



PERSONAS MAYORES MIGRANTES Y CUIDADOS EN LA PERIFERIA BONAERENSE



RESUMEN

El presente artículo propone el abordaje de los procesos de envejecimiento en relación a los procesos migratorios y los cuidados, en la periferia bonaerense.

El propósito de este trabajo es contribuir a la visibilización de estos procesos como una problemática actual significativa. Para ello, se presentarán algunos resultados preliminares de una investigación en curso, en torno a los cuidados que configuran diferentes personas mayores migrantes, residentes en la localidad de José C. Paz, Municipio de la Provincia de Buenos Aires.

Se utilizó la metodología cualitativa, se analizaron 10 entrevistas en profundidad a personas mayores migrantes que residen desde hace más de 20 años y se relevaron fuentes secundarias mediante el análisis de datos estadísticos pertinentes a la temática. Algunos resultados si bien muestran procesos de envejecimiento y migratorios heterogéneos, la mayoría coincide en que se ha desplazado por necesidad de trabajo y mejores condiciones de vida hace más de 30 años.

Todos/as mantienen comunicación con personas de sus localidades originarias y poseen redes familiares y sociales en sus lugares de residencia; y realizan una diversidad de cuidados y actividades en sus rutinas cotidianas, es decir, son personas activas.

Palabras clave: Envejecimiento, migraciones, cuidados, salud, periferia bonaerense

INTRODUCCIÓN

El proceso de envejecimiento que en Argentina viene creciendo desde 1970 ha repercutido en los cuidados de la población mayor de 60 años a nivel individual, familiar, social y en relación con las políticas de cuidados a nivel estatal.

A su vez, desde fines de los años 60 se dan en paralelo procesos migratorios continuos de países limítrofes y se detienen los de países de ultramar. La mayoría de las personas migrantes que fueron llegando desde esa época se asentaron en la Ciudad de Buenos Aires y sus periferias. Un aspecto significativo del envejecimiento demográfico es que como fenómeno es más visible en las grandes ciudades, ya que se vincula a lo urbano y sus periferias. En este sentido, estas poblaciones que van envejeciendo son en gran parte producto del movimiento de flujos y/o desplazamientos de personas.

El contexto demográfico nacional actual presenta un número creciente de personas mayores de 60 años,



Fuente: ecuavisa.

muchas de las cuales provienen de diversas localidades geográficas. Los datos sociodemográficos de acuerdo al Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas de 2010, planteaban que en el país residían 5,7 millones de personas mayores de 60 años (el 14,3 % del total de la población)[1]. A su vez, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires era la jurisdicción más envejecida: en 2010 el 21,7 % de su población tenía 60 años y más, mientras que la provincia de Buenos Aires mostraba un 14,9 % de personas en esas edades (López et al, 2015).[1] Algunas proyecciones estiman que en 2021 ese número asciende al 17%.



Si bien estos datos están desactualizados [1] expresan una tendencia que se mantiene. Con respecto a la población migrante, en Argentina de acuerdo a los datos del último censo de 2010 existe un 4,5% de población nacida en el extranjero (un total de 1.805.957 personas), de los cuales el 28% (506.025 personas) tenían más de 60 años.

Según nacionalidad, quienes arribaron de Paraguay encabezan la población migrante: que totalizan 550.713 personas, de las cuales 212.000 llegaron en el periodo 2002-2010. Le siguen los migrantes procedentes de Bolivia con una población de 345.272, en tercer lugar, se ubica Chile con 191.147 personas y en cuarto lugar se en-

cuentran quienes llegaron de Perú que son 157.514 personas.

El 62,2% de los nacidos en el extranjero reside en los partidos del Gran Buenos Aires y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Es necesario aclarar que la única fuente de datos que permite conocer de forma amplia la situación de las personas migrantes es la que proporcionan los Censos de Población, Hogares y Vivienda del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC). Sin embargo, el último censo realizado en 2010 está lejos de dar cuenta de los cambios en las dinámicas migratorias recientes del país. Por ello, se realizó el Anuario Estadístico Migratorio de Argentina 2020 que condensa los principales resultados derivados de la primera edición de la Encuesta Nacional Migrante de Argentina (ENMA). En la ENMA, de un total de 2713 respondientes, el 18% de los /as encuestados/as ha indicado dificultades en la obtención de turnos, en tanto el 10% indicó haber sufrido discriminaciones o malos tratos en el contexto. En este sentido, según Cerrutti (2006) existe un trato diferencial de parte del personal administrativo y de salud hacia ellos/as.

