

Itinerarios terapéuticos, cuidados y saberes de salud de personas mayores migrantes en la periferia bonaerense, Argentina

Therapeutic itineraries, care, and health knowledge of older migrants in the Buenos Aires periphery, Argentina

Fecha recepción: noviembre 2025 / Fecha aceptación: marzo 2026

DOI: <https://doi.org/10.51188/rrts.num36.05>

ISSN en línea 0719-7721 / Licencia CC BY 4.0.

RUMBOS TS, año XXI, N° 36, 2026. pp. 119-150

rumbos TS



Paula V. Estrella

Licenciada en Antropología (FCNyM-UNLP), Doctora en Antropología (FFyL-UBA).

Autora para correspondencia.

Aguirre 150, Piso 1, Depto. C, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Código postal: C1414BQD, Argentina.

 pvestrella@gmail.com  <https://orcid.org/0000-0001-9137-9332>

Resumen

El objetivo de este artículo es analizar los itinerarios terapéuticos, los cuidados y los saberes de salud de personas mayores migrantes que viven en el conurbano de Buenos Aires, Argentina. El presente trabajo se enmarca en una investigación de posdoctorado en Ciencias Sociales realizada durante el período 2021-2024. Se utilizó una metodología cualitativa, a partir de la cual se realizaron 15 entrevistas en profundidad a personas mayores migrantes; asimismo, se efectuó observación participante en efectores de salud, organizaciones sociales y domicilios particulares de personas entrevistadas. A su vez, se analizaron fuentes secundarias mediante el relevamiento de datos estadísticos pertinentes para la temática. Los principales resultados mostraron que los itinerarios terapéuticos, los cuidados y los saberes de salud se vinculan con sus trayectorias de vida y su experiencia migratoria, las cuales han generado conocimientos significativos. A modo de consideraciones finales, se observa que los cuidados se relacionan con la creación de redes de apoyo que superan fronteras y localidades; estas estrategias de afrontamiento les han permitido adaptarse al país y a su nuevo entorno. A pesar de las situaciones de discriminación que han padecido por ser personas mayores y migrantes, así como de las escasas políticas públicas que abordan sus problemáticas, han podido sostener diversos grados de autonomía y bienestar capitalizando los recursos que poseen.

Palabras clave

Migraciones; envejecimiento; itinerarios terapéuticos; cuidados y saberes de salud; periferia

Abstract

The aim of this article is to analyze the therapeutic itineraries, care practices, and health knowledge of older migrants living in the greater Buenos Aires metropolitan area, Argentina. This work is part of a postdoctoral research project in Social Sciences conducted between 2021 and 2024. A qualitative methodology was used, which included 15 in-depth interviews with older migrants, as well as participant observation in healthcare facilities, social organizations, and the private homes of interviewees. Secondary sources were also analyzed through the collection of statistical data relevant to the topic. The main results showed that therapeutic itineraries, care practices, and health knowledge are linked to their life trajectories and migration experiences, which have generated significant knowledge. By way of final considerations, care is related to the creation of support networks that transcend borders and localities; these coping strategies have allowed them to adapt to the country and their new environment. Despite the discrimination they have suffered as older migrants and the scarce public policies addressing their problems, they have been able to maintain varying degrees of autonomy and well-being by capitalizing on the resources they possess.

Keywords

Migrations; aging; therapeutic itineraries; health care and knowledge; periphery

Introducción

El fenómeno migratorio internacional constituye, según Balibar (2005), el aspecto político mayor de nuestro tiempo, y su impacto es un factor de cambio social dinámico y en permanente transformación que requiere un estudio específico en todos los ámbitos del entramado estatal. Algunos autores señalan que las migraciones humanas, en general, se originan por la búsqueda de trabajo, nuevas oportunidades económicas, reunificación familiar, mejor calidad de vida, entre otros motivos (Loteró-Echeverri y Pérez Rodríguez, 2019; Méndez y Gómez, 2022; Micolta, 2005).

Argentina, desde mediados del siglo XIX, ha sido receptora de migración internacional y, desde 1960, especialmente de países limítrofes, proceso que se mantiene activo hasta la actualidad (Courtis y Pacecca, 2008, 2010, citados en Pratto, 2016). A partir de la década de 1970, cuando las economías regionales entraron en crisis, las personas migrantes comenzaron a dirigirse hacia la provincia de Buenos Aires, donde los empleos en la construcción, la industria manufacturera y los servicios eran mejor remunerados (Marshall y Orlansky, 1983, citados en Mera et al., 2015). Las poblaciones migrantes que llegaron desde mediados del siglo XX fueron envejeciendo en estos territorios.

Los datos sobre envejecimiento según el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022 muestran que, a nivel nacional, el 12 % de la población tenía más de 65 años. En la provincia de Buenos Aires, este grupo representaba el 12,2 % del total, mientras que, en la localidad de José C. Paz, el 8,72 % de sus habitantes superaba los 65 años. Con respecto a los datos sobre población migrante envejecida, el censo de 2022 registró que el 4,2 % de los habitantes del país había nacido en el extranjero (1.933.463 personas) y que, de ellos, el 20,4 % tenía más de 65 años. En la provincia de Buenos Aires vivían 994.653 personas nacidas fuera del país, de las cuales el 20 % superaba esa edad, mientras que, en el municipio

de José C. Paz, residían 22.199 personas migrantes extranjeras, de las cuales el 13 % tenía más de 65 años. En este sentido, la conformación sociodemográfica del territorio bonaerense de José C. Paz refleja un largo proceso que incluye diversas poblaciones y grupos humanos migrantes que fueron confluyendo en el territorio y se asentaron en él (Estrella et al., 2020).

Las personas mayores migrantes que residen en la localidad de José C. Paz presentan similitudes y diferencias en cuanto a los procesos de envejecimiento, las experiencias migratorias y los itinerarios terapéuticos en torno a la salud y los cuidados. Existen escasos estudios que abordan específicamente los entrecruzamientos entre procesos de envejecimiento, migraciones y cuidados (González-Torralbo y Da Silva Villar, 2024). Hay una vacancia de conocimiento sobre migraciones y envejecimiento en su relación con los cuidados (Stefoni et al., 2022), por lo que este artículo pretende contribuir a la literatura que aborda estos temas.

En este sentido, la pregunta central del artículo es ¿cómo se interrelacionan los procesos de envejecimiento, las trayectorias migratorias y los itinerarios terapéuticos vinculados a los cuidados y saberes de salud en una localidad de la periferia bonaerense?

En este caso, nos concentraremos en la trayectoria e itinerario de personas migrantes (Benencia, 2011) en relación con instituciones públicas de salud del territorio, considerando, por un lado, que los procesos migratorios constituyen uno de los determinantes sociales de la salud y, por otro, que la población abordada también presenta otra característica significativa: son personas mayores que residen en el conurbano bonaerense desde hace más de 30 años. En este sentido, se han indagado los itinerarios terapéuticos de dichas personas, que comprenden las trayectorias de búsqueda, producción y gerenciamiento del cuidado de la salud (Bellato et al., 2008).

El presente trabajo se enmarca en una investigación de posdoctorado en Ciencias Sociales de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, realizada durante el período 2021-2024.

Este artículo se compone de varias secciones, además de esta introducción: antecedentes y marco conceptual, objetivos y metodología, resultados, y discusión y consideraciones finales.

Antecedentes y marco conceptual

Migrantes, discriminación y salud

La población migrante que vive en José C. Paz proviene de localidades heterogéneas y, al igual que en otras áreas geográficas, cuando se trata de migración limítrofe, como en este caso, posee un carácter problemático porque, desde el Estado, los sindicatos y los medios de comunicación, se delinearon discursos que adjudicaron a estos migrantes la responsabilidad por los problemas sociales

y económicos que se desplegaban en el marco de las reformas implementadas bajo el paradigma neoliberal (Domenech, 2009; Grimson, 1999; Oteiza et al., 1996, citados en Pratto, 2016). La construcción mediática y audiovisual del “migrante” ha abonado discursos xenófobos y discriminatorios que permanecen vigentes y se actualizan (Castiglione, 2010, 2013; Castiglione y Cura, 2007; Halpern, 2007, 2022).

Los estudios relevados sobre migraciones y salud provienen, en su mayoría, de España y abordan diversos aspectos en torno a los obstáculos de accesibilidad, problemas de comunicación, racismo y maltrato institucional, entre otros. Algunos de ellos se enfocan en la relación entre profesionales de salud y población migrante (Comelles, 2004; Moreno Preciado, 2008; Rico Becerra, 2009; Uribe, 2006) y, en una escala más amplia, se encuentran los trabajos sobre migraciones relacionados con el campo de la salud desde una perspectiva antropológica (Alonso, 2009; Antonín, 2009; Fuentes, 2009; Lurbe i Puerto, 2009). La bibliografía especializada en Argentina sobre estos temas (Baeza et al., 2019; Calvelo et al., 2015; Cerrutti, 2006, 2010; Estrella et al., 2020; Gottero, 2021; Jelin, 2006; Jelin et al., 2006a, 2006b; Pratto, 2016) señala que la atención de población migrante en las instituciones de salud está atravesada por distintas formas de discriminación, rechazo, prejuicios y violencia institucional.

Algunos estudios abordan los procesos de afrontamiento y adaptación que deben atravesar las personas migrantes (Ferrer et al., 2014; Lazarus y Folkman, 1986), que implican estrategias para enfrentarse a los desafíos de incorporarse a un nuevo contexto. Las estrategias de afrontamiento son entendidas como los esfuerzos cognitivos, conductuales y emocionales orientados a manejar las demandas de la situación migratoria. Los autores han observado que las redes sociales, tanto endogrupales (de compatriotas) como exogrupales (con la población local), ofrecen apoyo emocional, información, empleo y sentido de pertenencia, amortiguando el estrés migratorio y fortaleciendo los vínculos con la sociedad de acogida. Cuanto mayor sea la flexibilidad y las actitudes en pos del aprendizaje, más se favorecerá la adaptación y la vivencia de la experiencia migratoria como positiva. Sin embargo, a pesar de estas estrategias, la culpabilización de las personas migrantes por las crisis socioeconómicas y sanitarias representa un obstáculo que incide en el proceso migratorio. Varias investigaciones demuestran que se sobredimensiona el uso y la demanda de servicios de salud por parte de la población migrante, y establecen que el mayor problema es que los discursos sobre utilización descomunal y consumo excesivo de prestaciones de salud por parte de migrantes son reproducidos por personal de salud y población nativa. Varios estudios (Calvelo et al., 2015; Canelo et al., 2018; Cerrutti, 2010) muestran que la presencia extranjera entre los pacientes de los hospitales públicos es moderada, entre el 10 % y el 16 %. Sin embargo, las ideas acerca de que las personas migrantes usan y abusan de los servicios públicos de salud, entre otros, permanecen y siguen teniendo una amplia difusión.

