

Vínculos

Sociología, análisis y opinión

Año 2 ■ Núm. 4, septiembre-febrero 2021

PATOLOGÍAS SOCIALES DE LA PANDEMIA

Revista semestral del Departamento de Sociología / División de Estudios Políticos y Sociales
Centro Universitario de Ciencias Sociales y Humanidades

Universidad de Guadalajara

UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA Dr. Ricardo Villanueva Lomelí, RECTOR GENERAL; Dr. Héctor Raúl Solís Gadea, VICERECTOR EJECUTIVO; Mtro. Guillermo Arturo Gómez Mata, SECRETARIO GENERAL. **CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES** Dr. Juan Manuel Durán Juárez, RECTOR; Mtra. Ana María de la O Castellanos Pinzón, SECRETARIA ACADÉMICA; Lic. María del Rosario Ortiz Hernández, JEFA DE LA UNIDAD DE APOYO EDITORIAL. **DIVISIÓN DE ESTUDIOS POLÍTICOS Y SOCIALES** Mtra. Sofía Limón Torres, DIRECTORA. **DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA** Dr. Jorge Ramírez Plascencia, JEFE DE DEPARTAMENTO.

Vínculos. Sociología, análisis y opinión, Año 2, Núm. 4, septiembre-febrero 2022, es una publicación semestral editada por la Universidad de Guadalajara, a través del Departamento de Sociología de la División de Estudios Políticos y Sociales del Centro Universitario de Ciencias Sociales y Humanidades. Av. José Parres Arias, 150, San José del Bajío. Edificio F, tercer piso, C.P. 45132. Zapopan, Jalisco, México. Teléfono: 333819-3300, ext. 23354. Correo electrónico: revistavinculos@hotmail.com.

Editor responsable: Jaime Torres Guillén. Reserva de derechos al uso exclusivo 04-2012-042610503700-102, ISSN: en trámite por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Responsable de la última actualización de este número Departamento de Sociología de la División de Estudios Políticos y Sociales del CUCSH, con domicilio en Av. José Parres Arias, 150, San José del Bajío. Edificio F, tercer piso, C.P. 45132. Zapopan, Jalisco, México, Dr. Jaime Torres Guillén.

Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación.

Queda estrictamente prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos e imágenes de la publicación sin previa autorización de la Universidad de Guadalajara.

Vínculos. Sociología, análisis y opinión está incluida en los catálogos de revistas Latindex y LatinRev.

latindex



Director	Jaime Torres Guillén
Editor	Luis Rodolfo Morán Quiroz
Comité Editorial	Alejandra Guillén González Héctor Raúl Solís Gadea Jorge Ramírez Plascencia Andrea Celeste Razón Gutiérrez Rafael Sandoval Álvarez Carlos Rafael Hernández Vargas
Asistente de dirección	Nidia Verónica Covarrubias Sánchez
Secretario técnico y Soporte plataforma web	Francisco Tapia Velázquez

Consejo Editorial

Jorge Alonso, CIESAS-Occidente, México; Laura Patricia Romero Miranda, Universidad de Guadalajara, México; María Eugenia de la O Martínez, CIESAS-Occidente, México; Luisa Martínez-García, Universidad Autónoma de Barcelona, España; Rosa Herminia Yáñez Rosales, Universidad de Guadalajara, México; Nicté Fabiola Escárzaga, UAM-Xochimilco, México; Felipe Gaytán Alcalá, Universidad La Salle, México; Carlos Rafael Rea Rodríguez, Universidad Autónoma de Nayarit, México; José Rubén Orantes García, UNAM-Chiapas, México; Jorge Ramírez Plascencia, Universidad de Guadalajara, México; Eugenia Bayona Scat, Universidad de Valencia, España; Mariana Passarello, Universidad del Noroeste de la Provincia de Buenos Aires, Argentina; Antonio Luzón, Universidad de Granada, España; Dra. Elvia Vega Llamas, Universidad de Guadalajara, México; José Juan Sainz Luna, Universidad Iberoamericana, México; Guillermo Castillo Ramírez, UNAM, México; Liliana Cordero Marines, UNAM, México; Jorge Alberto Trujillo Bretón, Universidad de Guadalajara, México; Silvia Carina Valiente Bertello, Conicet CIT Catamarca, Universidad de Catamarca, Argentina; Horacio Antunes de Sant'Ana Júnior, Universidad Federal do Maranhao, Brasil; Iván Franco, INAH, México; Patricia Fortuny Loret de Mola, CIESAS-Peninsular, México.

Departamento de Sociología de la División de Estudios Políticos y Sociales del CUCSH, UdeG. Av. José Parres Arias núm. 150, San José del Bajío. Edificio F, tercer piso, C.P. 45132. Zapopan, Jalisco, México. Teléfono: 3819-3300, Ext. 23354.

La revista **Vínculos. Sociología, análisis y opinión** puede leerse en internet:

<http://www.publicaciones.cucsh.udg.mx/ppperiod/vinculos/index.htm>
<http://www.vinculossociologiaanalisisyopinion.cucsh.udg.mx/index.php/VSAO>

LA PANDEMIA COMO EVIDENCIA DE LA BIOPOLÍTICA DE LA VEJEZ INSTITUCIONALIZADA

Recibido: 01/07/2021

Aceptado: 19/08/2021

YOLANDA DE JESÚS HERNÁNDEZ DELGADO¹
Y WILLY OCTAVIO MENDOZA TELLO²

Resumen:

La emergencia de la pandemia se convirtió en una coyuntura de alcances globales y de niveles bélicos: a las naciones en conflicto, se sumó otro enemigo invisible, un microorganismo que ha mantenido en vilo a todo el planeta, mismo con el cual se habían infectado hasta el 20 de junio del 2021 más de 182 millones de personas alrededor del mundo y ha cobrado la vida de millones de seres humanos. Durante la primera ola, la población más afectada fueron las personas adultas mayores, sobre todo aquellas que se encontraban viviendo en un entorno residencial institucionalizado -asilos, residencias

-
- 1 Doctora en Ciencias Sociales por El Colegio de Jalisco; profesora de la Licenciatura y Maestría en Gerontología de la Universidad de Guadalajara.
 - 2 Licenciado en Sociología, con Maestría en Investigación Educativa, ambas por la Universidad de Guadalajara. Profesor de la Licenciatura en Gerontología de la Universidad de Guadalajara. Doctorando del Doctorado en Ciencias Sociales por El Colegio de Jalisco.

geriátricas-. El objetivo del presente documento, es analizar cómo esta pandemia ha venido a poner en evidencia la fragilidad de las instituciones de cuidado de largo plazo y del manejo que tienen respecto a la salud de las personas mayores, fragilidad que se sustenta sobre decisiones políticas a través de las cuales se denota una valorización de la vida vieja que puede abordarse desde el enfoque de la biopolítica ¿Qué es una pandemia sino un estado de excepción a escala global? ¿qué es un estado de excepción sino el espacio en que se puede concretar el ejercicio de la soberanía a través de los dispositivos biopolíticos encarnados en las instituciones y en las vidas sobre las cuales, sin ser sacrificables, se les puede dar muerte a través de decisiones jurídicamente legitimadas?