ANTECEDENTES

Los procesos de envejecimiento, migraciones y cuidados cuentan con una extensa bibliografía e investigaciones a nivel nacional e internacional, pero en su gran mayoría, se han indagado por separado. Por ello, se encuentran trabajos académicos sobre procesos de envejecimiento y políticas públicas, migraciones, migraciones y salud, migraciones y políticas públicas, cuidados, políticas de cuidados, cuidados y género, cuidados y envejecimiento, entre otros.

Desde la demografía se considera que una población está envejecida cuando el porcentaje de personas de 65 años o más alcanza o supera al 7% del total de la población. Por otro lado, Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento de 1982 y la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento de 2002 consideran que las personas son mayores a partir de los 60 años (INDEC, 2014). En este artículo se adoptará esta definición debido a la disponibilidad de fuentes secundarias con este criterio.

Los estudios sobre los procesos de envejecimiento o vejez provienen de diversos campos (demografía, sociología, gerontología, feminismo, entre otros). La vejez es un fenómeno social multidimensional —engloba variables de edad, género, clase, trayectoria individual—, y es interpretada por numerosas corrientes de pensamiento. Bourdieu (2002) comprende a las generaciones como una construcción social o una manipulación social de lo biológico. En este sentido, la vejez no es homogénea, varía y cambia y es compleja en su interior. Por otra parte, el envejecimiento, en tanto proceso histórico-social o individual, es dinámico, extremadamente heterogéneo y particularmente contextualizado (Tamer 2008 en: Findling et al, 2020).

El envejecimiento implica una demanda específica en relación a los servicios de cuidado y de atención de la salud (Laslett, 1995). Dado que el sistema de protección social es insuficiente para mantener una calidad de vida acorde con las exigencias que plantean las edades avanzadas, una parte significativa de la población mayor debe obtener recursos de diversas redes sociales, fundamentalmente de sus propias familias. Si bien, hasta hace pocas décadas, las familias eran

proveedoras de protección y seguridad, esta función se ha ido alterando debido a sucesivos cambios sociales (incorporación femenina al mercado de trabajo, redistribución de tareas y de responsabilidades de los miembros de la familia), demográficos (envejecimiento de la población y aumento del “envejecimiento dentro del envejecimiento”, disminución de la fecundidad, menor número de miembros del hogar), políticos (modificaciones en las atribuciones del Estado, mercantilización de servicios), y culturales (secularización, individualización, mayor autonomía de las mujeres) (Martín Palomo, 2008; Findling y López, 2015). A pesar de ello, en muy pocos países de América Latina, los sistemas de protección y cuidados a la vejez han implementado una cobertura de largo plazo para apoyos y cuidados de personas mayores con problemas de salud ya que aún se considera que las familias son las responsables de los costos de la dependencia (Findling, Cirino y Estrella, 2020).

A su vez, el fenómeno migratorio internacional constituye según el filósofo francés E. Balibar (2005), el fenómeno político mayor de nuestro tiempo. Afecta a más de 250 millones de personas migrantes a nivel mundial, siendo casi la mitad, mujeres y niñas. Los desplazamientos repercuten en grados variables en la salud y vidas de las personas que migran, de acuerdo al tipo de migraciones que se trate.



Fuente: tabasco.gob.mx

[1] Algunas proyecciones estiman que en 2021 ese número asciende al 17%.

[1] Aún no están disponibles los datos del Censo 2022





Algunos estudios sobre migraciones y salud se enfocan en la relación entre profesionales de salud y población migrante. La mayoría provienen de España (Comelles, 2004; Moreno Preciado, 2008; Rico Becerra, 2009; Uribe, 2006). El fenómeno migratorio ha cobrado importancia en ese país, en los últimos 20 años y que España ha pasado de ser un país netamente emisor de emigrantes a ser receptor de un intenso flujo migratorio (Alonso y Blasco, 2007).