Personas mayores, envejecimiento y cuidados

El fenómeno de alargamiento de la esperanza de vida y el envejecimiento de la población, registrado desde 1970, conlleva cambios a nivel económico en las relaciones entre el ahorro, las inversiones y el consumo, al tiempo que se modifican los mercados de trabajo, se redimensionan las pensiones y las transferencias intergeneracionales. A su vez, implica una demanda específica en relación con 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 (Rodríguez Enríquez y Méndez, 2013).

En la mayoría de los países de América Latina, el cuidado se brinda predominantemente de forma no remunerada dentro de las familias y está casi siempre a cargo de las mujeres (Esquivel, 2015; López et al., 2015). Muchas autoras han trabajado el vínculo entre cuidados y género en España, entre ellas Esteban (2003, 2017), quien refiere que uno de los principales problemas es la falta de visibilización, de reconocimiento y de redistribución de los cuidados que realizan las mujeres. Plantea la necesidad de indagar también la experiencia de hombres cuidadores, aunque sea un colectivo minoritario.

En los ámbitos familiares, los imperativos morales y afectivos como prácticas de cada generación en relación con los cuidados se encuentran en procesos de cambio. La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2019) estima que el número de personas de 60 años o más en las Américas que requieren cuidados a largo plazo se triplicará en las próximas tres décadas, de alrededor de 8 millones a 30 millones en 2050 (Naciones Unidas, 2022). Los estudios sobre los procesos de envejecimiento o vejez provienen de diversos campos (demografía, sociología, gerontología, feminismo, entre otros). Las personas mayores históricamente fueron vinculadas a la disminución de la participación social por la salida del mercado laboral, el empobrecimiento, la dependencia, el deterioro biológico y la pérdida de funcionalidad física (Bretns, 1986; Estes, 1983; Moñivas, 1998, citados en González-Torralbo y Da Silva Villar, 2024). Durante mucho tiempo, la vejez fue considerada en relación con la enfermedad, la pasividad y la invalidez, y era ocultada. Al día de hoy, persiste el “edadismo”, que refiere a los estereotipos, los prejuicios y la discriminación dirigidos contra otras personas o autoinfligidos por razones de edad (OMS, 2021).

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, cambia y es diversa en su interior. El término “personas mayores” permite reconocer las experiencias diferenciadas de envejecimiento, las cuales se encuentran interseccionalmente atravesadas por marcadores de género, estratificación socioeconómica, etnicidad/raacialidad, nacionalidad, condición de ciudadanía, sexualidad, entre otras categorías (González y Guizardi, 2020, citados en González-Torralbo y Da Silva Villar, 2024). Por otra parte, el envejecimiento,

en tanto proceso histórico-social o individual, es dinámico, extremadamente heterogéneo y particularmente contextualizado (Tamer, 2008, citado en Findling et al., 2020), y conlleva desafíos con respecto a los cuidados a nivel individual, familiar, social y en relación con las políticas de Estado (Findling y López, 2015). Los cuidados que reciben y realizan personas mayores migrantes en la localidad de José C. Paz dan cuenta de este fenómeno social diverso y situado.

Itinerarios terapéuticos, salud colectiva, género y cuidados

En el recorrido por el cuidado que realizan los sujetos dentro del “sistema de cuidado de la salud”, Kleinman et al. (1978) refieren la existencia de tres subsistemas: el familiar, que incluye las redes sociales y comunitarias más próximas, donde las enfermedades son inicialmente detectadas y enfrentadas con un conocimiento no especializado; el profesional, donde la biomedicina es preponderante como la forma de cura reconocida legalmente; y el popular, generalmente unido al subsistema familiar, que consiste en especialistas que ofrecen curas no formales ni reconocidas legalmente.

Los itinerarios terapéuticos suponen una secuencia de decisiones y negociaciones entre varias personas y grupos con interpretaciones diversas sobre la dolencia y la terapia adecuada a esta (Mattosinho y Da Silva, 2007). Los itinerarios suponen cuidados que pueden ser analizados desde diferentes enfoques. Desde la perspectiva de la salud colectiva, Ayres (2009, 2011) explora la concepción de cuidado a partir del concepto de felicidad humana en relación con la ontología existencial; lo entiende como un fenómeno constitutivo básico de la existencia humana, y su asimilación requiere el reconocimiento del otro como un ser humano y la identificación con su dolor o su disfrute. Es decir, el cuidado implica tomar decisiones y negociar en torno a enfermedades y dolencias, pero también comprende acciones que buscan bienestar y felicidad. Desde la perspectiva de género, se ha reflexionado en torno a los cuidados, lo que permite introducir otras miradas acerca de las “tareas de cuidado” que realizan las mujeres en el ámbito doméstico y que permanecen invisibilizadas y naturalizadas. La vinculación entre los cuidados y “el amor” ha contribuido a la desvalorización de estas tareas (Comas d’Argemir, 1995, citado en Maure, 2020). El trabajo de cuidados es difícil de definir y ha llevado a debates que permanecen abiertos en diversos campos (política, salud, feminismo, entre otros; Martín Palomo, 2008). Según Comas d’Argemir (2014), constituye una forma de proveer bienestar, tanto físico como psíquico y emocional, entre seres humanos.

Los cuidados presentan abordajes y perspectivas que conllevan distintos niveles de análisis. Desde el modelo del diamante se analiza cómo es la provisión de cuidados a partir de la familia, el mercado, el Estado y las organizaciones no gubernamentales (Razavi, 2007, citado en López et al., 2015). Teniendo en cuenta lo esbozado hasta aquí, los itinerarios terapéuticos se encuentran afectados por la organización de los cuidados, en la que la familia tiene un rol preponderante, y sobre todo las mujeres. Por ello, para el abordaje de los cuidados se debe tener en cuenta la perspectiva de género que permite comprender la organización de

los cuidados en los ámbitos domésticos. Por otra parte, los itinerarios terapéuticos se analizan en el marco de la salud colectiva como decisiones y negociaciones no solo en torno a la enfermedad, sino que incluyen la búsqueda de bienestar, felicidad y calidad de vida. Además, se considera que en los itinerarios también se expresan los procesos migratorios que han dejado huellas y han condicionado las formas de entender y abordar la salud, así como las búsquedas y decisiones en torno a los cuidados.

Migraciones, personas mayores y cuidados

El abordaje de las intersecciones entre los campos de las migraciones, los cuidados y el envejecimiento es incipiente. Algunos estudios han observado el peso de las relaciones de parentesco en los cuidados dirigidos desde las personas mayores hacia sus nietos/as y/o los cuidados que las personas mayores reciben de sus hijos/as en la distancia (González-Torrallbo y Da Silva Villar, 2024).

La mayoría de estos trabajos señala las desigualdades de género que se expresan en las prácticas de cuidados en situaciones o contextos de migración y envejecimiento. Abordan los cuidados que brindan mujeres mayores a niños/as cuando sus parientes jóvenes migran en busca de trabajo (Bastia, 2009; Bianchi Pernasilici et al., 2017; Carretero Palacios, 2015; Herrera, 2016; Pérez Orozco, 2007; Stefoni et al., 2022). Este fenómeno se ha denominado cadenas globales de cuidado, que consiste en que las mujeres procedentes de un determinado país migran a otro para trabajar como cuidadoras, al tiempo que dejan a sus hijos/os al cuidado de terceras personas, generalmente otras mujeres de la propia familia (Acosta González, 2013; Hochschild, 2000; Martelotte, 2015; ONU Mujeres y CEPAL, 2020; Pérez Orozco, 2007, 2010). En la perspectiva de las cadenas globales de cuidados se destacan los costes humanos y emocionales que conlleva el hecho de que las mujeres migrantes no puedan cuidar de sus hijos a distancia; esta visión ha sido cuestionada por la literatura más reciente, que plantea que la presencia virtual, si bien no desplaza otras formas de comunicación, influye en la forma en que se desarrolla la comunicación, actualiza el vínculo y genera reciprocidad. El aprendizaje y uso de tecnologías permite mantener el contacto, favoreciendo el mantenimiento de los vínculos, y las redes de cuidados y apoyo (Baldassar et al., 2007; Baldassar y Merla, 2014, 2016).

Otros estudios se enfocan en las mujeres mayores migrantes que van a trabajar como cuidadoras y/o en empleo doméstico a otros países o viajan para cuidar a sus nietos/as y/o familiares, en pos de sostener la economía y la vida familiar (Díaz Gómez y Marroni, 2017; Moré, 2019; Parella y Speroni, 2018; Poblet, 2022). Un rasgo estudiado es el uso, por parte de las familias transnacionales, de la movilidad internacional como recurso para la protección social (Parella y Speroni, 2018). Existe una diferencia entre quienes planean quedarse en los países de destino y aquellos que no. La bibliografía que se centra en el fenómeno del cuidado transnacional considera que existe una circulación de cuidados, que implica un intercambio recíproco y asimétrico de flujos de cuidado que circulan en —y entre— las sociedades de origen y destino, en forma de bienes y servicios,

en el que participan miembros de distintas generaciones (Baldassar y Merla, 2014; Herrera, 2011). Las investigaciones muestran que, en contextos tan diversos como Europa o Latinoamérica, las mujeres mayores migrantes suelen emplearse como cuidadoras de personas mayores o “acompañantes”, o en trabajo doméstico (Estrella, 2023; Mallimaci Barral y Magliano, 2023; Poblet, 2017, 2022).

Objetivos y metodología

El objetivo general es analizar los procesos de envejecimiento, las prácticas de cuidados y saberes de salud de personas mayores migrantes que viven en el conurbano de Buenos Aires a partir de sus itinerarios terapéuticos.

A su vez, como primer objetivo específico, se plantea indagar y describir el modo en que las migraciones han afectado o incidido en las ideas y saberes acerca de la salud y los cuidados de personas mayores que viven en el conurbano bonaerense. El segundo objetivo específico comprende conocer las perspectivas y necesidades de personas mayores migrantes en torno a la etapa actual de su vida, en el territorio de José C. Paz.

Se realizó el relevamiento y análisis de fuentes bibliográficas. A su vez, se combinaron fuentes secundarias (estadísticas nacionales, provinciales y municipales) con fuentes primarias.

Se optó por una estrategia metodológica cualitativa, que permitió la producción, el procesamiento y el análisis de los datos. El abordaje cualitativo resalta la importancia de la construcción social de la realidad de los sujetos e interpreta los significados y perspectivas de las personas involucradas. Así, apelando a la reconstrucción verbal de la experiencia subjetiva (Denzin y Lincoln, 1994; Vasilachis de Gialdino, 2006, 2007), se profundiza en las percepciones de salud y cuidados de personas mayores migrantes. En este sentido, los datos constituyen parte de la representación, la percepción y la interpretación subjetiva de una persona que, mediante su relato, apelando al recurso del tiempo y ubicándose en el espacio, vincula lo individual con lo social, organiza y construye la experiencia, se “presenta” y se “representa” (Vasilachis de Gialdino, 2020).

La técnica de relevamiento de la información fue la entrevista individual semiestructurada en profundidad. Se definió un tipo de muestra no probabilística¹ e intencional, que estuvo conformada por ocho varones y siete mujeres migrantes mayores de 60 años. La selección de los casos fue 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.