Palabras clave: adultos mayores, instituciones geriátricas, pandemia, biopolítica, gran encierro

Abstract

The emergence of the pandemic became a juncture of global scope and warlike levels: to the nations in conflict, another invisible enemy was added, a microorganism that has kept the entire planet on tenterhooks, the same one with which more than 182 million people around the world had been infected by 20 June 2021 and has claimed the lives of millions of human beings. During the first wave, the most affected population was the elderly, especially those living in institutionalised residential settings - nursing homes, old people's homes. The aim of this paper is to analyse how this pandemic has highlighted the fragility of long-term care institutions and their management of the health of the elderly, a fragility that is based on political decisions that show a valorisation of old life that can be approached from the perspective of biopolitics. What is a pandemic if not a state of exception on a global scale? What is a state of exception if not the space in which the exercise of sovereignty can be realised through the biopolitical devices embodied in institutions and in lives which, without being sacrificable, can be put to death through legally legitimised decisions?

Keywords: elderly people, nursing homes, pandemic, biopolitics, Great Confinement



Contexto de pandemia: la primera ola y sus afectaciones a la vejez

¿Cuáles han sido las condiciones a las que se enfrentaron las personas adultas mayores ante la pandemia por el virus SARS-CoV-2 en las residencias geriátricas o asilos durante la “primera ola” de contagios? ¿Pueden explicarse las estadísticas del gran número de personas adultas mayores muertas por la enfermedad o sintomatología de la enfermedad Covid-19, aduciendo solamente a la comorbilidad y la fragilidad biológica de la vejez?

En diciembre del 2019 se dio a conocer que en Wuhan, ciudad perteneciente a la provincia de Hubei en China, había surgido un tipo de coronavirus no registrado hasta en ese entonces: el SARS-CoV-2, causante de la enfermedad Covid-19. A un año de aquel acontecimiento se sabe que el centro de la propagación se dio en un mercado, específicamente en un área en que se comercia con diferentes tipos de productos cárnicos, de los que sobresalen la carne de murciélago –el principal reservorio natural de dicho tipo de virus– y probablemente, un organismo intermedio que infectó de manera directa al ser humano es otro mamífero, el pangolín (Trilla, 2020: 175)

Después de observarse un elevado número de casos de neumonía atípica y de que el virus estuvo siendo infectado entre la población china por varias semanas, por fin se declaró la epidemia en el país asiático, mismo que tomó medidas radicales para frenar el contagio dentro de sus fronteras. Sin embargo, ya era demasiado tarde. Para entonces ya se habían detectado algunos brotes en países principalmente europeos, entre los cuales destacan Italia, Alemania, España, Francia y Bélgica por ser naciones en las cuales se dieron a conocer casos masivos en poco tiempo, además de imágenes y notas dramáticas sobre el número de personas fallecidas debido a las complicaciones que produce la enfermedad.

En medio de una lucha comercial entre China y Estados Unidos por la hegemonía de un mundo súper globalizado, el conflicto comercial entre ambos países tomó un cariz de Guerra Fría, misma que se vio atizada por la *barbarización* del país asiático por su tipo de gobierno y, sobre todo, por algunos de sus hábitos alimenticios. Mientras las autoridades de las dos naciones se llegaron acusar de crear la enfermedad y diseminarla

como un arma biológica, los discursos de conspiración aumentaron la tensión alrededor del mundo (Deutsche Welle online, 2020), mismo que no estaba del todo preparado para contener la pandemia por ser un factor no previsto –por la poca importancia que tiene la salud pública en muchos países–, y por los debilitados sistemas de salud de la mayor parte del mundo.

El 11 de marzo del 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS de aquí en adelante) declaró la pandemia: en China el número de infectados se multiplicó por 13 en un lapso de dos semanas; el número de países con presencia del virus había alcanzado niveles preocupantes; las medidas, fuera del país asiático, no fueron suficientes para frenar las cadenas de contagio y los sistemas de salud se vieron rebasados en poco tiempo, incluso de los países en los cuales se consideraba que existía robustez hospitalaria y regímenes de bienestar de acceso universal a los servicios de salud o, al menos, niveles socioeconómicos poblacionales suficientes para acceder a tratamiento (OMS, 2020, a).

La emergencia de la pandemia se convirtió en una coyuntura de alcances globales y de niveles bélicos: a las naciones en guerra, se sumó otro enemigo invisible, un microorganismo que ha mantenido en vilo a todo el planeta, mismo con el cual se habían infectado hasta el 20 de junio del 2021 más de 182 millones de personas alrededor del mundo y ha cobrado la vida de al menos 3. 93 millones de seres humanos. La declaración de pandemia, lo explicaba Tedros Adanhom, director de la OMS, lejos de producir pánico entre los Estados y la población, debía tomarse como un punto de partida:

«Pandemia» no es una palabra que deba utilizarse a la ligera o de forma imprudente. Es una palabra que, usada de forma inadecuada, puede provocar un miedo irracional o dar pie a la idea injustificada de que la lucha ha terminado, y causar como resultado sufrimientos y muertes innecesarias (OMS, 2020, b).

En poco tiempo se pasó al encierro por cuarentena y al cierre de fronteras para evitar la propagación del virus en el resto de los países, en un mundo interconectado e interdependiente en el que el mercado, la productividad y el tránsito al interior y al exterior de los países que

componen al escenario mundial es lo que prima, muchas veces por encima del resto de las demás actividades y prácticas humanas. En el caso de China y hasta donde se ha tenido acceso a la información, los mecanismos de seguimiento de enfermos por Covid-19 se llegaron a convertir en persecuciones y hostigamiento vistos desde el occidente.

La llamada “primera ola de contagios por Covid-19” comenzó, pues, en China en noviembre del 2019 y para el 30 de enero del 2020 la OMS había registrado ya 7818 casos contabilizados tanto en China, además de 82 países más (OMS, 2020- a). Sin embargo, esa primera ola se asentó en Europa y Estados Unidos durante los primeros cuatro meses del año. En el pico de casos registrados por día, la zona europea de la OMS llegó a registrar 43,000 caso. De acuerdo con una nota del *Diario As* fechada el 17 de abril del 2020, Estados Unidos contaba con más de 600 mil contagios confirmados y más de 30 mil muertos por las complicaciones del Covid-19; mientras tanto, Europa contenía a más más o menos la mitad de los contagios en todo el planeta, con más de un millón de casos y más de 90 mil muertos.

Por todos lados y a través de los más diversos medios de comunicación las imágenes de las compras de pánico, las largas filas para conseguir materiales sanitarios escasos –cubrebocas, gel antibacterial, alcohol, lentes y trajes médicos para protegerse de la virulencia–, hospitales rebasados y decenas de féretros con cuerpos de personas que no se despidieron de sus seres queridos se convirtieron en una imagen recurrente. Pero había algo que de todo ello sobresalió: la cantidad de personas adultas mayores enfermas y muertas por Covid-19 alrededor del mundo, sobre todo durante la primera ola, la concentración se dio en Europa y Estados Unidos de Norteamérica.