En Argentina se abordaron estos temas señalando que la atención de esta población en las instituciones sanitarias está atravesada por distintas formas de discriminación, rechazo y violencia institucional (Pratto, 2016). Nuestro país desde mediados del siglo XIX ha sido receptor de inmigración internacional. Luego de finalizada la Segunda Guerra Mundial, existió un flujo permanente y sostenido de migrantes regionales, especialmente de países limítrofes, el cual se mantiene activo hasta la actualidad (Courtis y Pacecca 2008 y 2010 en: Pratto, 2016). El carácter problemático atribuido a la inmigración limítrofe encontraría en la figura del extranjero al responsable de la desocupación, el delito callejero y el “colapso” de los sistemas educativos y sanitarios, propiciado desde el Estado, sindicatos y los medios de comunicación (Oteiza, Novick y Aruj 1996, Grimson 1999, Domenech 2009; en: Pratto, 2016).

Con respecto a los cuidados, desde la perspectiva filosófica fenomenológica y hermenéutica, Agnes Heller (2011) considera que forman parte de la condición humana, ya que plantea que, desde sus inicios, los seres humanos necesitan ser cuidados para sobrevivir y desarrollarse. En las investigaciones en el campo del cuidado y los recursos humanos en salud, se destacan los trabajos de enfermeras como Colliere (2009), Leininger (1978, 1991, 1995) y los de Watson (1985, 1990, 1992). Desde la perspectiva de género se ha reflexionado en torno a los cuidados y el género. La vinculación entre los cuidados y «el amor» ha contribuido a la desvalorización de estas tareas (Comas d'Argemir, 1995 en: Maure, 2020). Según Comas d'Argemir (2014) constituye una forma de proveer bienestar, tanto físico, psíquico, como emocional entre seres humanos.

Los cuidados de personas mayores se encuentran condicionados por las características que adquieren en nuestro país, la familia, el mercado, el Estado y las organizaciones no gubernamentales, que constituyen el denominado diamante de los cuidados (Razavi, 2007 en: Findling et al, 2015). Sin embargo, además de los diversos condicionantes que hemos expuesto, se incorpora un aspecto más que complejiza la problemática, la condición migrante de las personas mayores y cómo ella afecta o incide en la salud y los cuidados brindados y recibidos y en la experiencia de envejecimiento.



Según Huenchuan (2018), lo que es más inquietante para la región es el escenario en el que ocurre el envejecimiento poblacional, caracterizado por la desigualdad, la pobreza, el agotamiento de un modelo de crecimiento económico insostenible, y el avance del desempleo y del empleo de baja productividad (Huenchuan, 2018). A ello se suma que el envejecimiento es un fenómeno mayormente urbano acrecentado por migraciones. En este sentido, hasta aquí se presentaron las problemáticas que se abordan y cómo se interrelacionan.

METODOLOGÍA

El presente trabajo se enmarca en una investigación de Posdoctorado en Ciencias Sociales de la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA, que se encuentra en curso.

El objetivo del artículo es contribuir a la visibilización de los procesos de envejecimiento y migratorios en relación a los cuidados como una problemática actual significativa. A su vez, se presentarán algunos resultados preliminares de una investigación en curso, en torno a los cuidados que configuran diferentes personas mayores migrantes en la periferia bonaerense, teniendo en cuenta los siguientes interrogantes: ¿Qué cuidados en salud realizan las personas mayores migrantes que viven en la periferia bonaerense?; ¿Qué ideas o perspectivas tienen las personas mayores migrantes en torno a los cuidados y la salud?; ¿Qué itinerarios y saberes de salud y cuidados poseen las personas mayores y cómo se vinculan con sus experiencias migratorias?