¹ Debido al tipo de muestra no se pretendió hacer inferencias a la población.

El instrumento de recolección de datos constó de una entrevista en profundidad con preguntas abiertas y cerradas con base en una guía de pautas previamente armada y probada. Para este trabajo se tuvieron en cuenta 15 entrevistas. Mediante las entrevistas, se exploraron, describieron y analizaron las siguientes dimensiones: los itinerarios terapéuticos; los significados, opiniones, creencias y percepciones sobre la salud y los cuidados; y los criterios para su clasificación en relación con el envejecimiento y la migración. Para ello, se aplicó un consentimiento informado mediante el cual los/as entrevistados/as recibieron información sobre la investigación, los objetivos, la metodología y la utilización de los resultados.

Las entrevistas se realizaron en dos tipos de institución: centros de salud —que atienden y prestan sus instalaciones a personas mayores del barrio para que realicen actividades recreativas— y un centro de jubilados. A su vez, también se realizaron entrevistas en domicilios particulares de personas mayores contactadas en esos espacios y por fuera de ellos. Las personas entrevistadas presentan diferencias en cuanto a procedencia, clase social, procesos migratorios e itinerarios terapéuticos, condicionados por poseer o no obra social, cobertura privada o pública u otras formas de atención. Asimismo, comparten problemáticas en torno a la salud vinculadas a la edad, a la discriminación por ser migrantes, a los cuidados y a la búsqueda de bienestar, por mencionar algunos aspectos similares. Es posible observar un sesgo en relación con la participación comunitaria, que se vincula a su vez con la calidad de vida. Todos/as los/as entrevistados/as participan en diversas actividades recreativas y/o comunitarias.

Es preciso señalar que la realización de las entrevistas en los centros de jubilados y de salud puede, de alguna manera, sesgar la mirada de los migrantes, ya que se preocupan por mejorar su bienestar y su adaptación al país. Sin embargo, no todas las personas que conforman esta muestra fueron reclutadas en estas instituciones. Se utilizó la técnica de reclutamiento de bola de nieve. Si bien esta técnica puede tender a homogeneizar la muestra debido a que los contactos tienden a remitir a personas con características similares, en este estudio operó de manera diferente. La presencia de participantes con trayectorias migratorias heterogéneas, redes sociales multisituadas y experiencias diversas de envejecimiento y cuidado permitió que cada referente inicial derivara hacia núcleos relacionales distintos. En consecuencia, el uso de esta estrategia favoreció el acceso a casos variados en términos de procedencias, edades, situaciones de salud, contextos familiares y formas de vinculación con los servicios de cuidado, ampliando así la heterogeneidad de la muestra en lugar de restringirla. La antigüedad de residencia de la muestra está estrechamente relacionada con su edad y con la fecha de arribo al país. La información sobre los flujos migratorios más nuevos señala que están conformados, en su mayoría, por población joven.

En el trabajo, los y las participantes se presentan con nombres de fantasía para preservar su anonimato y confidencialidad, y se acompañan con la referencia de su edad y procedencia. Cada uno/a de los/as entrevistados/as firmó un consentimiento informado.

La cantidad de entrevistas consideradas para este artículo constituye una etapa exploratoria en el marco del posdoctorado. Aún no se puede indicar que se alcanzó la saturación teórica, ya que en 2026 se continuará trabajando en este tema a través de nuevos proyectos de investigación.

Este trabajo es una continuación de temáticas anteriores relacionadas con otras dimensiones en torno a los cuidados y la población migrante, que se desarrollaron desde una mirada reflexiva antropológica, la cual propone profundizar en casos para analizar las características peculiares de los fenómenos abordados. En este artículo se continuó con el mismo abordaje. Además de las 15 entrevistas, se realizó observación participante en la sala de espera y otros espacios que se usan para actividades de personas mayores en efectores de salud, en domicilios de entrevistados y en un centro de jubilados, espacios que constituyeron los contextos de entrevista. La observación participante alude a la inespecificidad de las actividades que comprende (Guber, 2011, p. 51). Implica recabar información sobre los fenómenos que interesan a partir de una interacción con los sujetos, lo menos intrusiva posible, pero directa y sistemática, en el medio donde se desarrollan (Sanjuán Núñez, 2019). El abordaje antropológico plantea que, a partir de las interacciones, se constituyen las normas, reglas y estructuras. Los actores no solo siguen las reglas, sino que las actualizan y, al hacerlo, interpretan la realidad social y crean los contextos en los cuales los hechos cobran sentido (Coulon, 1988; Garfinkel, 1967, citados en Guber, 2011). De esta manera, se realizó un trabajo de campo exhaustivo y riguroso con respecto a la reflexividad.

La reflexividad comprende la conciencia del investigador sobre su persona y sus condicionamientos sociales y políticos.

Es necesario someter a un continuo análisis- algunos dirían “vigilancia”- las tres dimensiones de la reflexividad que están permanentemente en juego en el trabajo de campo: la reflexividad del investigador en tanto miembro de una sociedad o cultura; la reflexividad del investigador en tanto investigador, con su perspectiva teórica, sus interlocutores académicos, sus habitus disciplinarios y su epistemocentrismo; y las reflexividades de la población que estudia. (Guber, 2011, p. 46)

Solo a través del trabajo de campo, del “estar allí”, es posible realizar el tránsito de la reflexividad desde el investigador a los entrevistados. En este sentido, el estar allí en el campo compartiendo espacios, mates, charlas y observaciones antes, durante y después de las entrevistas, permitió el abordaje y consideración de las reflexividades en juego.

Para el análisis cualitativo de los datos se armó una matriz con los discursos, en la que se registraron aspectos similares, recurrentes y particulares de las dimensiones trabajadas. El tratamiento y almacenamiento de los datos se efectuó en Excel. Se realizó un análisis inductivo de datos que permitió identificar características de los ejes y conceptos (algunos emergentes) relacionados con los temas propuestos.

Algunas características de las personas mayores migrantes en José C. Paz

La conformación sociodemográfica del territorio estudiado, como ya hemos referido, refleja un largo proceso que incluye diversas poblaciones y grupos humanos migrantes que fueron confluyendo y se asentaron en él (Estrella et al., 2020). Teniendo en cuenta el origen y el período en que se desplazaron, algunas personas europeas representan migraciones de mayor antigüedad; otras, de países limítrofes y de una provincia del interior del país, provienen de migraciones más tardías, y otras personas mayores de países limítrofes y latinoamericanos proceden de desplazamientos más recientes. Todas fueron migraciones voluntarias y, en su mayoría, poseían expectativas de permanecer definitivamente en el territorio de destino. Si bien las personas migrantes que participaron en este trabajo poseen trayectorias diversas, todas se encuentran transitando procesos de envejecimiento condicionados por la posición social, el género, la nacionalidad, entre otros aspectos, que generan experiencias y procesos de envejecimiento diferenciales (Montes de Oca, 2003). Las personas mayores que han migrado y residen en José C. Paz requieren y brindan cuidados. A lo largo de sus vidas, en las que la experiencia migratoria ha dejado huellas, han aprendido y adquirido saberes en torno a ellos.

Las personas que participaron en esta investigación comprenden siete mujeres y ocho varones y representan heterogeneidad de orígenes, en cuanto se entrevistó a migrantes internacionales europeos (de Italia y España), a migrantes de países latinoamericanos (Colombia, Perú, Bolivia, Paraguay [8] y Uruguay), y a un migrante interno (de Misiones).

Las edades de los/as entrevistados/as abarcan un rango desde los 60 hasta los 81 años: siete tienen entre 60 y 70 años, y el resto, entre 70 y 81 años.

Todos/as viven en el territorio de José C. Paz, menos una persona mayor migrante que trabaja en el municipio de José C. Paz, pero vive en una localidad cercana. Migraron hace más de 30 años, menos una mujer paraguaya que vino al país más recientemente. Nueve nacieron en ámbitos/zonas rurales, y tres de ellos/as actualmente, en sus casas, aún cultivan, tienen huerta con tomates, lechuga, choclo, entre otras verduras, y gallinas. El resto (6) se crió en ámbitos urbanos.

Siete de los/as entrevistados/as se encuentran jubilados/as y realizan diversas actividades vinculadas a tareas domésticas (limpiar, comprar comida, cocinar, mantener huerta, etc.) o recreativas (jugar al truco, bailar, tejer, coser, leer, etc.); los demás poseen múltiples ocupaciones: empleo doméstico, cuentapropismo, profesiones, y dos personas son amas de casa —se ocupan de trabajos domésticos en la casa y de cuidados de miembros de la familia—, es decir, aún se encuentran trabajando, tanto formal como informalmente.

Las personas mayores migrantes jubiladas que fueron entrevistadas, si bien reciben un ingreso económico mensual, no les alcanza para cubrir sus necesidades

básicas², tal como refiere la bibliografía citada anteriormente, el sistema de protección social es insuficiente para mantener una calidad de vida acorde con las exigencias que plantean las edades avanzadas (Findling y López, 2015) y las demandas específicas en relación con los servicios de cuidado y de atención de la salud (Laslett, 1995). A su vez, al indagar la cobertura de salud, los/as que están jubilados/as poseen “PAMI”³, uno de ellos además contrata una empresa de medicina privada. De los que continúan trabajando, tres poseen “IOMA”⁴ y tres se atienden en hospitales de salud pública, las dos amas de casa se atienden en el subsector de salud pública y en algunas situaciones han pagado consultas privadas.

Con respecto a la atención que reciben, no han planteado quejas o reclamos; sin embargo, dos mujeres que no poseen obra social han referido que algunos medicamentos son muy costosos y no pueden adquirirlos. Para solicitar turnos y tener acceso a trámites en PAMI, refirieron que solicitan ayuda a sus hijos/as, en su mayoría hijas mujeres. De esta manera, determinadas acciones significativas de cuidado son realizadas de forma no remunerada dentro de las familias y están casi siempre a cargo de las mujeres (López et al., 2015).

Al indagar por estado civil, la mayoría indica estar casado/a y refiere tener hijos y nietos/as. Solo una persona entrevistada no tiene hijos.

Los/as entrevistados/as migrantes de países latinoamericanos y el proveniente de una provincia del nordeste del país aún poseen algún familiar que permanece en sus localidades de origen; por ello, mantienen comunicación periódica y regresan de visita para verlos/as con diversas frecuencias. Si bien sostienen redes sociales y familiares en sus localidades de origen, solo uno volvería a vivir en el pueblo donde nació en Paraguay, en un área rural.

Resultados

Las personas mayores migrantes entrevistadas representan un conjunto diverso con respecto a perfiles sociodemográficos, orígenes y experiencias, y poseen saberes de salud vinculados a sus trayectorias de vida que condicionan sus itinerarios terapéuticos. A su vez, aquellos conocimientos en torno a la salud y los cuidados adquiridos en sus lugares de origen o a través de familiares que se los transmitieron se articulan en sus prácticas con otros apropiados posteriormente.