Las notas periodísticas se han convertido en una fuente de información secundaria que, pese al amarillismo de algunos diarios, han mostrado día con día las noticias del acontecer respecto al número de contagiados, a las tasas de letalidad y a las causas y efectos de la enfermedad por Covid-19. Los primeros informes y reportajes de la población más afectada –tanto por los datos duros como por el desconocimiento de los mecanismos de contagio y diseminación de la enfermedad– centraron toda su atención en las personas adultas

mayores, por lo que llegó a considerarse una enfermedad que afectaba principalmente a este sector de la población debido, en gran medida, a la perspectiva de la fragilidad biológica de la vejez y a la presencia de comorbilidades como la hipertensión, la diabetes y otros padecimientos crónico-degenerativos. Esto llegó a menoscabar la consciencia entre los sectores más jóvenes sobre el riesgo de ser portadores asintomáticos o que, incluso, podrían no tener mayores afectaciones en caso de ser contagiados por la enfermedad.

De acuerdo con una nota de *El Universal* (2020) cuya información fue recabada a través de diversos comunicados y porcentajes emitidos tanto por la OMS como por autoridades médicas y estatales de Europa, para inicios de abril del 2020, hasta el 90% de las muertes acaecidas en aquel continente se dio entre personas adultas mayores. Las explicaciones más socorridas fueron, son y quizá sean las más fáciles por su inmediatez: el declive biológico de los individuos envejecidos y el envejecimiento poblacional de los países europeos y de Estados Unidos tuvieron como consecuencia *natural* una mayor tasa de letalidad entre las personas de más de 60 años. Sin embargo, una evidencia innegable a nivel más amplio, a nivel estructural, daría cuenta de otra realidad: el gran número de muertes de personas adultas mayores al interior de residencias geriátricas, también denominadas asilos en el caso de algunos países latinoamericanos y *nursing facilities* en el caso de Estados Unidos e Inglaterra.

Uno de los casos que dieron un claro ejemplo del peligro que corren las personas adultas mayores al interior de instituciones geriátricas de larga estadía es el de Estados Unidos de Norteamérica, país en el que viven más de 2'000,000 personas mayores en poco más de 30 mil *nursing facilities* (Kaiser Family Foundation, 2020). El primer brote de coronavirus registrado al interior de una residencia de adultos mayores se dio en el *Life Care Center of Kirkland*, en Seattle, evento durante el cual, en menos de 2 semanas, se había infectado más de la mitad de los residentes y un número importante de empleados y cuidadores, de los cuales 35 habían fallecido hacia el final de la segunda semana después de registrado el primer caso confirmado.

A partir de ese momento, el virus se diseminó a lo largo y ancho del país norteamericano, cobrando la vida de hasta 84 mil personas adultas mayores residentes de *nursing facilities* a finales del mes de octubre del 2020 (NBC, 2020). Si bien las medidas tomadas por las autoridades fueron la del aislamiento de las personas al interior de sus habitaciones particulares –en los casos de las personas que gozaban con dicho privilegio de contar con una– fueron otras las razones probables por las cuales tanto los contagios así como las muertes han sido mayúsculos, entre las cuales sobresalen la precarización del personal trabajador tanto en los salarios percibidos, así como en la capacitación necesaria para atender casos de emergencia y manejo adecuado de residuos, el limitado número de personal cuidador en relación con el gran número de personas que pueden vivir en una residencia (un cuidador podría llegar a atender hasta a 25 personas en un día), en hasta el 75% de las residencias a lo largo de Estados Unidos de Norteamérica.

El documento de Amnistía Internacional intitulado *Abandonadas a su suerte. La desprotección y discriminación de personas mayores en residencias durante la pandemia Covid-19 en España*, publicado durante diciembre del 2020, ha sido el producto de un trabajo documental amplio y robusto, apoyado sobre entrevistas realizadas a 97 personas que van desde “familiares de personas residentes, personal, sanitario, social y técnicos de las residencias, personal sanitario incluyendo de emergencias, personal directivo de residencias y personas expertas” en la defensa de los derechos humanos de las personas residentes (Amnistía, 2020: 9). Si bien es un documento realizado en un corto lapso, los datos que arrojó y las conclusiones a las que llegó dieron cuenta de la precariedad de las residencias y de la poca importancia que puede llegar a otorgársele a las personas que decidieron vivir en residencias o fueron internados por parte de familiares como una opción para pasar los últimos días de sus vidas.

Hasta el 15 de noviembre del 2020, España acumulaba un total de muertos por Covid-19 superior a 40 mil personas, las cuales se concentraban en Cataluña y Madrid, las regiones con mayor densidad poblacional. De ese número de fallecidos, hasta el 78% fueron personas mayores de 74 años, muchas de las cuales vivían en residencias; la

diferencia de muertes entre mujeres y hombres fue significativa, pues casi el 70% pertenecían al género femenino mientras que el 30% restante correspondió a muertes acaecidas entre la población masculina de dichas residencias (Amnistía, 2020: 15). En una nota de *BBCNews online*, fechada el 24 de marzo del mismo año, se reportó cómo el ejército español se vio en la necesidad de supervisar las residencias e incluso realizar tareas de sanitización y levantamiento de cuerpos de personas adultas mayores que habían permanecido muertas durante días enteros ante la carencia de servicios funerarios y de personal sanitario (BBC, 2020)

Las principales causas que Amnistía Internacional identificó respecto a estos hechos fueron la precarización del empleo de cuidadoras y cuidadores, la ausencia de protocolos de diagnóstico y tratamiento tanto entre residentes como entre el personal de las residencias, la ineficiencia de la derivación a tiempo a unidades médicas para atender a los residentes, la falta de pruebas para detectar las cadenas de contagio y la falta de equipamiento individual para prevenir los contagios.

En el resto del mundo la situación de las personas adultas mayores no ha sido diferente a la vivida por la población envejecida de los países arriba mencionados. La *primera ola* pasó de tener su epicentro en Europa y Estados Unidos y se asentó en América Latina, la región hispanoparlante más grande del mundo, misma que está marcada por la desigualdad, la pobreza, la informalidad, el racismo y la vulneración de amplios sectores de la población, entre los que se encuentran millones de personas adultas mayores, como es el caso de México el cual es uno de los países con un número que ya sobrepasa los 15'000,000 de personas de más de 60 años, lo que representa más del 12% de la población total.

México es uno de los países con las más altas cifras de muertos por la enfermedad Covid-19, con una tasa de letalidad por encima del promedio mundial: 10.2% de las personas que habían contraído la enfermedad durante la primera ola fallecieron por complicaciones producidas por el virus SARS-CoV-2, cifra que en términos reales se traduce en más de 5.51 millones de casos y más de 200 mil muertes hasta mediados de junio del 2021 (Secretaría de Salud, 2021). Tal como en el resto del mundo, la mayor cantidad de personas muertas por el Covid-19 se han ubicado entre los sectores envejecidos de 60 y más años, en un país cuyas cifras de

comorbilidades como la diabetes mellitus, la diabetes infantil, la obesidad, las enfermedades respiratorias y los padecimientos cardiovasculares se encuentran entre los primeros lugares a nivel mundial, producto en gran medida a la vulnerabilidad generacional, la desigualdad social que alcanza a la mitad de la población total de México y de la cual, además, las personas adultas mayores son de los grupos más afectados.