Para responder estas preguntas se optó por una estrategia metodológica cualitativa, que permitió

que permitió la producción, procesamiento y análisis de los datos. Se realizó el relevamiento y análisis de fuentes bibliográficas. A su vez, se combinaron fuentes secundarias (estadísticas nacionales, provinciales y municipales) con fuentes primarias. La técnica de relevamiento de la información fue la entrevista individual semiestructurada.

Se definió un tipo de muestra no probabilística a partir de la selección de los casos de acuerdo con determinados criterios. Teniendo en cuenta que los atributos (sociales, genéricos, etarios, procedencia) de los sujetos inciden en la manera en que se representan algunos fenómenos sociales, se seleccionaron e incluyeron hombres y mujeres mayores de 60 años que residen en el segundo cordón del Conurbano Bonaerense, mayormente en la localidad de José C. Paz, que migraron de diversas localidades y países, de diferentes niveles socioeconómicos, buscando desentrañar la relación de los procesos de envejecimiento y migratorios con los cuidados.

La técnica de reclutamiento fue la técnica de bola de nieve, intentando la mayor heterogeneidad posible de los datos. Para el presente trabajo se tuvieron en cuenta 10 entrevistas. Mediante las entrevistas, se exploraron, describieron y analizaron las siguientes dimensiones: significados, opiniones, creencias y percepciones sobre los cuidados y criterios para su clasificación en relación con el envejecimiento y la migración; sobre los actores que se reconocen involucrados en los cuidados de personas mayores migrantes; los itinerarios de cuidado y migraciones de las personas mayores migrantes. Para las mismas, se aplicó un consentimiento informado mediante el cual los/as entrevistados/as recibieron información sobre la investigación, el financiamiento a las de 60 años y más.



RESULTADOS

El perfil sociodemográfico de los/as entrevistados/as. Las entrevistas fueron realizadas a cuatro mujeres y seis a varones. Las mismas se desarrollaron en un Centro de jubilados y en un Centro de Salud que presta sus instalaciones a un grupo de personas mayores para actividades comunitarias, ambos en la localidad bonaerense de José C. Paz.

Se entrevistaron a migrantes internacionales europeos (de Italia y España), a migrantes de países latinoamericanos (Colombia, Perú, Bolivia, Paraguay (3) y Uruguay), y a un migrante interno (de Misiones).

Las edades de los/as entrevistados/as abarcan un rango desde los 60 a los 81 años: cuatro tienen entre 60 y 70 años, cinco tienen entre 71 y 80 años y uno tiene 81 años.

Todos/as viven en el territorio de José C. Paz menos un adulto mayor migrante que trabaja en el Municipio paceño pero vive en una localidad cercana. Seis provienen de ámbitos/zonas rurales, y tres de ellos/as aún tienen huerta y gallinas. El resto (4) han nacido y se han criado en ámbitos urbanos.

Cinco de los/as entrevistados/as se encuentran jubilados/as, una está realizando el trámite, otra no puede tramitarla y continúa trabajando como empleada doméstica, y el resto (3) se desempeñan en un centro de salud municipal (en enfermería, promoción de la salud y clínica médica).

En relación a la cobertura de salud, los/as jubilados/as poseen la cobertura de salud “Pami”[1], uno de ellos además contrata una empresa de medicina privada. De los que continúan trabajando, tres poseen la cobertura de salud de los empleados de la Provincia de Buenos Aires “Ioma” y dos se atienden en el subsector de Salud Pública. Con respecto a la atención que reciben no han planteado quejas o reclamos, sin embargo, sí han referido dos mujeres que no poseen obra social, que algunos remedios que son caros, no los pueden adquirir.

La mayoría de personas mayores migrantes se han casado y han tenido hijos/as y tienen actualmente nietos/as menos una entrevistada que no tiene hijos/as.

Los/as entrevistados/as migrantes de países latinoamericanos y el de Misiones aún poseen algún familiar que vive en sus países de origen y por ello mantienen comunicación periódica y regresan de visita para verlos/as con diversas frecuencias.

Envejecimiento, migraciones y problemas de la salud

Ninguno/a de los/as entrevistados/as es inactivo o presenta alguna patología que le impida u obstaculice desplazarse. Todos/as mantienen una rutina diaria que incluye diversas actividades, incluso entre quienes ya se encuentran jubilados (5).

