerarios terapéuticos y perspectivas de los profesionales”.

del envejecimiento, su formación de base es sumamente variada y abarca un espectro amplio de profesiones relacionadas con el bienestar físico y mental. Se entrevistó a: 6 geriatras (5 varones, una mujer), 5 licenciadas en psicología, 3 kinesiólogas, una licenciada en comunicación social, una fonoaudióloga, una abogada, una profesora de historia, una terapeuta ocupacional, un licenciado en enfermería, una licenciada en nutrición, una licenciada en trabajo social, 2 licenciadas en trabajo social y psicólogas, un licenciado en filosofía, un licenciado en producción y dirección audiovisual y una licenciada en ciencias de la educación. La mayoría supera los 50 años de edad (19) y priman las mujeres (18).

Muchos/as se desempeñan en el ámbito público (14): por ejemplo en la Obra Social Pami ya sea en clínicas prestadoras y organismos del INSSJP, centros de día, hospitales o secretarías del gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Varios/as, a su vez, son docentes universitarios y, en algunos casos, ejercen también su profesión de manera independiente.

En el espacio privado dos geriatras dirigen sus propias instituciones (geriátrico y centro de rehabilitación), otro médico suma a la función pública un consultorio en CABA para medicina geriátrica privada y, un cuarto médico investiga sobre la problemática de la vejez y se dedica a divulgar este tema; una de las kinesiólogas creó un equipo de atención domiciliaria que coordina y administra privadamente. Una psicóloga trabaja como acompañante terapéutica en forma autónoma para una consultora que convenía con un hospital privado y, por último, tres profesionales se desempeñan -o se han desempeñado- en organizaciones de la sociedad civil pertenecientes a la comunidad judía. Los/las que se desempeñan en el ámbito público trabajan en relación de dependencia, sin embargo, algunos/as son monotributistas y perciben honorarios por su trabajo en Pami o en consultoras. Sólo una profesional ejerce *ad honorem* como tallerista en un hospital público. En el ámbito privado hay diversas relaciones laborales. Salvo aquellos que poseen clínicas propias, muchos perciben honorarios por sus tareas docentes o relativas a la atención de la salud. Así, se detecta cómo los/as profesionales se insertan en diversos ámbitos. Complementan su trabajo entre el ámbito público y privado a partir de diversas modalidades de trabajo que, en parte, son efecto de las reformas en el sistema de salud y de la relación de servicios (Belmartino, 2009 y Durand, 2012).

RESULTADOS

Trayectoria profesional

La mayoría de los/as entrevistados/as atribuye el origen de su trabajo con personas mayores al azar ya que, hasta ese momento, no se habían capacitado en temas de vejez. Es interesante en ese sentido citar a Dubet (2016) que plantea que los profesionales que trabajan sobre otros lo hacen por un salario, pero a la vez todos buscan una forma de realización personal. Considera que la auten-

ticidad y el compromiso subjetivo son esenciales para su actividad. Además Dubet (2016) indica que no se puede promover a los otros como sujetos si ellos mismos no lo son. La desaparición de la vocación “sagrada” no provocó un vacío, al contrario provocó búsquedas de realización personal.

Muchos/as entrevistados/as que trabajan con personas mayores explican que, en realidad, el rumbo profesional fue determinado por el primer trabajo remunerado que obtuvieron: “Fue la única opción laboral que encontré al recibirme y me sentí cómoda” (Susana, Lic. en Trabajo Social); “estuve haciendo tareas varias, pero luego me asignan a la dirección ejecutiva y me dan la posibilidad de hacer una maestría con orientación gerontológica” (Diana, Psicóloga).

El desempeño laboral en sus inicios también ha incidido en los que, más tarde, serían geriatras. Eduardo, recién egresado como médico hizo una residencia en Medicina Interna en un hospital que se especializó en Geriatria y Gerontología. Algo parecido le sucedió a Mario:

hice mi experiencia en el Hospital en medicina interna y reumatología (...) pero me empieza a interesar la gerontología porque veía muchos pacientes con dificultades para caminar y patologías como diabetes, hipertensión, obesidad, sedentarismo que es un poco lo que acelera, no el envejecimiento, sino la pérdida de funcionalidad.

En otros casos y también de manera fortuita, la actividad profesional está estrechamente ligada a los avatares del trabajo remunerado y a su continuidad. Como revela Marisa (Kinesióloga) “el Hospital quiebra, lo expropián y pasa a ser de PAMI.... y tuve que atender a personas mayores”, o es la confluencia de evolución profesional y de una etapa personal que se transita, tal como confiesa Rita (Fonoaudióloga) “yo trabajo en el Cesac del Área programática del hospital, en algún momento de mi mediana edad, vi que era grande para trabajar con niños... me metí con los adultos mayores en forma muy natural”.

Menos son los/as profesionales que manifiestan una inclinación hacia las personas adultas mayores al elegir la carrera de grado o a la hora de comenzar su ejercicio. Sin embargo, es interesante observar que la elección está motivada por el contacto previo y, en general, satisfactorio con este grupo etario. Según Dubet (2016), la fórmula más banal sugiere que para hacer este tipo de trabajo se requiere tener cierto tipo de personalidad para brindar “carga afectiva”.