Si bien el número de casas hogar o residencias geriátricas – comúnmente conocidos como asilos para ancianos en México– y de adultos mayores que viven en éstas, México no se acerca al de los países europeos o al de Estados Unidos, de ello no se desprende que las condiciones en las cuales se encuentran dichas instituciones y la calidad de vida de las personas adultas mayores que en ellas residen haya sido suficiente hasta el momento para evitar contagios y muertes al interior de sus muros. Con anterioridad, las condiciones de dichas instituciones y la calidad de vida de las personas no eran la más adecuadas (Quintanar, 1999: 3): no existe un conteo que muestre realmente cuántos asilos y residencias existen en todo el país, la mayoría son asociaciones civiles e instituciones privadas que no cuentan con el personal suficiente, ni adecuadamente capacitado para atender a población adulta mayor, mucha de la cual es dependiente; los modelos de atención se ajustan más a los aspectos asilares que a los centrados en las personas y la supervisión de las autoridades se limita a unos cuantos centros.

Cabe señalar que la diferencia entre un modelo de atención tradicional de tipo asilar, se corresponde con un enfoque asistencialista, altamente *institucionalizado* y medicalizado, el cual puede asemejarse a un tipo de instancia de reclusión por la poca capacidad en la toma de decisiones de las personas residentes, por sus ritmos y organización burocráticos, sobre todo cuando se trata del cuidado y manejo de personas que vivan con algún tipo de dependencia (Quintanar, 2000: 109-III). Por otro lado, los modelos que han evolucionado hacia la atención centrada en la persona han buscado romper con los esquemas de cuidados de larga estadía tradicionales, basado en gran medida en los derechos de las personas mayores, de entre los cuales sobresalen el respeto por la autonomía decisional, así como en la necesidad de vivir en espacios

que se asemejen lo más posible a una comunidad no institucionalizada (Sancho y Martínez, 2020: 19-24).

Estos datos han impedido que se tenga un registro preciso del número de personas infectadas y muertas por la enfermedad Covid-19 dentro de las residencias, sin embargo, el Instituto Nacional de Geriátrica se encuentra realizando un análisis mediante el cual se tiene planeado dar cuenta de las condiciones y las incidencias de Covid-19 al interior de las instituciones de larga estadía en el país, documento que se titulará: “Medición y Seguimiento de la Preparación y Respuesta Local a la Pandemia de Covid-19 en Instituciones de Cuidados de Largo Plazo en México”. Una nota del diario *Milenio*, fechada el 15 de agosto del 2020, registró comentarios del director del Instituto Nacional de Geriátrica, Miguel Ángel Gutiérrez Robledo, quien expresó haber encontrado 700 instituciones más que las que en su momento reportó el INEGI. Además, consideró que los contagios y las muertes dentro de las residencias para personas mayores en México han sido menores que las acaecidas en Europa y Estados Unidos debido, entre otras cosas, al bajo número de personas que viven en residencias, pues menos del 1% de la población total de mayores en México (<https://www.milenio.com/politica/comunidad/inger-muertes-asilos-adultos-mayores-menor-mundo>).

Durante la primera ola en México, así como en Europa y en Estados Unidos, las principales disposiciones tomadas para evitar los contagios al interior de las residencias se centraron en el aislamiento absoluto de los residentes, impidiendo cualquier contacto entre sí actividades comunitarias tales como las comidas, las actividades físicas, educativas o de esparcimiento, además de impedir el paso de cualquier familiar o persona ajena a las instituciones. Estas disposiciones se han visto sustentadas por al menos cuatro factores identificados como desencadenantes de infección por covid-19: contacto estrecho y prolongado, espacios cerrados, escasa ventilación y la cohabitación de un número considerable de residentes en dichas instituciones. Pero, el factor más importante y común, es la vejez como una etapa de la vida a la que se ha equiparado a una enfermedad en sí misma de acuerdo con las últimas determinaciones de la OMS a través de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 11ª edición. En esta idea y de acuerdo



con la definición de la propia OMS ¿En tiempos de crisis, es la vejez una etapa vital digna de vivir? ¿en tiempos de pandemia, cuáles han sido las vidas sacrificables, lo que Agamben identificó como el *homo sacer*?

Esta pandemia ha venido a poner en evidencia la fragilidad de las instituciones de cuidado de largo plazo y del manejo que tienen respecto a la salud de las personas mayores, fragilidad que se sustenta sobre decisiones políticas. Es por ello que es necesario analizar las instituciones geriátricas desde el marco de la biopolítica. Estas instituciones son entendidas como espacios de valorización de la vida durante la vejez que, frente a momentos de crisis y reducción de recursos, el poder soberano devela ante la selección entre las vidas dignas de vivir.

Las instituciones geriátricas como espacios biopolíticos

Una de las consecuencias no previstas de la modernidad es el envejecimiento poblacional: con la baja en las tasas de natalidad por los regímenes demográficos (Pizarro, 2010: 130), con el mejoramiento de los sistemas de salud que han influido sobre las bajas tasas de mortalidad y con el aumento en la esperanza de vida, las pirámides poblacionales se han ido revirtiendo de manera sostenida en todo el mundo. De a poco, la base de las pirámides se ha comenzado a adelgazar mientras que los grupos etarios superiores se han ido engrosando³. Esto ha producido un aumento en el porcentaje de personas adultas mayores, así como una mayor demanda de sistemas de cuidados a largo plazo por el alza en la incidencia de enfermedades crónico degenerativas, sobre todo en países poco desarrollados o en vías de desarrollo. Esto ha tenido como producto el que se acusen cada vez mayores cifras de personas que requieren de cuidados a largo plazo, aunado al aumento de personas adultas mayores en situación de vulnerabilidad.

Una de las principales condiciones para que una persona cambie de residencia hacia una institución de cuidados geriátricos tiene que ver

3 Tan sólo en México, el porcentaje de personas adultas mayores pasó de 6.13% durante 1990 al 12% de la población total durante el 2020; el índice de envejecimiento -la proporción de personas de 60 y más años por cada 100 menores de 15 años- pasó de 16 adultos mayores por cada 100 menores de 15 años durante 1990, a 47 adultos mayores por cada 100 menores de 15 años durante el 2020, esto de acuerdo con datos del Censo de Población 2020, elaborado por el Instituto Nacional de Geografía y Estadística.

directamente con su estado de salud, de la pertenencia o no a una red social primaria o a una comunidad y a la identificación de su estatus y rol dentro de la estructura social inmediata (Abellán, 2013: 2; Fernández, 2009: 110). Cuando una persona adulta mayor se ve en la necesidad de requerir ayuda por el hecho de que alguna de sus capacidades para realizar actividades básicas de la vida diaria se vea mermada por el desgaste o por un incidente ligado con la vejez, entran en juego los *sistemas de cuidados de largo plazo* (OMS, 2015: 135) los cuales se definen como:

Las actividades llevadas a cabo por otros para que las personas que han tenido una pérdida importante y permanente de la capacidad intrínseca o corren riesgo de tenerla puedan mantener un nivel de capacidad funcional conforme con sus derechos básicos, sus libertades fundamentales y la dignidad humana.