2 Según el Informe de Estadísticas de la Seguridad Social de ANSES, en junio de 2024: el 47 % de los beneficiarios del SIPA (Sistema Integrado Previsional Argentino) percibía haberes menores o iguales a la jubilación mínima, que, si se expresara en dólares, de acuerdo con el cambio del momento, no llegaría a 300 dólares.

3 Corresponde a jubilados y pensionados. El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, más conocido como PAMI, fue creado en 1971 con el objetivo de brindar asistencia médica integral a las personas mayores.

4 Corresponde a empleados de la Provincia de Buenos Aires. IOMA es el Instituto de Obra Médico Asistencial, la obra social de los empleados públicos de la provincia de Buenos Aires.

El trabajo y las actividades diarias adquieren diversos significados en la vida de estas personas. Tanto para los/as de mayor edad de la muestra, como para aquellos/as que siguen trabajando en la actualidad, el desarrollo de actividades, sean estas remuneradas o no, cobra una importancia significativa en sus proyectos de vida y constituye un eje central en sus existencias. En el actual contexto socioeconómico caracterizado por profundas desigualdades, el edadismo gubernamental persiste en las políticas públicas⁵ y los/as migrantes son frecuentemente estigmatizados mediante discursos que los responsabilizan de la delincuencia y la pobreza fomentados desde espacios gubernamentales, a lo que se suma la presencia de prácticas racistas y discriminatorias en diversas instituciones estatales que refuerzan su vulnerabilidad.

Los resultados del trabajo de campo permiten observar que, a pesar de este entramado de exclusiones, los/as participantes han desarrollado estrategias de afrontamiento y resiliencia que les han permitido sobrellevar dichas situaciones y sostener su vida cotidiana. Estas experiencias muestran no solo la capacidad de agencia de los sujetos, sino también la importancia de los vínculos comunitarios, los recursos socioculturales y las redes de apoyo que les permitieron arraigarse. Recalaron las posibilidades que encontraron en el país para construir sus viviendas tanto quienes llegaron en la década de 1950 como los/as que vinieron a partir de la década de 1960/70 en adelante.

La mayoría de quienes migraron de países limítrofes durante la década de 1980/90 ha señalado el acceso a la salud y la educación como un aspecto relevante. Asimismo, todos/as expresaron que encontraron en Argentina un lugar para vivir con sus familias, formarlas o agruparlas, observándose el lugar central que ocupa en sus vidas el trabajo y las actividades (recreativas, domésticas, etc.). Los procesos migratorios comprenden un abanico de experiencias diversas que, en esta etapa de sus vidas, después de permanecer, en la mayoría de los casos, más de 30 años en este territorio, aparecen como recuerdos que perduran en la memoria.

Se presentarán los principales resultados de acuerdo con las dimensiones analizadas.

Las experiencias migratorias y los itinerarios terapéuticos

Los y las participantes de este trabajo han experimentado procesos migratorios heterogéneos. Por un lado, las personas mayores entrevistadas que migraron en la década de 1950, dos provenientes de Europa que actualmente tienen 78 y 80 años, arribaron siendo niños (a los 6 y 12 años); por otro lado, los demás migrantes

⁵ El edadismo pudo evidenciarse durante la campaña presidencial en octubre de 2023, donde el ahora presidente Javier Milei utilizó el mote “viejos meados” para referirse a personas mayores que iban a votar a su opositora en ese momento (Lacunza, 2023). Otro ejemplo de edadismo gubernamental es el planteo de la derogación de la Ley 27.705 que va a impedir que personas mayores con menos de 30 años de aportes previsionales se puedan jubilar. Además, durante las movilizaciones de jubilados realizadas desde 2024, las fuerzas de seguridad los han reprimido y herido de gravedad (Del Bianco, 2024).

latinoamericanos e internos que fueron llegando desde fines de 1960 en adelante, en diversos períodos (que actualmente tienen entre 65 y 77 años), llegaron siendo jóvenes/adultos/as (entre 20 y 30 años de edad).

Cada uno/a de los/as entrevistados/as mantiene un alto grado de autonomía y ninguno/a posee una problemática físico-motriz y/o neurocognitiva ni presenta alguna patología que le impida u obstaculice desplazarse. Podemos considerar que parte de sus itinerarios terapéuticos incluye acciones que les generan bienestar. Todos/as mantienen una rutina diaria que incluye diversas actividades, incluso entre quienes ya se encuentran jubilados/as (7). Es necesario aclarar que la mayoría de ellos/as ha vivido más tiempo en el país de residencia que en sus lugares de nacimiento y/o crianza; es decir, sus redes familiares y sociales, y muchos de sus vínculos, son próximos. Muchos han referido: “somos más argentinos que...”. En las entrevistas resaltaron algunos aspectos relacionados con las causas de las migraciones y con la búsqueda de mejores condiciones de vida; sobre todo, señalaron que el trabajo era el motivo principal. Estas razones coinciden con lo señalado por varios autores, quienes plantean que una de las principales causas de migración se origina en la búsqueda de trabajo, nuevas oportunidades económicas, entre otros motivos (Loteró-Echeverri y Pérez Rodríguez, 2019; Méndez y Gómez, 2022; Micolta, 2005).

La escasez de trabajo y de posibilidades de desarrollo los motivó a desplazarse, incluso a los dos varones que pudieron estudiar en sus países y contaban con un título universitario (médico y enfermero) al momento de llegar. Salvo los/as que aún continúan trabajando (6), que son los/as más jóvenes de la muestra, el resto (9) comenzó a trabajar a los 12 o 15 años y la mayoría de ellos/as (8) no terminó la escuela primaria. Aprendieron a realizar distintas tareas y oficios (chofer, tapicero, comerciante, ama de casa, empleada doméstica, entre otros).

Quienes migraron a menor edad y provinieron de países europeos nombraron la guerra y el hambre como causas del desplazamiento. Uno de los entrevistados refirió:

En tiempo de guerra, allá se estuvo muy mal y por eso emigramos mucha gente... estoy agradecido... sí estoy arrepentido de no haber vuelto. Ver la casa donde nací... pero no iría para vivir ni loco... (Roberto, italiano, 80 años).

Un migrante mencionó que se enamoró de una mujer argentina como un motivo más de su migración y permanencia. Además del trabajo, otros migrantes de Perú y Misiones indicaron que un factor que también motivó su migración y permanencia fue la gratuidad de los sistemas de salud —que en el caso de la provincia de Misiones presentan muchas deficiencias en comparación con la provincia de Buenos Aires— y educación, así como las posibilidades de tener un terreno, trabajo, etc.

Las experiencias de adaptación/afrentamiento fueron diversas. Hubo quienes tuvieron que dedicarles más tiempo y esfuerzo, algunos no solo por el idioma, sino también por las múltiples situaciones de discriminación o porque no poseían redes

de apoyo en un primer momento. Las redes sociales, tal como refieren Ferrer et al. (2014), ofrecen apoyo emocional, información, empleo y sentido de pertenencia, amortiguando el estrés migratorio y fortaleciendo los vínculos con la sociedad de acogida. Los entrevistados relataron que con el tiempo fueron generando vínculos con personas e instituciones que favorecieron su permanencia y arraigo. En este sentido, las redes de apoyo en la familia o en la comunidad actúan como factores protectores para la salud (Sepúlveda-Loyola et al., 2020). La participación social de personas mayores en organizaciones comunitarias de carácter religioso, deportivo, cultural, recreativo, político y de voluntariado presenta múltiples beneficios para ellas (Douglas et al., 2017; Sirven y Debrand, 2008). Sus redes familiares y los centros de salud y de jubilados a los que concurren les permitieron cuidar su salud en sentido amplio y se han constituido en estrategias de afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1986) a partir de las cuales han enfrentado los desafíos de los procesos migratorios.

Expresaron no haber padecido graves problemas de salud durante la infancia en sus localidades originarias; la mayoría manifestó que recuerda que, cuando eran niños/as, eran sanos/as. Sin embargo, a medida que iban avanzando en sus relatos, aparecían situaciones complejas de ellos/as o de sus hermanos/as (quemaduras profundas, intoxicaciones, caídas de altura, picaduras de víbora, sarampión, entre otras). Los/as que se criaron en ámbitos rurales expresaron que utilizaban remedios caseros (yuyos, infusiones), en general preparados por sus madres. Se recordaban sanos/as durante su infancia, adolescencia y juventud. Al indagar sobre sus itinerarios terapéuticos cuando eran niños/as, además de utilizar en primer lugar algún medicamento o remedio casero, en sus memorias aparecieron parteras conocidas en sus localidades y curanderos. Estos últimos fueron mencionados, pero ninguno/a de los/as entrevistados/as manifestó atenderse con ellos. Los/as entrevistados/as refirieron 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.

A partir de observaciones en los centros de atención primaria de la salud locales, se registraron diversas situaciones de discriminación hacia personas migrantes. Durante el pedido de colaboración para la investigación, un profesional ginecólogo se expresaba de manera despectiva respecto de las pacientes extranjeras, refiriéndose a ellas como “ignorantes”, “descuidadas” o “brutas”, y estableciendo juicios estigmatizantes según la edad, al considerar que “las más viejas son peores” y que “las más jóvenes son prepotentes, llevan a las más viejas y exigen que se les realicen todos los estudios”. Asimismo, un trabajador administrativo del centro le comentó a otro que, debido a la escasez de recursos, debería cobrarse la atención y las prestaciones médicas a las personas extranjeras. En otro efector de salud, una empleada administrativa sostuvo, en una charla informal con compañeras de trabajo, que las mujeres migrantes “no entienden las indicaciones”, atribuyendo esta supuesta dificultad a la “falta de educación” o a una “incapacidad intelectual”, y expresó que no considera justo que reciban la misma atención que las usuarias nativas, argumentando que las personas migrantes “quitan trabajo a los argentinos”, “ocupan tierras” y “acceden gratuitamente

a la salud, a la educación, a la jubilación y a subsidios”. Por otro lado, durante una recorrida con la promotora de salud por un barrio cercano a un centro, se constató que muchas mujeres migrantes procuran pasar desapercibidas. Aunque la mayoría refirió no haber sufrido discriminación, se observó que evitan hablar en su lengua de origen en espacios públicos, reservándola para el ámbito doméstico. La promotora de salud local señaló haber escuchado expresiones abiertamente xenófobas en la vía pública, tales como “estos paraguayos de mierda”.

Las observaciones registradas evidencian la persistencia de prácticas y discursos discriminatorios que, aun cuando suelen ser negados o minimizados por las propias personas migrantes, inciden de manera significativa en sus trayectorias e itinerarios de atención, condicionando su acceso a los servicios de salud y su participación social en los espacios comunitarios.