Lara, Terapeuta Ocupacional, ingresó en la Facultad “sabiendo que quería trabajar con personas mayores” porque ya estaba “encaminada” en el área de recreación en geriátricos. Paula (Psicóloga) orientó su especialización porque supo que deseaba dedicarse a adultos/as mayores “desde siempre, ya que en mi familia estuve rodeada de mis abuelos y bisabuelos”; y Susana (Psicóloga) vislumbró una vocación durante la cursada de la materia Envejecimiento en la Facultad: “me gustó mucho la propuesta que tenía la cátedra de Tercera Edad todo un descubrimiento para mí”. También Lía (Ciencias de la Educación) advierte la influencia del vínculo con la gente mayor en sus primeras búsquedas de inserción profesional: “yo fui formada básicamente y educada por mis abue-

los maternos [...] y se me ocurre con una amiga armar un equipo de acompañantes gerontológicos, entonces consideré que me tengo que formar”.

Si bien en general el trabajo del cuidado tiende a contar con una mayor presencia femenina, que se correlaciona con la muestra relevada, algunos hombres han decidido encarar esta tarea. Gustavo decide su futuro como geriatra al recibirse de médico “por una cuestión de buena relación con los pacientes añosos” y Damián, también geriatra, confiesa “tiene mucho que ver el haber conocido a bisabuelas, a mis cuatro abuelos”. Ambos también entrevistaron “que lo que venía eran las personas mayores” (Damián); “Fue una cuestión de análisis sobre cómo la población iba envejeciendo” (Gustavo). En estos casos la profesión de base es medicina, aspecto diferente al de las mujeres, entre las que se observa una mayor diversidad de profesiones asociadas al cuidado.

En el caso de Carola (historiadora) se comprueba un viraje en su profesión: entrevistaba a personas mayores “porque eran los que nos podían contar la historia oral”; luego abandonó esta tarea porque “ya no aguantaba más tener nada con viejos”. Sin embargo, unos años después, realizó un profesorado de tai chi y, a partir de esta nueva especialización, la primera oportunidad laboral que se le presentó fue el armado de talleres de movimiento para personas mayores.

En algunos casos, los/as profesionales entrevistados/as llegan a desempeñarse con este grupo etario luego de ejercer con niños personas que padecen algún tipo de discapacidad, tal como señala Cristina “Antes de recibirme en la UBA empecé trabajando como acompañante terapéutica para niños con problemas de aprendizaje o alguna discapacidad física”; Marisa (kinesióloga) cuenta “empecé mi recorrido en todo lo que tiene que ver con el área de neuropediatría y discapacidad y estimulación temprana”, y Rita (fonoaudióloga) trabajó desde “jovencita” en la rehabilitación del habla.

La mayoría de los/as entrevistados/as delineó su recorrido profesional evaluando sus propios déficits de conocimiento sobre personas mayores, buscando y solventando con sus propios medios estudios más avanzados en un panorama de oferta muy limitado. Son pocos los que no completaron formalmente estudios de posgrado, aunque los iniciaron o hicieron cursos alternativos. En el desarrollo de la carrera de los/as entrevistados/as más jóvenes se puede apreciar que la gerontología gana terreno propio desde la formación de grado.

¿Cuáles son las áreas de trabajo de los profesionales?

Así como las carreras de grado son diversas, las actividades que realizan los/as profesionales en la atención y cuidado de adultos mayores cubren también un espectro variado de áreas de trabajo que, en los últimos años, se ha ido ampliando en función del reconocimiento de las necesidades y de los derechos de las personas mayores.

Algunos/as se dedican a atender cuidados de larga duración (en servicios de salud públicos, privados o de obras sociales) y otros/as llevan a cabo activida-

des que fomentan el envejecimiento activo y saludable a través del desarrollo de talleres y encaran programas en distintos organismos públicos (hospitales o secretarías del gobierno de la Ciudad de Buenos Aires), Obras Sociales (PAMI a través de Centros de Jubilados o en sus servicios) o empresas que tercerizan servicios.

Puede detectarse que las primeras camadas de profesionales, autodidactas en su mayoría, fueron -y son- impulsoras de las transformaciones y avances. Como reconoce Diana, psicóloga, refiriéndose a su trabajo “somos un servicio preventivo y trabajamos más en función de lo social, de fomentar las redes y de la prevención de las pluripatologías, así por ejemplo hago grupos de trabajo o grupos de reflexión con personas adultas mayores con obesidad mórbida”. Además, se encaran talleres de movimiento, chi kung, yoga, newcomb, prevención de caídas, prevención de deficiencias cognitivas, radio, mindfullnes, nutrición, autocuidado de la salud y memoria, entre otros.

¿Qué caracteriza la actividad de los/as profesionales? El trabajo en equipo e interdisciplinario es una modalidad ampliamente extendida. Precisamente, como geriatra Mónica es contundente “No se puede hacer geriatría sin gerontología”. José se expresa en el mismo sentido “No nos olvidemos que la geriatría tiene un poco de todo, trabajamos mucho con la interdisciplinariedad” y otro colega, Gustavo, resalta la importancia de esta característica del trabajo para el bienestar del paciente añoso:

Empiezan a aparecer algunas carreras profesionales que comparten con la medicina el equipo terapéutico, que son las terapias ocupacionales, psicoterapia, educación física, el kinesiólogo, la psicóloga, entonces se empieza a armar un grupo interdisciplinario que hace que el paciente mejore notablemente.