De fondo, la dependencia efectiva de un grupo de personas o su incapacidad y desviación concebidas por otros sujetos e instituciones han sido factores para la creación y evolución de instancias para atender, contener, estudiar y readaptar a sujetos y sectores de la población bien definidos. Foucault (1998: 36-47) en su obra *La historia de la locura* dio cuenta de cómo se fue gestando la tendencia a la creación de las instituciones que sirvieron para llevar a cabo lo que se ha denominado *El gran encierro*: la persecución de los pobres y los enfermos mentales que se originó a partir del siglo XV como una respuesta judeocristiana y moderna al *problema* de la mendicidad a partir de un doble propósito: realizar obras de caridad y reafirmar la moralidad estableciendo una barrera instrumental entre las personas *normales*, productivas, fervientes y agradecidas frente a los rebeldes, encausados a los designios demoníacos, dentro de los cuales se incluía tanto a pobres, como a leprosos así como a incapacitados mentales. Los ideales y prácticas mercantilistas y el protestantismo también influyeron en la opción del encierro con fines productivos como formas de exaltación del trabajo. A partir de entonces, en toda Europa se crearon disposiciones y leyes tanto a nivel eclesiástico como a nivel estatal en la búsqueda de contener dentro de espacios bien definidos a estas huestes. El cuidado, la reclusión

y la asistencia social pasaron por un proceso de secularización paulatina en el que tanto la iglesia, el Estado y la sociedad civil participaron en ese proceso del *Gran Encierro*.

De entonces a la fecha, el encierro, la reclusión, el asilamiento y el cambio de residencia para atender, contener y recluir a las personas ha significado una práctica en todos los ámbitos y niveles de la vida social en todo el mundo. Este hecho social se ha visto atravesado por una amplia variedad de discursos que han evolucionado desde la sujeción social, la piedad, la productividad, la vigilancia y el castigo, el asistencialismo y, últimamente, los derechos humanos y la atención centrada en las personas que han decidido pasar el resto de sus vidas dentro de una institución como puede ser un asilo o residencia geriátrica de larga estadía.

Es sabido que Foucault se oponía a los universalismos (Foucault, 2007: 17), quizá como una condición para ejercer su posición y su práctica de la ética como ejercicio de la libertad. Pero su teoría de la biopolítica, –si se acepta el hecho de que aún quedan resabios muy presentes de la tecnología o arte de gobernar desde el liberalismo en las sociedades contemporáneas–, bien puede servir para explicar cómo funciona la sociedad desde esas formas y prácticas políticas, de maneras más o menos universales; ello, en el entendido de que son muchos los problemas actuales que pueden ser abordados desde su teoría. Para tratar esta cuestión y trazar un camino de respuesta a la primera de las preguntas recién expuestas desde el referente histórico y teórico, hay que recurrir a la definición de los dispositivos, de los cuales forman parte las instancias geriátricas de cuidados de largo plazo:

Lo que trato de indicar con este nombre (dispositivo) es, en primer lugar, un conjunto resueltamente heterogéneo que incluye discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas, brevemente, lo dicho y lo no-dicho, estos son los elementos del dispositivo. El dispositivo mismo es la red que se teje entre esos elementos” (Foucault, 1977, citado por Agamben, 2011: 250)

Entonces, los dispositivos como mecanismos tanto de producción y diferenciación de las dimensiones sociales (determinadas, pues, por una forma de hacer política), como de administrar la vida a través de la objetivación/subjectivación, sirven al propósito de explicar la vejez, precisamente desde el magisterio de los enunciados científicos, y por tanto, enunciados *verdaderos*, a través de los cuales se toman medidas administrativas sobre la normalización de los sujetos. Tal normalización se verifica a través de otro dispositivo, también complejo: el de los derechos humanos y las políticas públicas de atención a la vejez.

Uno de los estudios emblemáticos respecto al internamiento en instituciones especializadas de personas de acuerdo con sus características, lo desarrolló Goffman (2012) a inicios de la década de 1960. El objetivo del autor fue mostrar cómo el interior de un hospital para enfermos mentales supone un microcosmos en el que se gestaban toda clase de fenómenos sociales referidos a las formas de interacción entre internos y con el personal, a las formas de mortificación y resistencia por parte de los internos ante las prácticas burocráticas y de ejercicio de poder que sobre ellos se cernían día con día, a la apropiación del espacio por parte de los pacientes y el ejercicio de poder que se suscitaba entre pares y de las autoridades hacia los internos, así como a las diversas caras de la institución. Dichos procesos se daban, si no con independencia de los objetivos esenciales del hospital psiquiátrico, al menos sí de manera paralela a los mismos, lo que, a ojos del autor, no tenía menor importancia para comprender la dualidad de la institución que hacía las veces de dispositivo de reclusión, así como de una organización encargada de curar o atender una serie de enfermedades mentales a través del concepto central, el de *institución total*:

La característica central de las instituciones totales puede describirse como una ruptura de las barreras que separan de ordinarios estos tres ámbitos de la vida. Primero, todos los actos de la vida se desarrollan en el mismo lugar y bajo la misma autoridad única. Segundo, cada etapa de la actividad diaria del miembro se realiza en compañía inmediata de muchos otros, a quienes se da el mismo trato y de quienes se requiere que hagan juntos las mismas cosas. Tercero, todas las etapas de las actividades diarias están estrictamente programadas, de modo que una actividad

conduce en un momento prefijado a la siguiente, y toda la secuencia de ellas se impone desde arriba, mediante un sistema de normas formales explícitas y un cuerpo de funcionarios. Finalmente, las diversas actividades obligatorias se integran en un solo plan racional, concebido ex profeso para lograr los objetivos propios de la institución (Goffman, 2012: 22-23).

Una de las características de dicho estudio es que se da cuenta de cómo un espacio físico supone algo más que sustrato material con objetivos específicos, más allá, pues, de un receptáculo de las actividades sociales, para convertirse en una multiplicidad de significados y prácticas de acuerdo con desde dónde y cómo se vea, así como de las causas y de los efectos que originaron y originan dicho tipo de instituciones. Lo que es común a los hospitales, a los asilos, a las cárceles, a las escuelas, es que son espacios bien delimitados que buscan crear o modificar un tipo de conducta en referencia a prácticas burocráticas que parecen ir más en beneficio del adecuado funcionamiento del sistema y de la institución, que del bienestar o readaptación del sujeto en sí.

Las instituciones ocupan espacios constreñidos sobre sí mismos, por mucho que estén a la vista de todos. Esta característica parece ir a contrapelo de aquello que tiene que ver con la *apertura al mundo* (Berger y Luckmann, 2005: 65) refiere a la condición propia y característica de la humanidad, algo que va de la mano con la multiplicidad de espacios a los que se puede tener acceso en condiciones de relativa autonomía decisional, funcionalidad biológica y de relación con redes sociales de diverso tipo.

Detrás de la conformación de la diversidad de espacios sociales se debe tener en cuenta el manejo geográfico de la distancia social, como una condición que busca diferenciar a los sujetos unos de otros y establecer límites definidos franqueables solo en la medida en que se cumplan o incumplan reglas, valores, capacidades o características sociales y biológicas. De esta manera lo concibió Lassalet cuando afirmó que:

Toda geografía se debe interesar en los límites y en su franqueamiento, unos y otros creadores de configuraciones espaciales y de espacialidades que tienen

considerable gravitación en la diferenciación de los espacios humanos. Se entiende, pues, la necesidad de identificar a los operadores, las operaciones y los marcadores (materiales o no) de los recortes y las limitaciones, operaciones que inducen siempre a juegos con la distancia (Lassault, 2015: 67).