Es necesario aclarar que la mayoría de ellos/as han vivido más tiempo en el país de residencia que en sus lugares de nacimiento y/o crianza, es decir que sus redes familiares y sociales y muchos de sus vínculos son próximos. Muchos de ellos han referido “somos más argentinos que...”.



En las entrevistas resaltaron algunos aspectos relacionados con las causas de las migraciones en relación a la búsqueda de mejores condiciones de vida, y sobre todo señalaron que el trabajo sería el motivo principal. La mayoría de los/as que migraron en temprana edad, a los pocos años de haber llegado al país comenzaron a trabajar. Salvo los/as que aún continúan trabajando (4) en salud y casa de familia, que son los/as más jóvenes de la muestra, el resto (6) no terminaron la escuela primaria, y comenzaron a trabajar a los 12 o 15 años.

Aprendieron a realizar distintas tareas y oficios. Dos se jubilaron como choferes, uno como tapicero, otro como comerciante, otra como ama de casa y otra está esperando que le salga la jubilación (ambas son mujeres que trabajaron en



Fuente: aistock

casa de familia, limpiando, cocinando y/o cuidando niños/as, sin relación de dependencia, por lo que no tuvieron aportes jubilatorios, y por ellos se tramita la jubilación como ama de casa).

Una situación que se repitió en ocho de los/as diez entrevistados/as es que sus familias de origen eran numerosas, tenían más de tres o cuatro hermanos/as, en algunos casos hasta ocho.

En cuanto a ellos/as, la mayoría (6) tuvieron dos o tres hijos/as en total, una tuvo diez hijos, dos tuvieron un solo hijo y una entrevistada no tuvo hijos. La mayoría de sus hijos residen cerca, algunos incluso viven en el mismo terreno y/o casa. Además, como ya se mencionó poseen parte de sus familias en sus países de origen, con las cuales mantienen vínculos estrechos y visitan cuando pueden.

Las personas que migraron hace más de 30 años recuerdan que fue la escasez de trabajo y de posibilidades de desarrollo, la que las motivó a desplazarse, incluso a los dos varones que pudieron estudiar y contaban con un título universitario (médico y enfermero).

La mayoría manifestaron que cuando eran niños/as no recuerdan haber necesitado atención médica, salvo algunos casos por situaciones menores. Los/as que se criaron en ámbitos rurales expresaron que utilizaban remedios caseros (yuyos, infusiones), y que había parteras y curanderos. Éstos últimos fueron mencionados, pero ninguno/a de los/as entrevistados/as manifestó atenderse con ellos. Una de las mujeres paraguayas (Hermes) relató que puede “sanar” con la palabra y “secretos”, según sus palabras ella es “católica, apostólica romana”, y no se considera curandera. El resto de los/as entrevistados/as manifestaron sentirse bien de salud, a pesar de que relataron que a medida que pasó el tiempo o “por los almanaques” (años), atravesaron diversos padecimientos, algunos relacionados con las condiciones de trabajo (como hernias, problemas respiratorios, presión alta, entre otros).

Mencionaron diversas problemáticas de salud que presentan actualmente, muchas asociadas a la edad como hipertensión, diabetes, tiroides,





cardiopatías, problemas de rodilla, tobillo, cálculos en la vesícula, entre otros. Además, algunos/as presentan patologías que se desencadenaron previamente como asma o secuelas de neumonía, por lo que deben seguir cuidándose. Refirieron:

“me operaron de la vesícula ... ahora estoy con tratamiento, me duele, me sacaron una piedra grande. El sol me hace mal, problema del corazón, hace años, tengo problemas del corazón, por renegar... me falta el aire, no puedo recuperar...tengo asma, me duele la rodilla, el tobillo...” (Hermes, paraguaya, 76 años).

“tomo medicación por el corazón. Tomo para la presión... tomo para la tiroides...” (Roberto, italiano, 80 años).

“voy para los 82, estoy operado de la vesícula, me operaron hace 4. En el trauma me operaron... tomo remedios para la presión...” (Angelín, misionero, 81 años).