En este estilo de trabajo subyace la convicción que el tratamiento de tipo interdisciplinario redundará en beneficio del usuario. Para los/las profesionales, esta práctica también optimiza el propio ejercicio profesional. Se detecta que el trabajo en equipo coordinado es una modalidad inherente al cuidado de las personas mayores. En ese sentido es imprescindible relacionar los procesos de formación al mundo de las prácticas en los propios contextos de la acción (Abramzón, 2011).

El trabajo de los/as profesionales durante el ASPO

Virtualidad como estrategia de continuidad

El contexto de pandemia por Covid 19 ha alterado aspectos de la esfera laboral de los/as profesionales entrevistados/as. La virtualidad se hizo presente en varios de los relatos, como la principal estrategia para sostener actividades y vínculos con las personas mayores. A continuación se analizan de manera preliminar las diferentes dimensiones que la atraviesan: la capacitación -orientada a otros profesionales y a su formación, como también a las personas adultas ma-

yores en relación al uso de tecnologías; el sostenimiento de actividades, talleres y terapéuticas; la importancia de continuar y fomentar los vínculos afectivos y, por último, las dificultades a la hora de implementarlas.

La capacitación profesional en cuidados, en algunos casos, no se ha visto interrumpida sino trasladada al ámbito de la virtualidad: “nosotros también nos virtualizamos [...]. La formación de cuidadores con la pandemia, explotó. Tenemos los zoom y una plataforma con todo el material. Lo que antes era un docente en clase, ahora es un cibernético” (Lucía, abogada). Asimismo, esta estrategia es utilizada para sostener el trabajo en red entre profesionales: “mantenemos nuestras reuniones mensuales de red por zoom y cotidianamente nos escribimos por WhatsApp. [...] siempre sosteniendo nuestra labor gerontológica bajo el lema “aislados pero en red” (Paula, psicóloga). Consecuentes con la postura que asumieron en su labor con personas mayores desde mucho antes de la pandemia, los/las profesionales mantuvieron la interdisciplinariedad a rajatabla como la mejor herramienta de cuidado.

Por otra parte, y para mantener los vínculos ya establecidos, a los/las profesionales se les planteó el principal desafío: cómo explicarles el funcionamiento de las plataformas virtuales propuestas. En general, dicha tarea queda bajo la órbita y voluntad de los/as profesionales que no contaban con lineamientos o estrategias institucionales previas. Tal es el caso de Carola (profesora de tai chi) quien antes de la pandemia promovió un taller de movimiento por redes sociales, y para ello contó con la ayuda de una persona joven “que quiso enseñarles a mis alumnas a manejar el celular”. Esta nueva modalidad no tan conocida hasta la pandemia, provocó una desigualdad en el acceso a la tecnología y no favorece la relación de servicios. En los casos de las personas mayores, tal desigualdad se manifiesta al no tener acceso a los recursos tecnológicos, a desconocer el funcionamiento de los mismos, y a no contar con una red familiar o afectiva que facilite el acceso. En lo que se refiere a las instituciones, la capacitación para mejorar la relación de servicio es provista por personas jóvenes más habituadas al uso de la tecnología.

Otra entrevistada hace uso de la plataforma que brinda el GCBA para realizar talleres, y advierte que tiene 80 personas inscritas pero participan solamente 35. Si bien las personas asisten a las actividades en las que se deben ingresar a la plataforma y escuchar, las dificultades se presentan en aquellas que involucran interacción, por ello fue necesario invertir tiempo del taller en la capacitación de los/as asistentes:

yo cada clase tengo que hacer visibles los contenidos, comparto pantalla, y perdí parte de mi tiempo en enseñar la parte técnica de la clase para hacerles el pase por la plataforma, porque fue ineficiente el GCBA que se tenía que encargar o enseñarles, no lo está haciendo de manera exitosa, ni van a estar ni están disponibles para eso, entonces los profes nos tenemos que ocupar de eso (Raquel, trabajadora social y psicóloga).

Por último, algunos circuitos administrativos se vieron trasladados al ámbito virtual, como en el caso de las recetas para medicamentos, y se hace necesario capacitar sobre estas nuevas modalidades. Al respecto, un profesional indica que “el abuelo estaba acostumbrado a recibir la receta de papel y hoy no se hace más, no es posible y todo tiene que ser por vía electrónica, entonces en la mayor parte de las consultas, le tengo que explicar que la receta está en la farmacia, hasta que comprende mínimamente como es el sistema y va a los ponchazos haciendo su propia experiencia” (Eduardo, geriatra).

Este relato demuestra la existencia de una brecha de saberes y capacidades tecnológicas, que podría estar asociada a la edad. Una vez superada la capacitación, la virtualidad resultó ser una estrategia viable para sostener actividades y talleres. Una de las entrevistadas afirma que:

apelo a la virtualidad que esté al alcance (el zoom, el Google Meet, el WhatsApp) o simplemente las llamadas telefónicas, tratamos de mantenernos conectados con las personas mayores y de continuar con las actividades de estimulación de actividad física, de memoria, de prevención de caídas y promoción del autocuidado como de reflexión entre otras (Paula, psicóloga).