En algunas de las entrevistas mencionaron haber padecido discursos xenófobos y discriminatorios, tal como se menciona en la bibliografía citada (Castiglione, 2010, 2013; Castiglione y Cura, 2007; Halpern, 2007, 2022), en instituciones de salud y de previsión social. En sus trayectorias de búsqueda, producción y gerenciamiento del cuidado de la salud (Bellato et al., 2008), Julieta (65 años, peruana) y Hermes (76 años, paraguaya), hallaron diversas dificultades para realizar trámites de jubilación, tratamientos médicos y el certificado de discapacidad. Refirieron que funcionarios/as de dichas entidades les argumentaron que por su origen extranjero no les correspondían esas prestaciones y/o derechos. Si bien no les negaron el inicio de los trámites, cada vez que asistían encontraban más obstáculos, pedidos de documentación adicional, exámenes, etc. Julieta expresó:

Mi médico me dijo que hiciera el certificado de discapacidad⁶, y cuando fui a la dirección que me mandó, un señor me dijo que no me correspondía porque era extranjera, me fui muy mal. Unos años después, había una camioneta que hacía DNI para extranjeros y fui y una chica me dijo que sí me correspondía por mi condición hacer el certificado de discapacidad, que no importaba que fuera peruana, y ahí volví a intentarlo... me llevó muchos años.

Por su parte, Hermes relató en relación con la gestión de su jubilación:

Hace muchos años que estoy en Argentina, mi hijo menor tiene 30 años, trabajé acá, pero cada vez que voy a ANSES⁷ a reclamar por mi trámite de jubilación me dicen que me falta algún papel, que me van a llamar, al principio me decían que no me correspondía el beneficio por ser paraguaya, ahora me dicen que tarda y yo sigo esperando, me dijeron que falta poco...

6 Se otorga por diversas afecciones que no necesariamente implican una patología que les impida u obstaculice desplazarse. Pueden ser enfermedades crónicas y graves que afectan órganos y sistemas, como las cardiovasculares, respiratorias, renales, digestivas o metabólicas, entre otras.

7 La Administración Nacional de Seguridad Social (ANSES) es un ente descentralizado de la administración pública nacional de Argentina dependiente del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social que gestiona las prestaciones de seguridad social.

Otras entrevistadas comentaron algunas situaciones en las que el subsector público de salud no les brinda prestaciones, medicación y/o tratamientos, con la excusa de la falta o escasez de recursos, insumos, etc. A pesar de que ellas plantearon que no fueron discriminadas, en algunos centros de salud locales persisten maltratos y discursos xenófobos hacia usuarias/os migrantes por parte del personal de salud (Estrella et al., 2020).

En la actualidad señalaron que presentan diversas problemáticas de salud, 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 controlándose.

Los relatos expresan itinerarios que incluyen, primeramente, recorridos por servicios y profesionales de salud de diversos efectores de salud pública, obras sociales y medicina privada. A su vez, dan cuenta de la búsqueda que realizan en otros subsistemas de cuidado de la salud, como el familiar y el popular (Kleinman et al., 1978), durante esta etapa de la vida, con resultados variados. A partir de las respuestas sobre lo que hacían cuando se enfermaban (o se sentían mal) o para evitar dichas situaciones, se identificaron dos trayectorias. Un circuito comprendía, en primer lugar, la atención profesional biomédica. Un grupo de diez entrevistados expresaron que, cuando se sentían enfermos o que comenzaban a enfermarse, inmediatamente pedían un turno para asistir a alguna institución sanitaria (tuvieran o no obra social). Para ello, en general, pedían ayuda a sus hijos/as. Si el dolor era agudo, llamaban a la ambulancia o iban directamente a una guardia, también con colaboración en las gestiones de sus hijos/as. Dentro de este grupo, cuatro personas refirieron que, además de la atención médica, rezaban y creían en la ayuda divina para sanar.

Otro itinerario estaba representado por el resto (cinco), quienes preferían dejar como última instancia, cuando fuera imprescindible, la concurrencia a algún efector de salud. Frente a la aparición de algún malestar, lo trataban de resolver mediante automedicación o, dependiendo del padecimiento, elaborando alguna infusión con plantas medicinales (para gripe, dolor de cabeza, articulaciones, problemas digestivos/estomacales, ojeo, entre otros). Si, en un período de tiempo, la situación no mejoraba o empeoraba, decidían concurrir a algún hospital o centro de salud. En este grupo, dos personas que profesaban la religión católica, cuando presentaban síntomas o malestares, intentaban revertirlos o curarlos mediante oraciones y/o rezos, en sus casas o asistiendo a la iglesia, e incluso realizando alguna peregrinación o visita a una institución eclesial específica en función del santo patrono al que le pidieran ayuda.

Además de estos dos circuitos de decisiones y acciones con respecto a la atención y los cuidados de la salud, aparece de manera transversal la realización de actividades recreativas y/o laborales como prácticas preventivas e impulsoras de bienestar. Todos/as refirieron que mantenerse activos les hace bien, como parte de sus itinerarios terapéuticos.

Al considerar las experiencias migratorias, se observa que las trayectorias de los y las participantes expresan una heterogeneidad temporal, geográfica y generacional. Los migrantes europeos de la década de 1950, como ya se ha mencionado, llegaron al país durante su infancia, y los migrantes latinoamericanos e internos, a partir de los años sesenta, arribaron siendo jóvenes y presentaron distintos modos de inserción y arraigo. Mientras los primeros construyeron su identidad en el país receptor (“somos más argentinos que...”), los segundos debieron enfrentar con mayor fuerza procesos de adaptación cultural y discriminación estructural, especialmente en el acceso a derechos sociales y sanitarios.

Otro aspecto que se debe destacar es que, si bien las causas de migración —búsqueda de trabajo, oportunidades económicas, huida del hambre o la guerra— reproducen los patrones estructurales señalados por la literatura (Loterio-Echeverri y Pérez Rodríguez, 2019; Méndez y Gómez, 2022; Micolta, 2005), en los relatos emergen también motivaciones afectivas y relacionales, como el caso del migrante colombiano, que amplían la comprensión de la migración como un proceso vital más que puramente económico.

Por otro lado, la vinculación entre las migraciones y las experiencias de salud reside en que los desplazamientos no solo implican movilidad geográfica, sino también movilización de saberes, prácticas y concepciones acerca del cuerpo y la salud. Los recuerdos de la infancia muestran una continuidad entre la salud como experiencia comunitaria y el cuidado doméstico, donde los remedios caseros, las parteras y los curanderos ocupaban un lugar simbólico y práctico relevante.

Estos saberes persisten parcialmente en la adultez, integrándose de manera flexible con el sistema biomédico moderno. De esta manera, la migración se relaciona con una hibridación terapéutica, donde conviven estrategias tradicionales y profesionales.

En los relatos, el bienestar y los itinerarios aparecen asociados a las redes familiares y comunitarias. Los vínculos cercanos y la participación en organizaciones religiosas, culturales o recreativas funcionan como dispositivos protectores frente a la soledad, el deterioro físico y la exclusión social (Sepúlveda-Loyola et al., 2020; Sirven y Debrand, 2008). Estas redes también median el acceso al sistema de salud: los hijos/as suelen acompañar en trámites, turnos o emergencias, configurando itinerarios de cuidado intergeneracionales.

A su vez, teniendo en cuenta los dos grandes circuitos terapéuticos hallados —el biomédico, usado por la mayoría de los entrevistados ante síntomas o malestares; y el alternativo o complementario, utilizado por un grupo menor que primero realiza estrategias populares (infusiones, plantas, automedicación) y posteriormente, si no hay mejora, asiste al sistema formal, evidenciando una lógica de autogestión de la salud heredada de contextos rurales—, se observa que las personas mayores migrantes combinan recursos simbólicos, familiares, institucionales y espirituales, configurando lo que Kleinman et al. (1978) denominan un modelo plural de atención (biomédico, popular y familiar).

En los circuitos transitados por los participantes, la medicina profesional puede coexistir con las prácticas religiosas de sanación (rezos, peregrinaciones, entre otros), que constituyen una dimensión espiritual del cuidado.

Las trayectorias de vida y las experiencias migratorias de las personas mayores que viven en José C. Paz han generado conocimientos significativos en torno a la salud que han condicionado, como se ha mostrado, sus decisiones con respecto a los tipos y circuitos de atención y cuidados.

Cuidados, salud, envejecimiento y migraciones

El proceso de envejecimiento, como ya se ha referido, conlleva desafíos con respecto a los cuidados a nivel individual, familiar y social, así como en relación con las políticas de Estado (Findling y López, 2015).

En los estudios sobre cuidados se ha analizado la feminización de estos, así como la mayor carga de trabajo que conlleva para las mujeres. En las entrevistas, si bien todos/as respondieron que, en sus infancias, quienes mayormente se hacían cargo de sus cuidados eran sus madres, surgieron nuevas formas de asistencia. Por un lado, algunos varones (3) han cuidado a sus parejas mujeres durante varios años previos a sus fallecimientos debido a que padecieron problemas de salud prolongados. Los/as entrevistados/as de mayor edad (4), que tienen entre 76 y 80 años, han enviudado; de ellos, 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. Los varones cuidadores constituyen un colectivo minoritario que, retomando a Esteban (2003), precisa ser abordado en investigaciones futuras, ya que se conoce muy poco sobre ellos. Los dos hombres que perdieron más recientemente a sus parejas recordaban los cuidados que les realizaban con cierto detalle. Las tareas del cuidado integral les provocaban cansancio y consideraban que lo hacían por afecto y por deber. Si bien no mencionaron la palabra dolor o angustia, refirieron que verlas enfermas y con un deterioro que avanzaba no les hacía bien. Luego de hablar de ello, los hombres con duelos recientes comenzaron a acongojarse, se les quebraba la voz y trataban de contener las lágrimas. Uno contó “no volví a bailar”; sigue asistiendo a bailes, pero no puede bailar. Otro comentó que, por pedido de sus hijos/as, comenzó a asistir a actividades del centro de jubilados.

Todas las personas viudas entrevistadas actualmente 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. Tres de ellos/as formaron pareja, y dos conviven con su pareja.

Por otro lado, las personas migrantes entrevistadas de mayor edad, si bien recuerdan sus lugares de origen e incluso han vuelto o volverían a visitarlos, la mayoría refiere que se sienten “de acá”, “argentinos”. Aunque algunos/as poseen

vínculos con parientes e incluso bienes heredados en el exterior, han transitado sus vidas en Argentina, conformando sus familias y redes de apoyo y cuidado a nivel local.

Los procesos de envejecimiento conllevan diversos problemas de salud vinculados a la edad. En esta etapa de la vida reciben colaboración de personas cercanas y apoyo de diversas redes en las que participan y también producen cuidados.