“me operaron algunas veces de la hernia. Inguinal. Del mal esfuerzo en la tapicería...” (Aquiles, español, 78 años).

“tuve neumonía dos veces...Me interne en el santojanni tres meses, ahí me cure. 3 años de tratamiento. Después me agarre neumonía de nuevo. Tengo dos costillas manchadas de pleura. Me curé con pastillas. Rifanpisina. Es durísima, te quema...” (Máximo, paraguayo, 80 años).

Envejecimiento y cuidados

El proceso de envejecimiento, como ya se ha referido, conlleva desafíos con respecto a los cuidados a nivel individual, familiar, social y en relación a las políticas de Estado.

En los estudios sobre cuidados se ha analizado la feminización de los mismos, la mayor carga de trabajo que conlleva para las mujeres. En las entrevistas, si bien todos/as respondieron que, en sus infancias, las que mayormente se hacían cargo de sus cuidados eran sus madres, también los cuidados eran mencionados en torno a otras situaciones. Por un lado, varios varones (3) han cuidado a sus parejas mujeres durante varios años previo a sus fallecimientos debido a que padecieron problemas de salud prolongados. De los/as cuatro entrevistados/as que tienen entre 76 y 80 años que han enviudado, tres son varones y una es mujer. Todos/as acompañaron durante varios años procesos de enfermedad y debieron cuidar a sus parejas durante ese tiempo. Dos enviudaron hace más de 30 años y dos hace menos de dos años. Todos/as ellos/as asisten y participan en actividades que se organizan en los dos centros (de jubilados y de salud), de José C. Paz en los que se realizó el trabajo de campo. En la actualidad tres de ellos/as están en pareja, y dos de ellos/as conviven con su pareja.

Por otro lado, todos/as los/as entrevistados/as expresaron que se cuidan incluyendo dentro de los cuidados diversas prácticas y acciones: desde de los cuidados diversas practicas y acciones: desde controles



médicos, alimentación, actividad física, medicación, análisis, actividades recreativas, trámite de jubilación, cocinar, mantenerse ocupado/a. En sus palabras:

“Voy al cardiólogo, tomo remedios para la presión, todo. No hago actividad, en casa si, adentro de la casa, camino un poco.” (Angelín, misionero, 81 años).

“Yo me cuido en todo sentido, yo me cuido de estar no machado, me cuido de la comida como yo tengo tenia ulcera hace muchos años y tengo presión alta me tengo que cuidar, antes fumaba chupaba deje de fumar. Yo me cuido yo solo. Yo le digo a ella tenemos que cuidarnos entre los dos... Ese es el cuidado para mi, yo me cuido en las comidas y a veces tomo una copita de vino. A veces tomo una cervecita... Soy bailarín, chamamecero, bailo tango, milonga, paso doble, cumbia, bailo de todo menos chacarera, música lenta, bailo concorte...” (Máximo, paraguayo, 80 años).

“Tomo mucha agua. Para cuidarme dejé de comer las pastas, 5 veces por semana comía... Trato de no comer pan. Escucho radio, tango, cuando vuelvo de la caminata descanso. Hoy tengo la tarea de hacer berenjena en escabeche. Hago la comida para mi casa. Por ahí viene mi nieta o mi hijo, ayer vino mi hijo. Y me cuido mucho en la comida, como ensalada todos los días, lechuga, zanahoria hervida, remolacha y garbanzo y poroto, legumbres...” (Roberto, italiano, 80 años)

“Estoy bien controlado, hago análisis ... juego dos veces por semana al truco en el centro de jubilados... baile 4 hs todos los domingos haces ejercicio... Mejor ejercicio que bailar te puedo asegurar que no hay” (Aguiles, español, 78 años).

“Comemos sano, usamos remedios caseros, en el mate y tereré, sabemos que son remedios que hacen bien. Traje de allá. Tereré con burrito, tengo ruda, ajeno, orégano, cebolla, perejil, berenjena. Para el estómago es el ajeno...” (Rosa, paraguaya, 64 años).