Las residencias de larga estada, los asilos y albergues para personas adultas mayores se pueden encontrar entre ese tipo de instituciones que parten de una perspectiva asistencialista tanto de derechos humanos, cuyos objetivos son el cuidado y atención de la salud de las personas mayores (NOM-I67-SSAI-1997, Para la Prestación de Servicios de Asistencia Social para Menores y Adultos Mayores), prácticas y discursos que parecen no albergar más que propósitos socialmente adecuados a ciertos valores y perspectivas políticas referidas al cuidado y la atención a grupos vulnerables. No obstante, también podría plantearse una cuestión relacionada con lo que se conoce como la *espacialidad de la segregación* que implica un doble sentido en el proceso de socialización referida a la distancia que supone la necesidad de diferenciación a través de la ausencia o presencia de espacios que permitan la interacción social:

Esa definición de la distancia permite comprender mejor, en todo caso, que los hombres y los grupos no sólo están preocupados por reabsorber el espaciamiento que los aloja entre sí y de sus lugares, sino que asumen, muy a menudo y de muy buena gana, la opción aparentemente aberrante del distanciamiento, del apartarse –de sí mismos o de los demás–. La organización segregativa, en todas las escalas, de muchos espacios muestra la amplitud de las estrategias de “atrincheramiento” y le confiere su sentido a la expresión kantiana sobre la “insociable sociabilidad”. Del lado de la sociabilidad el acercamiento, la atracción por el grupo. Del lado de lo insociable, el rechazo de la alteridad, de la mezcla inherente a toda sociedad; el deseo de encontrar una homogénea socialidad de la identidad; el repliegue en el territorio de la pertenencia (Lassault, 2015: 55).

Dicha espacialidad de la segregación puede ser ejercida abiertamente como una decisión de un sujeto o de un grupo de sujetos, pero también puede ser ejercida con el objetivo de segregar a un grupo, como parece suceder en los casos de las personas que se encuentran insertas en algún



grado de vulnerabilidad o lo que puede considerarse como personas con algún tipo de desviación conductual. El distanciamiento y el espacio, por lo tanto, no pueden considerarse como factores desprovistos de fuerzas políticas y cargas simbólicas importantes, sobre todo cuando se trata de mantener dentro de sus límites a un grupo de personas, cuyos ritmos de vida cambian en la medida en que los mecanismos de control, vigilancia y la medición del tiempo y los recursos disponibles son preponderantes y están por encima de las decisiones individuales. De dicha manera lo pensó Foucault, en sus limitadas referencias al espacio y la geografía, no obstante, la importancia de dichos temas en su obra:

No vivimos en un espacio neutro y blanco; no vivimos, no morimos, no amamos dentro del rectángulo de una hoja de papel. Vivimos, morimos, amamos en un espacio cuadrículado, recortado, abigarrado, con zonas claras y zonas de sombra, diferencias de nivel, escalones, huecos, relieves, regiones duras y otras desmenuzables, penetrables, porosas; están las regiones de paso: las calles, los trenes, el metro; están las regiones abiertas de la parada provisoria: los cafés, los cines, las playas, los hoteles; y además están las regiones cerradas del reposo y del recogimiento (Foucault, 1967: 3).

Se identifica entonces a las instituciones geriátricas como un constreñimiento espacial sustentado en objetivos implícitos y explícitos, en prácticas recursivas planeadas y en el manejo óptimo de la corporalidad de las personas adultas mayores:

Toda institución absorbe parte del tiempo y del interés de sus miembros y les proporciona en cierto modo un mundo propio; tiene, en síntesis, tendencias absorbentes. Cuando repasamos las que componen nuestra sociedad occidental, encontramos algunas que presentan esta característica en un grado mucho mayor que las que se hallan próximas a ellas en la serie, de tal modo que se hace evidente la discontinuidad. La tendencia absorbente o totalizadora está simbolizada por los obstáculos que se oponen a la interacción social con el material: puertas cerradas, altos muros, alambres de púas, acantilados, ríos, bosques o pantanos (Goffman, 2012: 20).

Y es precisamente aquí donde radica el punto nodal de la problemática en el discurso y prácticas de las residencias de larga estada referidas a un espacio: si la pérdida de funciones biológicas, la degradación del estatus y los roles dentro de la sociedad por la salida del mercado laboral o de las actividades reproductivas, si la pérdida paulatina de redes de apoyo merman y con ello se produce una exclusión de la variedad de espacios sociales, para limitarse a uno solo que se asemeja tanto a un lugar de descanso como a uno de segregación y reclusión ¿cuáles son las particularidades de dichos espacios y qué diferencias guardan respecto a otras *instituciones totales*? A esta pregunta podría contestársela con un marco de la racionalidad instrumental correspondiente con un espacio y las *operaciones* que lo hacen funcionar:

Así, la separación sería, a la vez, la fuente de la construcción del espacio por los seres humanos y una herramienta eficaz de organización espacial de las realidades sociales. Se circunscribe mejor este papel instrumental al interesarnos en los operados y las operaciones “separatistas” y, muy en particular, en aquellos que remiten a la delimitación, puesto que delimitar constituye un acto espacial separatista tan común como poderoso, que contribuye en gran medida a configurar los espacios humanos (Lassault, 2015: 65).

A ambas nociones se le suma otro marco comúnmente utilizado en investigaciones referidas a los espacios cerrados como dispositivos biopolíticos: el *Panóptico* que Foucault problematizó con base en la propuesta de Bentham (Aguirre, 2014; Rubio, 2012; Billoud, 2017). Las referencias a dicha propuesta teórica si bien resulta adecuada en sus generalidades, debería ser revisada de acuerdo con una perspectiva crítica y heurística que logre diferenciar los objetivos punitivos de los propósitos de cuidado de la vida. Sin embargo, el factor espacial y las prácticas cotidianas que buscan crear un tipo de subjetividad para optimizar los esfuerzos y los recursos de las instituciones encajan bien como un indicio el abordaje de las residencias geriátricas. Foucault explicó al respecto de las características de dicho panóptico que:

Este espacio cerrado, recortado, vigilado, en todos sus puntos, en el que los individuos están insertos en un lugar fijo, en el que los menores movimientos se hallan controlados, en el que todos los acontecimientos están registrados, en el que un trabajo ininterrumpido de escritura une el centro y la periferia, en el que el poder se ejerce por entero, de acuerdo con una figura jerárquica continua, en el que cada individuo está constantemente localizado, examinado y distribuido entre los vivos, los enfermos y los muertos –todo esto constituye un modelo compacto del dispositivo disciplinario (Foucault, 2002: 182).

Entonces, se puede pensar las instituciones geriátricas como un espacio ambivalente en el que el cuidado y preservación de la vida de las personas adultas mayores es el objetivo enunciado, pero, al mismo tiempo, y bajo esos argumentos, es el espacio privilegiado para el ejercicio de la biopolítica en la que no solo se recluye o aleja de la vista de los demás a las personas mayores, sino que, se engendra una subjetividad en el ejercicio efectivo de la vida y de los cuerpos de estas personas cuyas vidas son valoradas en sí mismas pero en las que las decisiones son tomadas por los otros, de acuerdo con una valorización de la vida vieja.