En este sentido, todos/as los/as entrevistados/as expresaron diversas prácticas y acciones de cuidados de la salud: controles médicos, alimentación, actividad física, medicación, análisis, actividades recreativas, trámites de jubilación, cocinar y mantenerse ocupado/a. En sus palabras:

Yo me cuido en todo sentido, yo me cuido de estar no machado, me cuido de la comida como yo tenía ulcera hace muchos años y tengo presión alta me tengo que cuidar, antes fumaba, chupaba, deje de fumar. Yo me cuido yo solo... desde que vine de joven me cuido. Yo le digo a ella tenemos que cuidarnos entre los dos... Ese es el cuidado para mí, 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)

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

Además de incorporar en sus itinerarios terapéuticos el acceso a los servicios y profesionales de salud, a partir de sus relatos es posible encontrar otros dispositivos o acciones mediante las cuales gestionan su salud y enfermedad, que se relacionan con bailar, alimentarse sanamente, realizar actividades lúdicas, socializar y compartir tiempo con pares y con sus familias, trabajar y/o mantenerse activo/a.

En este sentido, a partir de la observación participante realizada en un centro de jubilados, se registraron diversas situaciones y momentos vinculados al cuidado y al bienestar de personas mayores migrantes activas. Se observaron encuentros sociales centrados en el juego del truco, en los cuales los participantes no solo compartían el espacio lúdico, sino también experiencias personales, anécdotas, chistes y recuerdos, generando un clima de camaradería y disfrute. Estas interacciones posibilitaban el intercambio de recomendaciones relacionadas con el cuidado de la salud —como médicos, alimentos o ejercicios físicos— y la difusión

de información sobre recursos comunitarios, servicios disponibles y actividades recreativas o deportivas orientadas a la mejora de la calidad de vida.

Asimismo, en un centro de salud se observaron actividades dirigidas a personas mayores, varias de ellas migrantes, tales como talleres de tejido, costura y lectura. En estos espacios se evidenció una participación activa y sostenida. El reunirse, conversar, compartir experiencias y realizar actividades con pares trascendía el mero entretenimiento. Las personas mostraban entusiasmo, confianza y un sentido de pertenencia grupal. En este mismo contexto, se organizaron además viajes recreativos para personas mayores, los cuales actuaban como motor de participación y colaboración colectiva, promoviendo la planificación conjunta de eventos y acciones comunitarias destinadas a reunir fondos para su realización. Estas prácticas, en su conjunto, fortalecían las redes sociales, el bienestar subjetivo y la construcción de espacios de cuidado mutuo. Las observaciones permitieron reconocer que estos espacios de encuentro no solo cumplían una función recreativa, sino que operaban como dispositivos de cuidado colectivo, promovían la integración social y contribuían a la construcción de redes de apoyo y bienestar, que pueden entenderse como estrategias de afrontamiento de personas mayores migrantes.

Si bien cada uno/a de los/as entrevistados/as presenta una experiencia migratoria diferente, en todas resuenan el trabajo, las actividades y la sociabilidad como ejes en torno a la salud y los cuidados. A su vez, sus itinerarios terapéuticos expresan una diversidad de decisiones, recorridos y búsquedas que se asocian tanto a ámbitos sanitarios como a otros.

El “mantenerse ocupado/a” resulta una estrategia preventiva de enfermedades referida por todos/as los/as entrevistados/as durante procesos de envejecimiento heterogéneos (Findling et al., 2020). En este sentido, el estudio de los itinerarios terapéuticos, los cuidados y los saberes de salud de personas mayores migrantes residentes en la periferia bonaerense muestra un sector poblacional envejecido diverso y activo, y puede servir para potenciar la planificación de las políticas públicas a partir de un abordaje sanitario más integral dirigido a esta población específica.

Los cuidados, la salud, el envejecimiento y las migraciones se han abordado como dimensiones articuladas a partir de exponer cómo se entrelazan en las trayectorias vitales de personas mayores, migrantes, residentes en la periferia bonaerense.

Se pudo considerar el proceso de envejecimiento ligado a los cuidados tanto desde una perspectiva relacional como institucional. Si bien se evidenció la feminización del cuidado que remite a la división sexual del trabajo, donde históricamente las mujeres asumieron las tareas de atención y acompañamiento, también se visibilizaron nuevas configuraciones de cuidado, como la de los varones mayores que cuidaron a sus parejas enfermas, desafiando estereotipos de género y mostrando una dimensión afectiva y ética del cuidado que trasciende lo femenino.

Con respecto a la salud, se registró la multiplicidad de prácticas y saberes que integran los itinerarios terapéuticos de las personas mayores. Además del acceso a servicios de salud, se observan estrategias cotidianas vinculadas con la alimentación, la actividad física, la sociabilidad y el uso de remedios caseros. Estas prácticas muestran un modo de gestionar la salud que combina saberes biomédicos y populares, articulando dimensiones preventivas, espirituales, afectivas y culturales. En este sentido, el cuidado de la salud se convierte en una práctica de autonomía y de afirmación de la vida, en la que las personas mayores son protagonistas activas.

En relación con las migraciones, las experiencias narradas muestran procesos de arraigo y reconfiguración identitaria. Las personas migrantes de edad más avanzada refieren sentirse “de acá”, lo que da cuenta de un proceso de integración social y afectiva en el territorio argentino. No obstante, conservan vínculos simbólicos y materiales con sus lugares de origen, como el uso de hierbas medicinales tradicionales o la evocación de la comida y la música. Si bien las personas mayores han podido adaptarse al ámbito local a través de la socialización y de la pertenencia, no olvidan que son migrantes y algunas de sus prácticas remiten a su país de origen. Esto sugiere una continuidad cultural que enriquece los itinerarios terapéuticos y las formas de cuidado, mostrando cómo la experiencia migratoria aporta diversidad y resiliencia a los modos de envejecer.

Discusión y consideraciones finales

En este sentido, los procesos de envejecimiento migrante no deben ser pensados solo desde la pérdida o la dependencia, sino también desde la capacidad de agencia, las estrategias de afrontamiento, la participación social y la producción de cuidados. La participación en centros de jubilados o actividades recreativas constituye una forma de cuidado colectivo que incide en la salud física y emocional, y refuerza el sentido de pertenencia comunitaria.

El presente trabajo indagó las experiencias migratorias de personas mayores que residen en la localidad de José C. Paz en relación con sus itinerarios terapéuticos y los saberes de salud y cuidados. En su mayoría se trata de migraciones no recientes, con más de 30 años de permanencia, salvo una mujer paraguaya.

Tal como refiere la bibliografía citada, los motivos que los/as llevaron a desplazarse se vincularon mayormente con las escasas posibilidades laborales, con “querer vivir mejor” y con la “necesidad”. El trabajo y/o la actividad son un motor y un eje fundamental en sus vidas; incluso en esta etapa, ocupan un espacio central. La mayoría aprendió durante su juventud diversos oficios y labores que les permitieron encontrar trabajo, construir sus casas y mantener económicamente a sus familias.

Todas las personas entrevistadas describieron sus rutinas diarias a partir del desarrollo de numerosas actividades, que podían ser remuneradas o no en el caso

de quienes aún no están jubilados/as o no pueden jubilarse. Ninguno/a es una persona dependiente.

Otro aspecto que comparten todos/as es que poseen redes sociales/familiares que les permiten cuidarse y atender 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 redes familiares y sociales/comunitarias. A su vez, las redes sociales como estrategia de afrontamiento les han permitido enfrentar los obstáculos y desafíos que les han planteado sus procesos migratorios.

La atención de salud de la mayoría de las personas se halla cubierta a través del sistema de previsión social. Un hallazgo significativo fue que, si bien los cuidados son esencialmente femeninos, en esta muestra se detectó que ciertos varones se ocuparon de cuidar a sus parejas.

Del análisis de sus itinerarios terapéuticos a partir de sus rutinas diarias, se encontró que, además de ocuparse de los cuidados, paralelamente dedican tiempo a comunicaciones y encuentros/reencuentros con familiares, con pares, a actividades recreativas y sociales, viajes y turismo, entre otros. Estas acciones y decisiones que les brindan bienestar atraviesan sus itinerarios vinculados a la salud y los cuidados, tanto los de quienes priorizan la atención profesional biomédica como los de quienes optan en primera instancia por un abordaje desde el subsistema familiar y popular. A su vez, se observó que las prácticas religiosas entre algunas personas son parte de los circuitos complementarios o previos a la atención profesional.

En concordancia con los estudios revisados, se ha observado que 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, del esparcimiento, de juntarse con otros/as pares, de compartir el tiempo y divertirse. Estas prácticas son producto de sus experiencias de vida, en las que el migrar ha dejado huellas, vínculos y saberes que han condicionado e incidido en sus búsquedas, decisiones y gestiones en torno a su salud y cuidados.

La importancia del conocimiento de los procesos de envejecimiento en relación con las migraciones y los cuidados en la periferia bonaerense reside en que puede constituir un insumo para optimizar políticas públicas destinadas a dicha población. Incorporar y considerar sus deseos y necesidades económicas, laborales, de salud, familiares, sociales, comunitarias, recreativas, entre otras, podría mejorar la calidad de vida de un sector de la población poco visibilizado.

Desde la mirada reflexiva antropológica, el propósito ha sido profundizar en los casos para analizar las características peculiares de los fenómenos abordados. Como se ha referido, existen concordancias con trabajos realizados sobre la temática; sin embargo, también se han encontrado particularidades con respecto a

las personas mayores migrantes que residen en José C. Paz. Si bien otros estudios han relevado el trabajo de las mujeres mayores migrantes o el trabajo realizado por personas mayores migrantes, en general prestaron atención a las condiciones laborales, el tipo de trabajo desempeñado por migrantes, las cadenas globales de cuidados, entre otros.

En este artículo, a partir del abordaje antropológico y reflexivo, se hallaron atisbos de discriminación hacia personas mayores migrantes por parte de trabajadores de efectores de salud locales. Al abordar sus trayectorias y su presente, se ha detectado que en la actualidad también existe una situación socioeconómica adversa similar a la que produjo sus desplazamientos, además de la culpabilización de los/as migrantes como responsables de la delincuencia y la pobreza, el racismo y la discriminación en instituciones estatales, entre otros problemas, a lo que se suma el predominio del edadismo en las políticas públicas. Los resultados del trabajo de campo muestran cómo se enfrentan con estos obstáculos y, en muchos casos, logran sortearlos. Estos maltratos no han sido registrados en las actividades recreativas y/o sociales observadas en las que participan estas personas. Además, en sus relatos ponen énfasis en las posibilidades que encontraron aquí para construir sus viviendas, el acceso a la salud y la educación gratuita, el haber encontrado un espacio para vivir con sus familias, formarlas o agruparlas, observándose el lugar central que ocupa en sus vidas el trabajo y las actividades de esparcimiento, domésticas, etc.

Los procesos migratorios comprenden un abanico de experiencias diversas que, en esta etapa de sus vidas, luego de permanecer en la mayoría de los casos hace más de 30 años en este territorio, aparecen como recuerdos que perduran en la memoria. Ninguno/a se arrepiente de sus decisiones en torno a la migración; todos/as reconocen los esfuerzos y los logros que alcanzaron, valorando las oportunidades que encontraron aquí. Las personas mayores migrantes en José C. Paz siguen pensando proyectos a futuro a pesar del contexto adverso teñido de discriminación y ajuste económico, desde una posición activa.