Asimismo, otro profesional refiere que “el trabajo que hacíamos en forma presencial [taller de radio], lo hacemos por WhatsApp [...] hicimos una actividad de comunicación con ellos, los convocamos para que a través del WhatsApp puedan expresarse y contar algo de ellos y algo de este momento de pandemia, así que hicimos un collage sonoro” (Ricardo, Licenciado en Producción Audiovisual).

Del mismo modo el ASPO ha permitido continuar con determinadas terapéuticas:

(...) los que tienen que hacer tratamiento, los que sí o sí iban a empeorar imagnate, encerrados y sin hacer nada y solos, hablo con la familia y les mando los cuadernillos de ejercicios, los hijos se los imprimen, se los dejan a los padres y a través del celular, hago una video llamada y veo el cuadernillo que hacen (Carola, Profesora de Movimiento).

Resulta interesante la advertencia de una profesional que, si bien ha decidido realizar seguimientos por canales virtuales, hace foco en brindar información para la vida diaria:

(...) con los pacientes que ya tenía de alta, hice un seguimiento, llamando a cada uno, cada quince días, para ver cómo se encontraban y darles pautas de cuidado, porque otra cosa de la que me preocupaba era el acceso a la información, hay mucha información errónea circulando, que en realidad confunde más que dar soluciones, darles herramientas prácticas de cómo cuidarse, cómo prevenir, ¿no? que sea cuidado y no tenga temor (Pía, kinesióloga).

A partir de los relatos de los/as entrevistados/as, se identifica que quienes realizan talleres o actividades grupales han podido adaptarlas a la nueva modalidad

virtual. Para quienes realizan actividades asistenciales, no siempre fue posible continuar con la modalidad de trabajo.²

Por último, la virtualidad puede constituir también una manera que permite sostener y generar vínculos, revelando la clave afectiva que atraviesa las labores cotidianas no sólo entre profesionales y usuarios/as, sino también entre éstos últimos. Al respecto, una de las entrevistadas afirma:

(...) lo que me agradecen es la comunicación entre ellos que se ha generado, ese sostén (...). Armos un grupo de WhatsApp para el cuidado y otro grupo que es de pacientes con inestabilidad, ahí una de las pacientes es receptora y yo a través de ella voy mandando sugerencias, de todo, porque no solamente desde lo terapéutico, sino también desde lo humano, de poder estar cerca (Mariela, kinesióloga).

A partir de ello, se han consolidado vínculos de complicidad:

(...) yo estoy en contacto diario con mucha gente que llamo a través del taller del Hospital, me dicen cosas que no les cuentan a sus hijos, dicen “mirá ayer me fui a dar la vuelta a la manzana [...]. Son adultos, el hijo lo cuida con amor, pero la realidad es que uno a los 70 decide, sabe, si estás lúcido, no necesitás que nadie te ponga en penitencia en tu casa, hablan conmigo de cosas que no hablan con los hijos” (Rita, fonoaudióloga).

En este sentido, y resaltando el valor de dicha estrategia en el sostenimiento de vínculos afectivos, una de las entrevistadas afirma:

Descubrí que la afectividad traspasa la pantalla, que hay estrategias que se pueden utilizar, muy simples [...] yo envío material de lectura para después trabajarlo con los pacientes en el zoom, hacemos clases de movilidad, creí que no iban a engancharse, ese era mi mayor temor, porque les suena tan ajeno la tecnología y sin embargo estoy fascinada, realmente descubrí una herramienta nueva (Pía, kinesióloga).

El trabajo que desarrollan estos profesionales implica comprar tiempo de trabajo (más allá de la actividad que realizan), que es común a todos los trabajos de servicios. Este tiempo, que implica una relación entre sujetos, se modificó por el paso del trabajo presencial a la virtualidad, volviendo difusos los límites entre el trabajo y el resto de las actividades. Las estrategias que los/as profesionales desarrollan se invisibilizan y consumen muchas horas. La racionalización de los servicios como proceso de fragmentación e incertidumbre tiene una incidencia mayor en las relaciones laborales atravesadas por la virtualidad (Durand, 2012).

Entre las profesiones³ que investiga Dubet (2016), está presente el debate sobre la distancia entre la formación y la cualificación, por una parte, y la experiencia profesional, por la otra. Si bien algunos/as profesionales de esta muestra tienen cierta autonomía en su trabajo, otros son sometidos a un control jerár-

² Profundizaremos en esta dimensión en la sección de Obstáculos.

³ Entre ellas, trabajo social, enfermería, formadores de adultos, maestros, mediadores.

quico. Por otro lado, en estos ámbitos el trabajo prescrito y el trabajo real tienden a distanciarse cada vez más: los/as profesionales realizan tareas que son necesarias y demandadas por los/as usuarios/as pero que no forman parte de lo que deberían hacer. El trabajo de los otros se vuelve difícil de objetivar. El proceso de reconocimiento profesional, medido a partir de los otros, se transforma en fundamental e inagotable (Wlosko y Ros, 2018; Durand, 2012; Dubet, 2016).

Esta tarea que desempeñan los/as profesionales puede relacionarse con el concepto de responsabilidad de Gilligan (1982)⁴ asociado al rol de los actores morales a través de sus relaciones de interdependencia. En ese sentido se reconoce la necesidad de incorporar la dimensión afectiva y subjetiva en los análisis vinculados al campo de la salud y el cuidado (Touris, 2019) que contempla, además, las expectativas y deseos de los/as usuarios/as. Este tipo de trabajo sobre los otros, en términos de Dubet (2016), implica también un trabajo sobre uno mismo, en tanto “el trabajo sobre los demás se presenta como una actividad crítica y como una actividad ética de definición continua de los otros y de uno mismo, sin dejar de estar cada vez más apresada en la vida y en las redes de organizaciones complejas” (Dubet, 2016: 346).