La vejez ¿bios o zóe?

En 1968, Simone de Beauvoir escribió *La vejez*, una obra cuyo eje central fue la preocupación de la vejez como una etapa de la vida marcada por la *exis*, es decir, la exclusión paulatina que se exagera sobre todo en los sujetos envejecidos y subalternos en diversas sociedades a lo largo de los siglos y en todas las latitudes de las que se tenga registro. Una de las sentencias nada halagüeñas de la autora a propósito de cómo a la vejez se la ve y se la trata tiene que ver con la estructura social:

El sentido que los hombres asignan a su existencia, su sistema global de valores, es el que define el sentido y el valor de la vejez. A la inversa, por la forma en que una sociedad se comporta con sus viejos, descubre sin equívoco la verdad –a menudo cuidadosamente enmascarada– de sus principios y fines (Beauvoir, 2016: 107).

De lo que se trata es de la valorización de la vida –valga la analogía de verla más en términos de valor de cambio que de valor de uso– de

acuerdo con la función que pueda cumplir en consonancia o no con la estructura de valores sociales, económicos y estéticos y hasta políticos de una sociedad. La vida adquiere, entonces, un cariz que, sin dejar de ser biología, es un lugar privilegiado del ejercicio del poder a través de mecanismos o dispositivos específicos que tienen un eje central en común: el manejo y la decisión soberana sobre la vida de sujetos con características que los hace similares ante los ojos de la sociedad y de las organizaciones de las que se compone.

El ejercicio de poder sobre la vida se convierte en un momento político privilegiado de la modernidad que tiene sus antecedentes desde el mundo clásico (Foucault, 2007: 18), momento político que se identifica en una forma de gobernabilidad a través de dispositivos de subjetivación emanados de la ruptura entre el modelo de exclusión del leproso por el modelo de inclusión de la peste –por lo demás, modelo de una vigencia bestial– a través de la cual se genera una forma detallada de conocimiento y acercamiento con enfoque clínico a los sujetos que acusan algún tipo de anormalidad, ya sea como portadores de una enfermedad o por una condición que no encaja con los cánones positivos de una sociedad:

En términos generales diría esto. En el fondo, el reemplazo del modelo de la lepra por el modelo de la peste corresponde a un proceso histórico muy importante que, en una palabra, yo llamaría la invención de las tecnologías positivas del poder. La reacción a la lepra es una reacción negativa; una reacción de rechazo, exclusión, etcétera. La reacción a la peste es una reacción positiva; una reacción de inclusión, observación, formación de saber, multiplicación de los efectos de poder a partir de la acumulación de la observación y el saber. Pasamos de una tecnología del poder que expulsa, excluye, prohíbe, margina y reprime, a un poder que es por fin un poder positivo, un poder que fabrica, que observa, un poder que sabe y se multiplica a partir de sus propios efectos (Foucault, 2000: 55).

Este acercamiento e inclusión de la anormalidad, de la vida anormal, se convierte además en una expresión y en un puntal de regímenes de verdad en los que se mezclan tanto formas ideológicas así como prácticas y discursos científicos que sustentan a su vez los fundamentos jurídicos mediante los cuales se justifican las diferentes formas de actuar sobre

los diversos tipos de sujetos –anormales y normales, valga decir– en el ánimo de generar, reconvertir y encarrilar la subjetividad con base en un tipo de racionalidad instrumental (Horkheimer, 1973: 23-24). Para esto es necesario que se identifiquen las características de los sujetos y contrastarlos con aquello que se espera de éstos en términos de conducta ante la sociedad ¿qué hace anormal a un sujeto? ¿los viejos pueden encajar en algún tipo de anormalidad? Sí, si se atiende a la tesis de Beauvoir y a los valores de productividad y de asignación de recursos en momentos de crisis en que la vida se ve en juego.

En *Homo sacer*, Agamben intentó ir un paso más allá que Foucault en términos de identificar lo normal y lo anormal como antecedentes de las tecnologías del poder, para situarle en términos de toma de decisiones jurídicamente positivas y, paradójicamente, basadas en gran medida en los derechos humanos de acuerdo con lo que se considera una *nuda vida*, es decir, la vida desnuda ante el poder. Para ello, el autor se remite al mundo griego para identificar y diferenciar la *zōe* de la *bios*. La primera se refiere a cualquier forma de vida orgánica, valga decir, se remite más a la animalidad y la vida vegetativa y a cierta desvalorización de dicha forma de vida frente a la *bios*, es decir, la vida cualificada (Agamben, 2016: 9-13); éstas definiciones no se excluyen por sí mismas, sino que convergen para conformar esa manera de ejercer soberanía sobre la *nuda vida*, misma que es la forma política por excelencia del ejercicio del poder que se muestra en su cara dura a través de otra figura jurídica por excelencia: el estado de excepción.

En *Teología política*, Karl Schmitt (D’Ors, 1976: 42) el intelectual e ideólogo nazi por excelencia, definiría al soberano como aquel que es legítimamente capaz de decidir sobre una situación excepcional. La referencia no es gratuita, puesto que, precisamente en el nazismo, Agamben encuentra ese momento histórico de definición de la biopolítica a través del campo de concentración y la decisión, también soberana, de determinar cuál es y cuál no es una vida digna de vivir, soberanía que el autor encuentra más presente en los Estados occidentales de lo que los seguidores de democracia idealizada querrían (Agamben, 2016: 152-153). La vida digna de vivir, antecedente de la eutanasia, no sólo representa el poder de decisión sobre la vida misma como un derecho, sino que en

su origen tomó como ejemplos de *vidas sacrificables* a los malformados, a los judíos, a los gitanos, a los homosexuales y a los comunistas, a todas aquellas vidas desviadas que debían sacrificarse para beneficio del bien común.

¿Qué es una pandemia sino un estado de excepción a escala global? ¿qué es un estado de excepción sino el espacio en que se puede concretar el ejercicio de la soberanía a través de los dispositivos biopolíticos encarnados en las instituciones y en las vidas sobre las cuales, sin ser sacrificables, se les puede dar muerte a través de decisiones jurídicamente legitimadas? Un estado de guerra supone la toma de decisiones sobre los recursos de los que se puede echar mano para salir avante frente a una amenaza, frente al enemigo, sea éste otro Estado, otra cultura y, ahora se puede ver, sea un microorganismo que desencadene una pandemia; recursos escasos que llevan a la racionalización de acuerdo con la valorización de la vida, valga decir, a través de la balanza sobre la cual se pueden sopesar la *bios* y la *zöe* que, tratándose de la vida de las personas adultas mayores, parece obedecer más a una vida que se encuentra entre la vida cualificada y la vida orgánica *per se*, entre la pugna entre decidir por sí mismo o que el poder soberano sea quien se arrogue la decisión en última instancia.