En este trabajo se evidencia cómo las experiencias migratorias y los itinerarios terapéuticos se entrelazan en un proceso de construcción biográfica del cuidado. A su vez, se expone la manera en que migrar implica redefinir las formas de sanar, enfermar y envejecer.

Los relatos analizados muestran que la salud se produce en la intersección entre movilidad, trabajo, redes, memoria y fe. Aun frente a obstáculos institucionales y discriminatorios, los y las migrantes despliegan estrategias resilientes y colectivas para sostener su bienestar, transformando el cuidado en un territorio de identidad, resistencia y pertenencia.

Asimismo, sus decisiones en torno a la migración continúan siendo reafirmadas en el presente, en tanto reconocen los esfuerzos realizados, los logros obtenidos y las oportunidades que encontraron aquí. En este sentido, las personas mayores migrantes en José C. Paz siguen construyendo su futuro de manera activa y en movimiento, a pesar del contexto adverso teñido de discriminación y edadismo gubernamental.

El estudio muestra que “mantenerse activos” constituye un eje transversal y terapéutico para quienes participaron: el trabajo, las actividades recreativas y la socialización operan como estrategias de salud y producción de sentido. De esta forma, el bienestar se construye más allá del sistema sanitario formal, en el marco de la continuidad de la vida cotidiana y la pertenencia sociocomunitaria, lo que resignifica el envejecimiento migrante y lo coloca como un fenómeno caracterizado por la agencia y la resiliencia.

El entrecruzamiento entre itinerarios, cuidados, salud, envejecimiento y migraciones da lugar a un enfoque integral que reconoce las múltiples dimensiones que atraviesan la vida de las personas mayores. Este enfoque resulta fundamental para el diseño de políticas públicas que contemplen la diversidad cultural, las trayectorias migratorias y las formas de cuidado que sostienen la vida en contextos de envejecimiento.

Referencias bibliográficas

- Acosta González, E. (2013). Mujeres migrantes cuidadoras en flujos migratorios sur-sur y sur-norte: Expectativas, experiencias y valoraciones. *Polis*, 12(35), 35-62. <https://doi.org/10.4067/S0718-65682013000200003>
- Administración Nacional de la Seguridad Social. (2024). *Informe de Estadísticas de la Seguridad Social: Segundo trimestre 2024*. <https://www.anses.gob.ar/estadisticas-de-la-seguridad-social>
- Alonso, M. (2009). Mujeres inmigrantes marroquíes en el sistema de salud catalán. En J. M. Comelles, X. Allué, M. Bernal, J. Fernández-Rufete y L. Mascarella (Comps.), *Migraciones y salud* (pp. 358-373). Publicacions URV.
- Antonín, M. (2009). Mediación intercultural en el sistema de salud catalán. En J. M. Comelles, X. Allué, M. Bernal, J. Fernández-Rufete y L. Mascarella (Comps.), *Migraciones y salud* (pp. 153-166). Publicacions URV.
- Ayres, J. R. de Carvalho Mesquita. (2009). *Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde*. CEPESC IMS/UERJ-Abrasco.
- Ayres, J. R. de Carvalho Mesquita. (2011). O cuidado e o espaço público da saúde: virtude, vontade e reconhecimento na construção política da integralidade. En R. Pinheiro y A. Gomes Da Silva Junior (Orgs.), *Cidadania no cuidado: O universal e o comum na integralidade das ações de saúde* (pp. 27-46). CEPESC IMS/UERJ-Abrasco.
- Baeza, B. N., Aizenberg, L. y Barría Oyarzo, C. S. (2019). Cultura y salud migratoria: Miradas comparativas entre profesionales sanitarios y mujeres migrantes bolivianas. *Si Somos Americanos*, 19(1), 43-66. <https://doi.org/10.4067/S0719-09482019000100043>

- Baldassar, L., Baldock, C. y Wilding, R. (2007). *Family caring across borders: Migration, aging and transnational caregiving*. Palgrave Macmillan.
- Baldassar, L. y Merla, L. (2016). Reflexiones finales. La «circulación del cuidado» en un mundo cada vez más móvil: Nuevas reflexiones. *Papers. Revista de Sociologia*, 101(2), 275-284. <https://doi.org/10.5565/rev/papers.2268>
- Baldassar, L. y Merla, L. (Coords.). (2014). *Transnational families, migration and the circulation of care: Understanding mobility and absence in family life*. Routledge.
- Balibar, E. (2005). *Violencias, identidades y civilidad: Para una cultura política global*. Gedisa.
- Bastia, T. (2009). La feminización de la migración transnacional y su potencial emancipatorio. *Papeles*, 104, 67-77.
- Bellato, R., Santos De Araujo, L. F. y Castro, P. (2008). O itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde. En R. Pinheiro, A. Gomes Da Silva Junior y R. Araujo De Mattos (Orgs.), *Atenção básica e integralidade: Contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde* (pp. 167-187). CEPESC IMS/UERJ-Abrasco.
- Benencia, R. (2011). Racionalidades, azar y aventura en la construcción de los itinerarios migratorios. En C. Pizarro (Comp.), *Migraciones internacionales contemporáneas: Estudios para el debate* (pp. 361-378). Ciccus.
- Bianchi Pernalici, G. M., González-Rábago, Y. y Piras, G. (2017). Enfrentando la transnacionalización del cuidado: abuelas cuidadoras en un contexto de alta migración. *Revista Internacional de Estudios Migratorios*, 5(1), 31-60. <https://doi.org/10.25115/riem.v5i1.405>
- Bourdieu, P. (2002). La 'juventud' no es más que una palabra. En *Sociología y cultura* (pp. 163-173). Grijalbo.
- Calvelo, L., Couto, D. y Osorio, M. E. (2015). Migración internacional y salud en Argentina. El impacto de las migraciones en el sistema de salud. En L. Marmora (Ed.), *Impacto de las migraciones actuales en la estructura económica y sociocultural de la Argentina* (pp. 225-290). Editorial UNTREF.
- Canelo, B., Gavazzo, N. y Nejamkis, L. (2018). Nuevas (viejas) políticas migratorias en la Argentina del cambio. *Si Somos Americanos*, 18(1), 150-182. <https://doi.org/10.4067/S0719-09482018000100150>
- Carretero Palacios, A. (2015). *Migraciones y género: La feminización de la migración transnacional*. Consejería de Justicia e Interior, Junta de Andalucía.
- Castiglione, C. (2010). Políticas migratorias recientes en el Mercosur a través de la prensa escrita, o 'en el nombre del bosque está el bosque'. En S. Novick (Dir.), *Migraciones y Mercosur: Una relación inconclusa* (pp. 139-158). Catálogos.

- Castiglione, C. (2013). Cuando los sedimentos tienden a solidificarse: Un recorrido por la presentación mediática del migrante en los diarios argentinos. *Revista Integra Educativa*, 6(1), 141-172.
- Castiglione, C. y Cura, D. (2007). Las migraciones en los medios de comunicación escrita (2000-2005). En S. Novick (Dir.), *Sur-Norte: Estudios sobre la emigración reciente de argentinos* (pp. 93-148). Catálogos.
- Cerrutti, M. (2006). Problemas de salud, utilización de servicios y conductas preventivas de los migrantes limítrofes en la Argentina. En E. Jelin (Dir.), *Salud y migración regional: Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural* (pp. 15-32). Ides.
- Cerrutti, M., Mombello, L. y Caggiano, S. (2010). *Salud y migración internacional: Mujeres bolivianas en la Argentina*. UNFPA/Cenep.
- Comas d'Argemir, D. (1995). *Trabajo, género, cultura: La construcción de desigualdades entre hombres y mujeres*. 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. En *Actas del XIII Congreso de Antropología de la Federación de Asociaciones de Antropología del Estado Español* (pp. 329-349). Universitat Rovira i Virgili.
- Comelles, J. M. (2004). El regreso de las culturas: Diversidad cultural y práctica médica en el siglo XXI. En G. Fernández (Comp.), *Salud e interculturalidad en América Latina: Perspectivas antropológicas* (pp. 347-350). Abya Yala, Bolihispana, UCLM.
- Del Bianco, C. (2024, 19 de septiembre). Reprimir a los jubilados: La nueva costumbre del Gobierno de Javier Milei. *Página/12*. <https://www.pagina12.com.ar/768558-reprimir-a-los-jubilados-la-nueva-costumbre-del-gobierno-de/>
- Denzin, N. y Lincoln, Y. (1994). *Handbook of qualitative research*. Sage.
- Díaz Gómez, L. y Marroni, M. D. G. (2017). Abuelas en la migración: Migración circular, servicios de cuidados y reunificación familiar en una localidad del occidente michoacano. *Relaciones. Estudios de Historia y Sociedad*, 38(151), 37-75. <https://doi.org/10.24901/rehs.v38i151.327>
- Douglas, H., Georgiou, A. y Westbrook, J. (2017). Social participation as an indicator of successful aging: An overview of concepts and their associations with health. *Australian Health Review*, 41(4), 455-462. <https://doi.org/10.1071/AH16038>
- Esquivel, V. R. (2015). El cuidado: de concepto analítico a agenda política. *Nueva Sociedad*, (256), 63-74.
- Esteban, M. L. (2003). Cuidado y salud: Costes en la salud de las mujeres y beneficios sociales. En *Actas del Congreso Internacional Sare 2003: Cuidar*

- cuesta: Costes y beneficios del cuidado* (pp. 63–84). Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer y Comunidad Europea/Fondo Social Europeo.
- Esteban, M. L. (2017). Los cuidados, un concepto central en la teoría feminista: Aportaciones, riesgos y diálogos con la antropología. *Quaderns-e de l'Institut Català d'Antropologia*, 22(2), 33–48. <https://raco.cat/index.php/QuadernsElCA/article/view/333111>
- Estrella, P. (2023). Miradas y tensiones en torno a la nacionalidad de personas migrantes en la atención de salud en José C. Paz. *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, (23), 11–38. <https://doi.org/10.17345/aec23.11-38>
- Estrella, P. V., Grégoric, J. J. y Hernández, F. (2020). Migraciones, salud y desigualdades en José C. Paz. En *Actas de las II Jornadas sobre Democracia y Desigualdades* (22 y 23 de octubre de 2020). Universidad Nacional de José C. Paz (UNPAZ), José C. Paz.
- Ferrer, R., Palacio, J., Hoyos, O. y Madariaga, C. (2014). Proceso de aculturación y adaptación del inmigrante: Características individuales y redes sociales. *Psicología desde el Caribe*, 31(3), 557–576. <https://doi.org/10.14482/psdc.31.3.4766>
- Findling, L., Cirino, E. y Estrella, P. (2020). Envejecimiento, género y políticas de cuidado en Argentina: Desigualdades persistentes. *Lo Que Vendrá*, 15(11), 336–338.
- Findling, L. y López, E. (Coords.). (2015). *De cuidados y cuidadoras: Acciones públicas y privadas*. Biblos.
- Fuentes, F. J. M. (2009). Políticas sanitarias y población inmigrante: Los casos del Reino Unido, Francia y España. En J. M. Comelles, X. Allué, M. Bernal, J. Fernández-Rufete y L. Mascarella (Comps.), *Migraciones y salud* (pp. 108–132). Publicacions URV.
- González-Torralbo, H. y Da Silva Villar, A. (2024). Representaciones de las personas mayores en los estudios sobre migraciones, cuidados y envejecimiento. *Si Somos Americanos*, 24, 1–27. <https://doi.org/10.61303/07190948.v24i.1073>
- Gottero, L. (2021). Derecho a la participación cultural como dimensión del acceso a la salud: Personas migrantes y derechos humanos. *Resistances. Journal of the Philosophy of History*, 2(3), Artículo e21036. <https://doi.org/10.46652/resistances.v2i3.36>
- Guber, R. (2011). *La etnografía: Método, campo y reflexividad*. Siglo XXI editores.
- Halpern, G. (2007). Medios de comunicación y discriminación. Apuntes sobre la década del '90 y algo más. *Boletín n.º 123 de la Biblioteca del Congreso de la Nación*, 1–16.