Obstáculos y recepción de los/as usuarios/as ante las actividades virtuales

Con respecto a la continuidad en la participación se presentaron determinadas barreras relacionadas con las características del trabajo diario y también con el “paso obligado” a la virtualidad que debieron llevar a cabo los/as profesionales. Teniendo en cuenta la diversidad de profesiones y espacios en los que se desarrollan actividades orientadas a personas mayores, existen prácticas laborales que se encuentran más precarizadas que otras. Específicamente las que se relacionan más al cuidar, que al curar. Es decir, aquellas orientadas al envejecimiento activo.

A partir del ASPO las actividades se trasladaron al plano de lo virtual pero la pandemia evidenció desigualdades, muchas veces invisibilizadas, por las que atraviesan las personas mayores, específicamente asociadas al acceso a la salud y al cuidado. En los relatos de los/las profesionales aparecen diversas situaciones que funcionaron como barreras para la participación y permanencia de las personas mayores en las actividades. Uno de los mayores obstáculos fue el manejo de la tecnología. En este sentido Ricardo (licenciado en producción audiovisual) consideró que:

⁴ En su texto *In a different voice* (1982), Carol Gilligan plantea la existencia de dos tipos de moral, una de carácter femenina y otra de índole masculina. La primera referiría a una ética basada en experiencias cotidianas e individuales, relacionales y sentimentales, mientras que la segunda estaría ligada a la racionalidad, la justicia, lo universal. Si bien estas afirmaciones han sido criticadas posteriormente, han sido útiles para visibilizar cómo el desarrollo personal y social de la moral se relaciona directamente con la construcción de los roles de género.

Ahora con la pandemia se presenta un inconveniente: el poco conocimiento que ellos tienen de las tecnologías. Entonces me pongo a explorar a ver qué tecnologías conocen mejor, y lo que mejor manejan es el correo electrónico y el teléfono celular y les propuse hacer un taller de radio virtual. Ellos manejan muy bien el tema del WhatsApp, de hecho ya lo venían manejando, porque mandaban mensajes de voz a los otros compañeros, a la familia, entonces estaban muy familiarizados.

El uso de tecnologías entre las personas mayores –según la visión de los/las entrevistados/as– no se inició con el ASPO, sino que en general ya se utilizaba, y en este contexto, se afianzó y profundizó. La familia aparece como un actor al que se puede acudir en busca de ayuda para el manejo tecnológico pero dicha colaboración no es frecuente. En este mismo sentido, Susana afirma que los pedidos de ayuda a familiares se realizan para situaciones que requieren una urgencia, y no para la comprensión de algunas de las plataformas propuestas por los profesionales: “En este momento de virtualidad, son pocos (4 de 70) los que recurrieron a un familiar para aprender a utilizar el zoom. En cambio, son más de la mitad (40 de 70) los que recurren a los familiares para realizar pagos de manera virtual” (Susana, licenciada en trabajo social). La incorporación de la tecnología en la cotidianidad de las personas mayores, generó algunos obstáculos en relación a su uso, pero también fomentó prácticas de solidaridad intrageneracional:

Creemos que es cuestión de tiempo, que se familiaricen con la plataforma, que le pierdan el miedo, que se desestresen. Si nosotros que somos los docentes, yo les digo, yo también soy una persona mayor, hay que animarse, Se da una cosa muy interesante entre ellos, tienen diálogo, los que entienden más les explican a los que entienden menos (Raquel, trabajadora social y psicóloga).

Esta solidaridad entre pares muestra la necesidad de entender el envejecimiento activo como un proceso asociado a la interdependencia o a la autonomía relacional. Raquel puede confirmar a través de su práctica diaria la conformación de estas relaciones que forman parte del trabajo del cuidado.

Los/as profesionales afirman que el mayor obstáculo está en el acceso a dispositivos adecuados o conexiones ágiles. Ana indicó que, en el programa en el que trabaja, se buscaron estrategias para que las personas mayores pudieran seguir accediendo a los servicios que se les ofrecían antes del ASPO:

Nosotros armamos una red en los Centros y los casos críticos, están asistidos y vamos con otros compañeros a entregarles unas bolsas con alimentos de acuerdo al apremio económico, eso no resuelve todo, porque hay viejos que viven en una condición tan precaria. Estamos tratando de constituir grupos de WhatsApp, al principio eran muy pocos ahora son algunos más, muy pocos que se pueden conectar a zoom y participar de actividades, otros tienen buenos dispositivos pero no tienen conectividad, así que la situación es muy variable, y sabemos que nos esperan muchos meses por delante, tratamos de no frustrarnos y de apostar a que hay mucho por hacer (Ana, psicóloga).