En el caso de esta pandemia el estado de excepción, quedó claro, es el poder soberano (tangibile en las administraciones de las instituciones de salud, organismos internacionales, comités, directores y administradores de residencias geriátricas, secretarías de Estado) quien determina cuáles son esas vidas dignas de vivir, de proteger, de ser cuidadas y preservadas. Las vidas de las personas mayores institucionalizadas se manejaron como *zöe*, una vida orgánica no cualificada de la que se podría prescindir, pues el mundo testigo pasivo de cómo la toma de decisiones para asignar recursos en la atención prioritaria a la población adulta mayor, principal víctima de este virus, fue escasa y racionada cuando no se reconoció la importancia de las condiciones de los cuidadores y empleados de estas residencias geriátricas, cuando el aislamiento se volvió obligatorio en espacios hacinados donde se sabía que la propagación del virus era y es peor que en otros espacios, cuando los cuerpos se apilaban inertes en los cuartos a espera de ser recogidos, cuando en las guías bioéticas

se contempló la decisión de otorgar camas en las UCI y ventiladores a personas jóvenes con una supuesta oportunidad mayor a vencer la enfermedad y una vida más larga por vivir.

Es así que, la pandemia vino a contrarrestar la tambaleante creencia de que la vejez puede encontrar en este mundo un espacio abierto en el que el reconocimiento de su valía por ser una vida digna de vivir está por encima de las razones de estado y los valores preponderantes en las instituciones de cuidados de largo plazo, mismos que, al menos en los casos enunciados en este texto, utilizaron el discurso de la fragilidad biológica de la vejez para explicar el exceso de mortalidad y poco se habló de las condiciones en las cuales se encuentran dichas instancias y en las sociedades en general ¿qué hacer, entonces, en lo que respecta a la valorización de la vida vieja en un mundo que envejece?

Bibliografía

- ABELLAN ANTONIO, Rogelio Pujol (2009). “*La institucionalización de la muerte*”. En Blog Envejecimiento En Red (consultado el 30 de abril del 2020). Disponible en <https://envejecimientoenred.wordpress.com/2013/07/26/la-institucionalizacion-de-la-muerte/>
- AGAMBEN, Giorgio (s/f). “Qué es un dispositivo”. En *Sociológica*, núm. 73. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- AGAMBEN, Giorgio. (2016). *Homo Sacer*, España: Pre-Textos.
- AGUIRRE, M. (2014). *La institucionalización de la vejez en Uruguay*. XIII Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales, UdelaR, Montevideo, 15-17 de setiembre de 2014, recuperado de https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjHmr-YIdrpAhWLPMoKHd-vIAboQFjAAegQIARAB&url=https%3A%2F%2Fwww.colibri.udelar.edu.uy%2Fjspui%2Fbitstream%2F20.500.12008%2F23313%2F1%2FTD_AguirreRicheroMariana.pdf&usg=AOvVawixIeAyQe-jy7SxWCpXyNOj7
- AMNISTÍA INTERNACIONAL (2020). *Abandonadas a su suerte. La desprotección y discriminación de las personas mayores en residencias durante la pandemia Covid-19 en España*. España: Amnistía Internacional.

- BEAUVOIR, Simone. (2016). *La vejez*. México: Penguin Random House-Debolsillo.
- BERGER, Peter y Thomas Luckmann, (2005). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- BILLOUD, Lucía. (2017). “Las destituciones sociales en el ámbito institucional: el proceso de reconfiguración subjetiva de adultos mayores institucionalizados”. *Questión, Revista especializada en Periodismo y Comunicación*, núm. 55, Mar del Plata
- D’ORS, Alvaro. (1976). *Teología política*. Dialnet-Uniroja, consultado el 25/06/2021 <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjg3IfPpM-DxAhVPnGoFHVtdDtkQFjAPegQIFRAD&url=https%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F1704519.pdf&usg=AOvVawI6lbRVCjFMvHRWYYC3Foib>
- FERNÁNDEZ GARRIDO, Julio Jorge (2009). *Determinantes de la calidad de vida percibida por los ancianos de una residencia de la tercera edad en dos contextos socioculturales diferentes, España y Cuba* (Tesis doctoral). España: Universitat de Valencia.
- FOUCAULT, Michel. (1998). *Historia de la locura en la época clásica I*. Colombia: Fondo de Cultura Económica.
- FOUCAULT, Michel. (2000). *Los anormales*. Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- FOUCAULT, Michel. (2002). *Vigilar y castiga*. Nacimiento de la prisión. Argentina: Siglo XXI Editores
- FOUCAULT, Michel. (2012). *La hermenéutica del sujeto*. México: Fondo de Cultura Económica.
- FOUCAULT, Michel. (2015) *Historia de la locura en la época clásica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- GOFFMAN, Erving. (2012). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Argentina: Amorrortu.
- HORKHEIMER, Max (1973). *Crítica de la razón instrumental*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Sur.
- KAISER FAMILY FOUNDATION (2020). “*Total Number of Certified Nursing Facilities*”. (Consultado el 24 de abril del 2020). Disponible en <https://www.kff.org/other/state-indicator/number-of-nursing->

- facilities/?currentTimeframe=o&sortModel=%7B%22colId%22:%22Location%22,%22sort%22:%22asc%22%7D
- LASSAULT, M. (2015). *El hombre espacial. La construcción social del espacio humano*. Buenos Aires: Amorrortu.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2020-a). “Covid-19: cronología de la actuación de la OMS”. (Consultado el 24 de septiembre del 2020), disponible en <https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2020-b). “Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el II de marzo del 2020”. (Consultada el 16 de abril del 2020). Disponible en <https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
- PIZARRO ALCALDE, Felipe (2010). “La teoría de la transición demográfica: recursos didácticos”. En Enseñanza de las Ciencias Sociales, núm. 9, Barcelona: Universitat de Barcelona
- QUINTANAR OLGUIN, Fernando (2000). *Atención a los ancianos en asilos y casas hogar de la Ciudad de México ante el escenario de la tercera ola*. México: Plaza y Valdés Editores.
- RUBIO ACUÑA, Miriam. (2012). “Maltrato institucional a adultos mayores”. Gerokomos, núm. 23, España: GNEAUPP-Fundación Sergio Juan Jordán para la Investigación y el Estudio de las Heridas Crónicas.
- SANCHO CASTIELLO, Mayte y Teresa Martínez Rodríguez, (2020). *Revisión internacional de modelos de atención residencial para personas mayores*. España: Junta de Castilla y León.
- SECRETARÍA DE SALUD (2021). “Información referente a casos COVID-19 en México”. (Consultada el 17 de junio del 2021). Disponible en <https://datos.gob.mx/busca/dataset/informacion-referente-a-casos-covid-19-en-mexico>
- TRILLA, Antoni (2020). “Un mundo, una salud: la epidemia por el nuevo coronavirus COVID-19”. En Medicina Clínica, núm. 154. España: Elsevier.

Referencias hemerográficas



Vínculos. Dossier

AS (2020). “Coronavirus: cuáles son los países con más muertes, hoy, 17 de abril”. En Diario As. 17 de abril, España.

BBC (2020). “Coronavirus: Spanish army finds care home residents ‘dead and abandoned’”. En BBC News, 24 de marzo, Estados Unidos de Norteamérica.

DEUTSCHE WELLE (2020). “*EE.UU y China se acusan mutuamente sobre origen de COVID-19*”. En DW online, 18 de marzo, Alemania.

EL UNIVERSAL (2020). “Mayor de 60 años, el 95 de los muertos en Europa: OMS”. En El Universal, 02 de abril, México.