CONCLUSIONES

Durante el trabajo de campo en el que se entrevistó a personas mayores migrantes, hallamos que todas menos una mujer paraguaya, han migrado hace más de 30 años. Los dos hombres europeos que han migrado en 1955 y 1951 (hace 68 y 72 años) son parte de procesos migratorios de países de ultramar que a fines de los años 60 se detienen. El resto de entrevistados/as son parte de migraciones de países limítrofes y sudamericanos e internas que se dan continuamente y en paralelo desde ese período.

Los motivos que los/as llevaron a desplazarse se vincularon mayormente con las escasas posibilidades laborales y “querer vivir mejor” y “por necesidad”. La mayoría desarrollaron diversos oficios y labores que les permitieron encontrar trabajo, construir sus casas y mantener a sus familias económicamente.

Es preciso señalar que todas las personas entrevistadas describieron sus rutinas diarias a partir del desarrollo de numerosas actividades, es decir, no son personas inactivas. A pesar de que presentan diversas patologías y problemas de salud, muchos vinculados a la edad como las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT): diabetes, hipertensión, tiroides, cardiopatías, entre otras; todos/as han referido que se cuidan, y poseen red familiar y social/comunitaria.



La atención de salud de la mayoría de las personas entrevistadas se halla cubierta a través del sistema de previsión social. Un hallazgo significativo se vinculó con los cuidados que realizaron tres varones durante un periodo de tiempo prolongado, a sus parejas que presentaban enfermedades terminales, que muestra que los cuidados no son esencialmente femeninos.

Lo mencionado nos motiva a seguir indagando acerca de los cuidados y las expectativas que poseen con respecto a sus vidas, ya que si bien algunos (3) relacionaron el contexto local “inseguro” en el que viven y la falta de cuidado de “los que mandan”, todos/as expresaron que en gran parte de sus rutinas diarias incluyen no sólo cuidados individuales, sino también comunicaciones y encuentros/ re- encuentros con familiares, con pares, actividades recreativas y sociales, viajes/turismo, entre otros.

Las trayectorias de estas personas mayores migrantes dan cuenta de procesos de envejecimiento enmarcados en un contexto histórico-social, que son dinámicos y heterogéneos. A pesar de la diversidad de experiencias se relevaron recurrencias en cuanto a los cuidados, la necesidad de mantenerse activos, la importancia en sus vidas del apoyo de familiares y conocidos/as, de la recreación, de juntarse con otros/as pares, compartir el tiempo y divertirse.

En este sentido, el presente artículo es parte de un análisis de resultados preliminares de una investigación en curso.

Estos primeros hallazgos constituyen el puntapié inicial para seguir profundizando en torno a los procesos de envejecimiento, migraciones y cuidados en la periferia bonaerense.

BIBLIOGRAFÍA

Alonso, M y Blasco, E F. (2007). España: de la emigración a la inmigración. HAL Archives Ouvertes. Fr.

Balibar, E. (2005). Violencias, identidades y civilidad: para una cultura política global. Barcelona: Gedisa.

Bourdieu, P. (2002). “La ‘juventud’ no es más que una palabra”, en Sociología y cultura, México, Grijalbo.

Cerrutti, M. (2006). “Problemas de salud, utilización de servicios y conductas preventivas de los migrantes limítrofes en la Argentina”. En Jelin, E. (dir.) Salud y migración regional. Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural. Buenos Aires: Ides. Pp 15-32.

Collier, M F. (2009). Promover la vida. Barcelona, Mc Graw.

Comas D’Argemir, D. (1995). Trabajo, género, cultura. La construcción de desigualdades entre hombres y mujeres. Barcelona: Icaria.

Comas D’Argemir, D. (2014). La crisis de los cuidados como crisis de la reproducción social. Las políticas públicas y más allá. Periferias, fronteras y diálogos. Actas del XIII Congreso de Antropología de la Federación de Asociaciones de Antropología del Estado Español, Tarragona, Universitat Rovira i Virgili, 329-349.