Las dificultades asociadas a la disponibilidad de los elementos necesarios por parte de los/as profesionales, tales como computadoras, celulares y conectividad también se detectan en los discursos de otros/as profesionales. Así una de las entrevistadas relata que se ocupó de investigar qué red resultaría más sencilla para los asistentes a sus talleres, y finalmente armó el perfil de Facebook para sostener las actividades, a pesar de que no era usuaria de dicha red. Otra profesional menciona que “hacía llamadas virtuales, eran ratitos de 10 minutos, pero era a través de las enfermeras con sus propios celulares, hasta que la institución puso un celular para que pudiéramos comunicarnos” (Cristina, acompañante terapéutica).

La desigualdad en las condiciones socioeconómicas y el encierro repercutieron en la salud mental de las personas mayores. Rita comentó que la situación de depresión está relacionada directamente con la cuarentena, y que las actividades dedicadas al fomento del envejecimiento activo son una “ayuda” pero no alcanzan para mejorar la calidad de vida: “En este momento, con la pandemia, la psiquiatra, la psicóloga no dan abasto, con las llamadas de pedidos de atención, la gente está encerrada, deprimida, se está enfermado, me han pasado varios pacientes para que les cambie un poco la cabeza, quizás con un cuadernillo de ideas de pensar” (Rita, fonoaudióloga).

Incluso los/as profesionales tuvieron que sortear obstáculos al trabajar con las plataformas y debieron modificar la forma de trabajo habitual: se refieren a cambios en los horarios, en los tiempos de trabajo virtual cuyos límites no son claros y en la interacción con el otro. Carola comentaba: “porque en realidad yo trabajaba dos veces a la semana en el hospital, hoy agarré el celular, a las 7, mandé un buen día y dura todo el día y tengo seis grupos y además doy clases virtuales porque tengo que seguir viviendo” (profesora de historia y de movimiento).

La carga mental (Julve Negro, 2016) que provoca este tipo de trabajos de cuidado (y por lo tanto de servicios) se ve acrecentada en la virtualidad. Los/as trabajadores/as se comprometen, por convicción, al desarrollo de este trabajo, como una experiencia que muchas veces no es reconocida en la relación de servicios.

Para quienes conservaron cierta presencialidad, como es el caso del personal médico, debieron cambiar y cubrir cargos a partir de la reorganización del sistema de salud por el Covid:

“todos los médicos clínicos hacen Covid, entonces surgió la necesidad de abrir una sala de clínica médica, no Covid y no había médicos y me dijeron si podía ir a hacerme cargo de esa sala, entonces estamos las geriatras haciendo clínica médica no Covid, les hago un gran favor al hospital, porque hay muchos médicos que se negaron a hacerlo” (Mónica, geriatra).

Al mismo tiempo, han señalado que la distancia y la falta de contacto físico tienen sus implicancias en los modos de atención, que replican o intensifican prácticas deshumanizantes:

“justificamos a través del Covid, que no tocamos, no nada al paciente [...] ya no ingresa más nadie a la institución [...] hoy se volvió mucho más fría la atención al paciente, toda esa cuestión afectiva, olvidate, no existe. Vos venías luchando, hoy es como que retrocedí quince casilleros, todo lo justificamos con el COVID” (Darío, enfermero).

La virtualidad –si es accesible– puede no ser un obstáculo a la atención, sin embargo, en sí misma tiene límites; si bien hoy se mantienen las consultas, y varias actividades pueden desarrollarse virtualmente, los/as profesionales necesitan del “cara a cara” para desarrollar su actividad laboral:

[A partir del Covid] Esto se complicó porque atender por videollamada, yo lo hago a cotidiano cuando son pacientes autoválidos. Pero estamos en problemas, porque por ejemplo una valoración gerontológica, no la puedo hacer en forma virtual, entonces, a veces, un paciente de primera vez o con patologías severas los tengo que ver en el consultorio, no son muchos (José, geriatra).

En la misma línea, los/as profesionales han señalado dificultades a la hora de abordar dicha modalidad en personas que transitan estados de salud complejos. En ocasiones, el teléfono resulta un medio poco adecuado para la atención de esta población. Al respecto, una entrevistada señala: “Con otras pacientes empecé teniendo contacto, lo que pasa que como es una patología muy compleja, no querían hablar por teléfono, me comunico a veces con hijos, pero no es lo mismo” (Cristina, acompañante terapéutica). En relación con ello, un entrevistado menciona las dificultades para comunicar informes por dicho medio:

“me cuesta mucho cuando doy los informes telefónicos que el familiar del otro lado de la línea tome real conciencia de lo que le estoy diciendo y que pueda imaginar en qué condición está su papá o mamá. Entonces, muchas veces nos piden que le saquemos una foto y mandársela, es una manera de relacionarse y lo tenemos que hacer” (Edgardo, geriatra).

En algunos casos, ha sido necesario retomar la modalidad presencial: “muchos han decidido tener, lo que se llama directamente la burbuja de atención de internación hospitalaria, donde hay dos cuidadoras que asisten, o cuidadores que asisten durante el día y yo les dejo indicaciones” (Pía, kinesióloga).

Finalmente, algunos/as profesionales se quejan por el modo en que los medios de comunicación se refieren a las personas mayores durante el aislamiento y la forma en que los decisores gubernamentales encararon ciertas políticas restrictivas y se recalca la ausencia de la voz de los involucrados en la implementación de acciones orientadas a este grupo social:

“Hay una estadística del GCBA donde las personas mayores saben de qué se trata [el Covid], saben cuidarse, no quieren ser infantilizados y señalan al Gobierno y a los medios de comunicación que jugaron un rol muy importante y es terrible, no tienen idea de lo que es una persona mayor, te ponen anciano, el abuelito” (Damián, Geriatra); “Y nosotros consideramos que los viejos respondan a sus voces, a su figura conocida de los equipos de trabajo y menos a la cosa tan impersonal que es un voluntario que les va a asistir, porque él también siente mucho temor y desconfianza” (Ana, psicóloga).