- Halpern, G. (2022). Migraciones. Defensoría del Público de servicios de comunicación audiovisual y los riesgos del punitivismo xenófobo. *Revista Migraciones Internacionales: Reflexiones desde Argentina*, (5), 11-46.
- Herrera, G. (2011). Pensar el cuidado a partir de la migración internacional. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 30(1), 139-159.
- Herrera, G. (2016). Trabajo doméstico, cuidados y familias transnacionales en América Latina: Reflexiones sobre un campo en construcción. *Amérique Latine Histoire et Mémoire. Les Cahiers ALHIM*, (31). <https://doi.org/10.4000/alhim.5430>
- Hochschild, A. (2000). Global care chains and emotional surplus value. En W. Hutton y A. Giddens (Eds.), *On the edge: Living with global capitalism* (pp. 130-146). Jonathan Cape.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2022). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022*. <https://www.indec.gov.ar/indec/web/Nivel3-Tema-2-41>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2024). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022: Resultados definitivos. Provincia de Buenos Aires*. <https://www.indec.gov.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-41-165>
- Jelin, E. (2006). Introducción. En E. Jelin (Dir.), *Salud y migración regional: Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural* (pp. 7-13). Ides.
- Jelin, E., Grimson, A. y Zamberlin, N. (2006a). ¿Servicio? ¿Derecho? ¿Amenaza? La llegada de inmigrantes de países limítrofes a los servicios públicos de salud. En E. Jelin (Dir.), *Salud y migración regional: Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural* (pp. 33-46). Ides.
- Jelin, E., Grimson, A. y Zamberlin, N. (2006b). Los pacientes extranjeros en la mira. En E. Jelin (Dir.), *Salud y migración regional: Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural* (pp. 47-55). Ides.
- Kleinman, A., Eisenberg, L. y Good, B. (1978). Culture, illness, and care: Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine*, 88(2), 251-258. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-88-2-251>
- Lacunza, S. (2023, 24 de octubre). “Inútiles radicales” y “viejos meados”: El TikTok de Milei se le vuelve en contra para la segunda vuelta de las presidenciales argentinas. *elDiario.es*. https://www.eldiario.es/internacional/inutiles-radicales-viejos-meados-tiktok-milei-le-vuelve-segunda-vuelta-presidenciales-argentinas_129_10626745.html
- Laslett, P. (1995). Necessary knowledge: Age and aging in the societies of the past. En D. Kertzer y P. Laslett (Eds.), *Aging in the past: Demography, society and old age* (pp. 3-79). University of California Press.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Roca.

- 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* (pp. 145-188). Editorial Teseo.
- Lotero-Echeverri, G. y Pérez-Rodríguez, M. A. (2019). Migraciones en la sociedad contemporánea: Correlación entre migración y desarrollo. *Retos. Revista de Ciencias de la Administración y Economía*, 9(17), 145-159. <https://doi.org/10.17163/ret.n17.2019.09>
- Lurbe i Puerto, K. (2009). Inmigrantes como grupo de riesgo sanitario: instrumentalizar el riesgo ¿inserta o segrega? En J. M. Comelles, X. Allué, M. Bernal, J. Fernández-Rufete y L. Mascarella (Comps.), *Migraciones y salud* (pp. 55-70). Publicacions URV.
- Mallimaci Barral, A. I. y Magliano, M. J. (2023). Las vejez migrantes en Argentina: El paso del tiempo como clave analítica. *Convergencia*, 30. <https://doi.org/10.29101/crcs.v30i0.21497>
- Martelotte, L. (2015). Cadenas globales de cuidado: Entre la reproducción y la autonomía. Análisis de las migrantes peruanas en Argentina. *Revista Argumentos*, (17), 178-210.
- Martín Palomo, M. T. (2008). Domesticar el trabajo: Una reflexión a partir de los cuidados. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 26(2), 13-44.
- Mattosinho, M. M. S. y Da Silva, D. M. G. V. (2007). El itinerario terapéutico del adolescente con diabetes mellitus tipo I y sus familiares. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(6). <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000600009>
- 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. <https://doi.org/10.17345/aec21.179-203>
- Méndez, M. y Gómez, J. (2022). La migración internacional como agente de desarrollo local para las naciones. *Revista Latinoamericana de Difusión Científica*, 4(6), 257-269. <https://doi.org/10.38186/difcie.46.16>
- Mera, G., Marcos, M. y Di Virgilio, M. M. (2015). Migración internacional en la Ciudad de Buenos Aires: Un análisis socioespacial de su distribución según tipos de hábitat. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 30(2), 327-367. <https://doi.org/10.24201/edu.v30i2.1477>
- Micolta León, A. (2005). Teorías y conceptos asociados al estudio de las migraciones internacionales. *Trabajo Social*, (7), 59-76. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/tsocial/article/view/8476>

- Montes de Oca, V. (2003). El envejecimiento en el debate mundial: Reflexión académica y política. *Papeles de Población*, 9(35), 77-100.
- Moré, P. (2019). Hacerse mayor en el sector de los cuidados: Envejecimiento y jubilación de las mujeres ecuatorianas cuidadoras en Madrid. *Sociología del Trabajo*, 95, 35-51.
- Moreno Preciado, M. (2008). Las implicancias familiares en los cuidados de los inmigrantes. *Cultura de los Cuidados*, 12(24), 59-65.
- Naciones Unidas. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2022). *Envejecimiento en América Latina y el Caribe: Inclusión y derechos de las personas mayores*. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/48567-envejecimiento-america-latina-caribe-inclusion-derechos-personas-mayores>
- ONU Mujeres y Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2020). *Cuidados en América Latina y el Caribe en tiempos de COVID-19: Hacia sistemas integrales para fortalecer la respuesta y la recuperación*. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45916-cuidados-america-latina-caribe-tiempos-covid-19-sistemas-integrales-fortalecer>
- Organización Mundial de la Salud. (2021, 18 de marzo). *El edadismo es un problema mundial*. <https://www.who.int/es/news/item/18-03-2021-ageism-is-a-global-challenge>
- Organización Panamericana de la Salud. (2019, 1 de enero). *El número de adultos mayores con necesidades de cuidado a largo plazo se triplicará para 2050 en las Américas, advirtió la OPS*. <https://www.paho.org/es/noticias/1-1-2019-numero-adultos-mayores-necesidades-cuidado-largo-plazo-se-triplicara-para>
- Parella, S. y Speroni, T. (2018). Las perspectivas transnacionales para el análisis de la protección social en contextos migratorios. *Autoctonía. Revista de Ciencias Sociales e Historia*, 2(1), 37-56. <https://doi.org/10.23854/autoc.v2i1.59>
- Pérez Orozco, A. (2007). La economía feminista como apuesta teórico-política: Reflexiones a partir del caso español. En *Seminario Internacional Economía Feminista y Economía Crítica*, Universidad de Valencia.
- Pérez Orozco, A. (2010). *Una mirada global a la organización social del cuidado: ¿Quién cuida a quién?* Fundación Carolina/CeALCI.
- Poblet, G. (2017). No quiero regalos. Solo quiero que cambien las leyes. Cuidados, reciprocidad y desigualdad. *Quaderns-e de l'Institut Català d'Antropologia*, 22(2), 115-132.
- Poblet, G. (2022). Pagar el seguro a la chacha: Informalidad y protección social en mujeres migrantes trabajadoras del hogar. *Migraciones*, 55(extraordinario), 1-19. <https://doi.org/10.14422/mig.2022.003>

- Pratto, L. (2016). *La precariedad de la vida. Mujeres bolivianas y tuberculosis en el sur de la ciudad de Buenos Aires* [Tesis de maestría]. Instituto de Desarrollo Económico y Social/IDES-Universidad Nacional de San Martín.
- Rico Becerra, J. I. (2009). *El inmigrante "enfermo": Apuntes y reflexiones desde un trabajo antropológico*. Isabor.
- Rodríguez Enríquez, C., y Méndez, F. M. (2013, 7-9 de agosto). *Trabajadoras del cuidado: El caso de las empleadas de casas particulares: ¿Una forma peculiar de informalidad?* [Ponencia]. 11.º Congreso Nacional de Estudios del Trabajo, Asociación Argentina de Especialistas en Estudios del Trabajo, Buenos Aires, Argentina. https://aset.org.ar/congresos-antteriores/11/ponencias/p6_Rodriguez.pdf
- Sanjuán Núñez, L. (2019). *La observación participante*. Oberta UOC Publishing.
- Sepúlveda-Loyola, W., Dos Santos Lopes, R., Maciel, R. P. T. y Probst, V. S. (2020). Participación social, un factor a considerar en la evaluación clínica del adulto mayor: Una revisión narrativa. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37(2), 341-349. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.4518>
- Sirven, N. y Debrand, T. (2008). Social participation and healthy ageing: An international comparison using SHARE data. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2017-2026. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.056>
- Stefoni, C., Ramírez, C., Carbajal, M., Cavagnoud, R. y López-Yucra, K. (2022). Cuidados transnacionales y vejez: Aproximaciones teóricas y debates pendientes. *Si Somos Americanos*, 22(2), 107-129. <https://doi.org/10.4067/S0719-09482022000200107>
- Uribe, J. M. (2006). Migraciones y salud: Préstamos de ida y vuelta. En G. Fernández (Comp.), *Salud e interculturalidad en América Latina: Antropología de la salud y crítica intercultural* (pp. 83-92). Abya Yala, Bolihispana, UCLM.
- Vasilachis de Gialdino, I. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Gedisa.
- Vasilachis de Gialdino, I. (2007). El aporte de la epistemología del sujeto conocido al estudio cualitativo de las situaciones de pobreza, de la identidad y de las representaciones sociales. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 8(3).
- Vasilachis de Gialdino, I. (2020). Familia, adultos y trabajo en las narrativas personales. En *Familias, territorios y cotidianidades en tiempos de la COVID-19*(1). CEIL-CONICET.