Comelles, J. (2004). “El regreso de las culturas: diversidad cultural y práctica médica en el siglo XXI”. En Fernández, G. (comp.) Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas. Quito: ABYA YALA, BOLIHISPANA, UCLM. Pp 347-350.

Findling, L. y López, E. (coord.) (2015) De cuidados y cuidadoras: acciones públicas y privadas. Buenos Aires. Biblos.

Findling, L; Cirino, E; y Estrella, P (2020). Envejecimiento, género y políticas de cuidado en Argentina. Desigualdades persistentes. LQV. AÑO 15, (11): 336-338.

Heller, A. (2011). On the concept of care. En R. Pinheiro y A. Gomes Da Silva (Orgs.). Ciudadania no cuidado. O Universal e o común na integridades das acções de saude. Rio de Janeiro: CEPESC.



Huenchuan, S. (2018). Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos, Libros de la CEPAL, N° 154 (LC/PUB.2018/24-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Laslett, P. (1995). Necessary Knowledge: Age and Aging in the Societies of the Past". En D. Kertzer y P. Laslett (Ed.) *Aging in the Past Demography, Society and Old Age* (pp. 3-79). Berkeley: ne University of California Press.

Leininger, M. (1978). *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, and Practices*. New York, NY: John Wiley and Sons.

Leininger, M. (1991). *Culture Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing*. New York, NY: John Wiley and Sons.

Leininger, M. (1995). *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Practices*. Columbus, OH: Mc Graw Hill.

López, E., Findling, L., Lehner, M. P. y Mario, S. (2015). Aspectos sociales del envejecimiento demográfico y los cuidados. En A. L. Kornblit, A. C. Camarotti y M. Güelman (eds.) *X Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población*. Buenos Aires: Editorial Teseo.

Martín Palomo, M.T. (2008). Domesticar el trabajo: una reflexión a partir de los cuidados. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 26(2), 13-44.

Maure, J. (2020). La salud de mujeres migrantes latinoamericanas en la encrucijada entre los cuidados remunerados y no remunerados: un análisis desde sus narrativas de aflicción. *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, (21): 179-203.

Mombello, L. (2006). "El acceso a la salud de los inmigrantes limítrofes en el Alto Valle de Río Negro y Neuquén". En Jelin, E. (dir.) *Salud y migración regional. Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural*. Buenos Aires: Ides. Pp 91-102.

Moreno Preciado, M. (2008). "Las implicancias familiares en los cuidados de los inmigrantes". *Cultura de los Cuidados*, Año XII. N° 24: 59-65.

Osorio, p. (2006). "La longevidad: más allá de la biología. Aspectos socioculturales", en *Papeles*, N° 22: 1-28.

Pratto, L. (2016). *La precariedad de la vida. Mujeres bolivianas y tuberculosis en el sur de la ciudad de Buenos Aires*. Tesis de maestría. Ms. Ides.

Rico Becerra, J I. (2009). *El inmigrante "enfermo": apuntes y reflexiones desde un trabajo antropológico*. Murcia, Isabor.

Uribe, J M. (2006). Migraciones y salud - Préstamos de ida y vuelta. En: Fernández, G. (comp.) *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la Salud y Crítica Intercultural*. Quito: ABYA YALA, BOLIHISPANA, UCLM, Pp. 83-92.

Watson, J. (1985). *Nursing: Human Science and Human Care*. New York: National League for Nursing.

Watson, J. (1990). The moral failure of the patriarchy. *Nursing Outlook*, 38(2), 62-66.

Watson, J. (1992). *Filosofía y Teoría de los cuidados humanos en enfermería de Watson*. En J. Rihel-Sisca (Eds.), *Modelos Conceptuales de Enfermería* (pp. 179-192). Barcelona: DOYMA, Pp 179-192.

FUENTES UTILIZADAS:

Anuario Estadístico Migratorio de la Argentina, 2020. Primera edición de la Encuesta Nacional Migrante de Argentina (ENMA). Red Institucional Orientada a la Solución de Problemas en Derechos Humanos (RIOSP-DDHH) del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) de la República Argentina.

INDEC, 2010. *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010*.

INDEC, 2014. *Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos mayores 2012*. Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadística y Censos 2014.