El cuidado al que Damián se refirió también aparece en otros relatos, como en el de Renata, quien refiere que las personas mayores desarrollaron estrategias de cuidados desde antes de la aparición del Covid, y que muchas veces sus decisiones se ven coaccionadas por las opiniones de sus hijos:

En los últimos años las personas mayores se cuidan, creo que es un núcleo resiliente que se cuida y tiene una capacidad de reacción muy grande, porque ya la pasó en su vida y te dice, “no mi hijo no me deja, no, no, porque mi hija me mata, ah no, no, porque...” Entonces, hay como cierta anulación de la autonomía porque aunque lo haga porque quiere, está como pensando que lo hace, que si lo hace la hija la reta (Renata, trabajadora social y psicóloga).

En este sentido, las medidas del ASPO favorecieron e incrementaron lo que Renata llama “anulación de la autonomía” por parte de algunas familias. La escasa posibilidad de socialización e interacción social demuestra tener consecuencias graves y se desconoce qué otras y de qué tipo podrían presentarse a largo plazo:

hay gente que dice, “mirá si me tengo que morir en un mes, me muero, pero no morirme dentro 6 meses solo estando adentro de mi casa”, me parece que hay que escuchar, esa cuestión y, al contrario, no hay que responsabilizarlo, se hizo, eso, responsabilizar a las personas mayores, cuando en realidad son las víctimas. En la toma de decisión primero tenés que escucharlos y segundo tenés que comprometerlos en la respuesta, que se hagan partícipes (Damián, geriatra).

Algunos/as profesionales enfatizan la situación de las personas mayores dependientes con discapacidades cognitivas, quienes han sufrido retrocesos en sus trayectorias de salud debido al corte abrupto en sus tratamientos: “Lo que noto mucho, de las mayores complejidades, son los pacientes que estaban en inicio de deterioro cognitivo, que esto sí ha avanzado exponencialmente. Creo que ha evolucionado mucho más rápido hacia la demencia, eso es un tema que creo que vamos a tener que evaluar en el futuro” (Pía, kinesióloga).

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

Mi grupo, rápidamente armó un grupo de WhatsApp y empezamos con los talleres por WhatsApp, tenemos 9 personas que manejan el zoom, directamente ellas y los otros lo hacemos a través de los hijos. Tenemos un montón de talleres, casi todos los que tenían en el centro y es un grupo que no para, he llegado a contar un promedio de 250 mensajes diarios [...] comunicación continua, vos escuchabas a las once y pico que sonaba el WhatsApp, que era de ellas y siguen teniendo recreación, música, taller de memoria, plástica (Silvina, Psicóloga);

hay dos profes de Educación Física, una es recreóloga y dos profesoras de tai chi, ellas arman grupo y nos funcionan de soporte, ahora a través de esos grupos empezamos a contactarnos, paciente por paciente, hicimos tutoriales, los martes hay una actividad abierta grupal junto con el servicio de gerontología, que se llama, compartiendo nuestros sentires en cuarentena, que también se da por plataforma zoom (Diana, psicóloga).

Los relatos de Silvina y Diana, además de mostrar un beneficio para los/as profesionales, también evidencian la necesidad de participación y apropiación de estos nuevos espacios de parte de las personas mayores. Tal como comentó Eduardo (geriatra): “nada los detiene a los abuelos, no hay cosa más grandiosa que un abuelo determinado a hacer algo”. Lo llamativo en el relato es la forma en que dicho profesional nombra a las personas mayores, utilizar el concepto “abuelo” demostraría la existencia de ciertas denominaciones algo arcaicas que se instalan incluso entre las personas formadas y con experiencia en el campo del envejecimiento. La búsqueda y demanda de una mayor formación continúan configurándose como pilares dentro de las profesiones que trabajan con personas mayores.

CONCLUSIÓN

En los relatos se observan diferencias entre dos tipos de profesionales que encarar actividades. Por un lado, quienes fomentan el envejecimiento activo y que, de alguna u otra manera, pudieron continuar con los diversos talleres y adaptarse a la virtualidad. Por otro lado, los que se dedican al trabajo terapéutico-asistencial (consultas médicas, controles de salud, prevención), ya que la pandemia impidió continuar con las consultas presenciales habituales.

El trabajo del cuidado, tal como lo sostienen Wlosko y Ros (2018), requiere habilidades no sólo técnicas sino emocionales: afecto, comprensión, escucha, diálogo y compasión. En ese sentido, la mayoría de los/as profesionales han paliado la ausencia de las actividades presenciales con diversas estrategias virtuales para lograr sostener una relación empática con las personas mayores. Asimismo, estas estrategias buscaron superar el obstáculo de la no disposición de la relación cara a cara, manteniendo espacios que propiciaran la afectividad, la reflexividad y lo sensible (Durand, 2012). Sin embargo, la escasa capacitación para el manejo de la tecnología o la ausencia de celulares o computadoras profundizó las desigualdades sociales para una activa participación a distancia. Se trata de asumir la responsabilidad moral del cuidado tal como lo plantea Gilligan (1982) y compatibilizarla con las posibles tareas concretas (Borgeaud Gardiandía, 2020).

Resulta llamativo el escaso reclamo por falta de equipamiento hacia las instituciones en las que se desempeñan estos profesionales, principalmente porque se han utilizado recursos propios. Esta actitud podría asociarse a una relación de servicio orientada hacia otros, en donde el/la profesional se responsabiliza por el funcionamiento eficaz del servicio en detrimento del accionar de la institu-

ción. En este sentido, se desdibuja la “singularidad de la experiencia de trabajo” (Dubet, 2016) de la objetividad de las instituciones.

Los/as profesionales no han manifestado haber recibido ofertas de recursos para ambientar su espacio doméstico para el desarrollo del trabajo en pandemia. En este sentido cabría la posibilidad de preguntarse la manera en que las instituciones (tanto de carácter público como privado) priorizan el trabajo del cuidado. Aunque el trabajo virtual desarrollado durante el 2020 (y que continúa en este año) no se valore demasiado, en el caso del trabajo del cuidado aparecen complejidades propias ya que varias actividades se realizan *ad honorem* o están precarizadas. En general (y no es sólo por la pandemia) no se prioriza el trabajo virtual y menos aún en aquellas tareas que fomentan el envejecimiento activo y que forman parte del cuidado de las personas mayores.

Las prácticas desarrolladas por los/as profesionales en la virtualidad demuestran la construcción de un saber-hacer en el que se desdibujan las barreras entre lo que los/as profesionales deben hacer (según su tarea) y lo que hacen. Las llamadas o mensajes fuera del horario laboral, la ayuda en la realización de trámites médicos o burocráticos, la capacitación para el aprendizaje de una aplicación o plataforma acentúan uno de los objetivos propios del trabajo de cuidado: buscar el confort psico-social del otro.

Las políticas de aislamiento demostraron una visión sobre las vejez que no toma en cuenta la concepción integral de la salud. Las consecuencias en la salud mental y cognitiva de las personas mayores con padecimientos precedentes son evidentes en la actualidad y lo serán aún más en el futuro, según los/as entrevistados/as.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abramzón, M. C. (2006) Recursos humanos en salud en Argentina. Desafío pendiente, *Revista de Salud Pública* 10 (1), 52 62.
- Abramzón, M. C. (2011) Acerca de la formación de Recursos Humanos en Salud, *Revista Voces en el Fénix* (7), 116 124.
- Belmartino, S. (2009) Los procesos de toma de decisiones en salud. Historia y teoría, *Revista Política y Gestión* (11), 33 59.
- Borgeaud Garcíandía, N. (2020) Cuidado y responsabilidad, *Estudios avanzados* 98 (1), 41 55.
- Cerri, C. (2015) Dependencia y Autonomía: una aproximación antropológica desde el cuidado de los mayores, *Athena Digital* 2 (15), 111 140.
- Chardón, M. C. (2019) “Cartografías del cuidado: despliegues de etimologías y themata”, en Chardón, M. C.; Montenegro, R.; Borakievich, S. (Comps), *Instituciones y*

- sujetos del cuidado. Salud, educación, familias* (73-94), Bernal: Universidad Nacional de Quilmes Editorial.
- Dubet, F. (2016) *El declive de la institución*, Barcelona: Gedisa.
- Durand, J. P. (2012) *La cadena invisible. Flujo tenso y servidumbre voluntaria*, México: Fondo de Cultura Económica.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (2015) *Anuario Estadístico de la República Argentina 2013*, Instituto Nacional de Estadística y Censos-INDEC.
- Gilligan, C. (1982) *In a different voice: Psychological theory and women's development*, Harvard University Press.
- Julve Negro, M. (2006) Dependencia y cuidados, *Acciones e investigaciones sociales* (1). 260-280.
- Molinier, P. (2018) “El cuidado puesto a prueba por el trabajo. Vulnerabilidades cruzadas y saber hacer discretos”, en Borgeaud Garciandía, N. (Comp.) *El trabajo del cuidado*, Fundación Medifé Edita.
- Sepúlveda, J. y Gómez Dantés, H. (1995) “Origen, rumbo y destino de la transición en salud en México y América Latina”. Trabajo presentado en IDRC en las regiones. Documentos 4 de 10 (pp. 26-27). Disponible en: http://www.idrc.ca/es/ev23058-201-1-DO_TOPIC.html
- Tamer, N. (2008) La perspectiva de la longevidad: un tema para re pensar y actuar, *Revista Argentina de Sociología* 6 (10), 91-110.
- Touris, C. (2019) “Salud integral, cuidados y afectos. Reflexiones posibles en torno a una experiencia con adultos mayores”, en Chardón, M. C.; Montenegro, R.; Borakievich, S. (Comps), *Instituciones y sujetos del cuidado. Salud, educación, familias* (120-140), Bernal: Universidad Nacional de Quilmes Editorial.
- Wlosko, M. y Ros, C. (2018) “La profesión enfermera y el trabajo del cuidado. Puntuaciones de investigación a la luz de la psicodinámica del trabajo y la teoría del care”, en Borgeaud Garciandía, N. (Comp.) *El trabajo de cuidado* (163-189), Fundación Medifé.