

Crisis sociosanitaria global (post) pandémica y su impacto en la salud de migrantes internacionales de Barcelona, São Paulo y Buenos Aires

Global (post) pandemic socio-sanitary crisis and its impact on the health of international migrants

Alejandro Goldberg^{1,II}

<https://orcid.org/0000-0002-6329-4865>
alejandro.goldberg@gmail.com

Ximena Pamela Díaz Bermúdez³

<https://orcid.org/0000-0002-3771-7684>
ximenapam@gmail.com

^I Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas – Buenos Aires, Argentina

^{II} Universidade de Brasília – Brasília, DF, Brasil
(Profesor visitante)

^{III} Universidade de Brasília – Brasília, DF, Brasil

Resumen

Las desigualdades estructurales sociales y de distinto tipo, intrínsecas al capitalismo, se profundizaron con la pandemia de Covid-19 hasta límites insostenibles para los sectores subalternos, entre los cuales se ubican los conjuntos de migrantes en situación administrativa irregular de los distintos países. A través de un enfoque antropológico transnacional, auxiliado por la etnografía virtual, se aborda el impacto sociosanitario que tuvo la crisis pandémica para estos grupos en Barcelona, São Paulo y Buenos Aires durante 2022-2023, así como sus respuestas grupales-comunitarias para contener y sobrellevar sus necesidades inmediatas y urgentes, más allá de las políticas públicas implementadas en cada país/región/ciudad, con desigual cobertura y eficacia. La realidad abordada, entonces, conjuga esas carencias estructurales que no fueron resueltas como consecuencia de la crisis desatada a partir de la pandemia, con nuevas problemáticas sociosanitarias derivadas de las necesidades de supervivencia de los migrantes en cada contexto, destacándose el protagonismo de las mujeres.

Palabras clave: pandemia de Covid 19; necropolíticas; salud de migrantes internacionales; autocuidado grupal-comunitario.

Abstract

Social and other structural inequalities, intrinsic to capitalism, deepened with the Covid-19 pandemic up to unsustainable limits for the subaltern sectors, among which are located the groups of migrants in irregular administrative situations from the different countries. Through an anthropological transnational approach, aided by virtual ethnography, is addressed the socio-sanitary impact that the pandemic crisis had for these groups in Barcelona, São Paulo y Buenos Aires for the period 2022-2023, as well as their group-community responses to contain and cope with their immediate and urgent needs, beyond the public policies implemented in each country/region/city, with unequal coverage and effectiveness. The reality addressed, then, combines those structural deficiencies that were not resolved as a result of the crisis unleashed by the pandemic, with new social and health problems arising from the survival needs of migrants in each context, highlighting the leading role played by women.

Keywords: Covid 19 pandemic; necropolitics; health of international migrants; group-community self-care.

Introducción problemática-contextual: necropolítica capitalista global, migratoria y sociosanitaria

Después de la pandemia de Covid-19 (la OMS decretó el fin de su emergencia en salud global el 5 de mayo de 2023), existe el consenso generalizado de que las desigualdades estructurales globales y a nivel de sectores sociales en cada una de las sociedades de los distintos países, se potenciaron como consecuencia de la crisis sociosanitaria devenida de la pandemia (Goldberg, 2021). Así, se ha profundizado el cisma entre el norte y el sur global y entre ricos y pobres, como parte del doble proceso capitalista de súper acumulación de la riqueza/distribución de la pobreza. Al respecto, en su informe *Las desigualdades matan*, Oxfam (2022) señalaba que para finales de 2021 las personas en situación de pobreza extrema en el planeta alcanzaron la cifra de 263 millones. Del otro lado, la riqueza concentrada de las diez personas más ricas del mundo –de las cuales nueve son hombres– se había incrementado en 413.000 millones de dólares ese mismo año. Paralelamente, transcurrido un año y medio desde que se hubo decretado la pandemia, las muertes por hambre en el mundo se ubicaban por encima de los decesos como consecuencia de la Covid-19. De acuerdo al citado estudio, once personas morían por minuto por motivo del hambre extrema, cifra superior a las siete muertes que generaba la pandemia en el mismo tiempo. El trabajo sostiene, además, que en 2021 se llegó a la cifra de 155 millones de personas en 55 países que padecen extremos de inseguridad alimentaria, y que 20 millones de estos habitantes del planeta se sumaron ese año para alcanzar la cantidad mencionada. Según el informe, la pandemia provocó que 33 millones de trabajadoras y trabajadores de todo el mundo perdieran su empleo en 2020, generando además pérdidas por valor de 3,7 billones de dólares en concepto de ingresos derivados del trabajo, una cifra equivalente al 4,4 por ciento del PIB mundial de 2019. Finalmente, los precios de los alimentos en el mundo aumentaron en casi un cuarenta por ciento desde 2020, registrando el mayor incremento en más de una década.

Estas desigualdades pueden entenderse como las tramas de una necropolítica en la perspectiva de que algunos pocos detentores del poder deciden quienes pueden vivir y quienes tienen vidas precarias dispensables y aniquilables (Mbembe, 2011), la cual refuerza una lógica nehomaltusiana criminal capitalista a nivel global, que tiene, a su vez, manifestaciones particulares, tanto a nivel de

fenómenos como de políticas sectoriales, a escala transcontinental/nacional/local. En el campo de los fenómenos migratorios actuales, por ejemplo, las distintas formas de violencia estructural (Farmer, 2004; Fassin 2007) y extrema que provoca el capitalismo global por despojo, como sistema-mundo patológico,¹ en su reproducción extractivista devastadora, intensificadas en las últimas cinco décadas (guerras, persecuciones, apropiación de tierras y expulsión de sus moradores, destrucción medioambiental de ecosistemas enteros y aceleración de la crisis climática –ecocidio–), constituye una condición central para explicar los flujos migratorios contemporáneos, mayoritariamente de carácter forzado. Al respecto, los últimos datos disponibles muestran que, para finales de 2020, se habían contabilizado 281 millones de migrantes internacionales en el mundo, los cuales representaban un 3,6% de la población mundial. De entre éstos, 82,4 millones de personas se encontraban desplazadas forzosamente, como resultado de persecuciones, conflictos, violencias, saqueo de recursos naturales, despojo de tierras, desastres ecológicos o violaciones a los derechos humanos (Organización Internacional para las Migraciones, 2022a).

Las respuestas de la Unión Europea (UE) y Estados Unidos (EEUU) al fenómeno migratorio, basadas en la externalización de las fronteras (y del procesamiento de las solicitudes de asilo) y el control militarizado represivo, constituyen claros ejemplos de los resultados producto de las necropolíticas migratorias securitarias endémico-racistas implementadas desde, por lo menos, una década: 31.522 migrantes perdieron la vida en los últimos siete años (lo que equivale a doce personas muertas por día) en las rutas marítimas de acceso a la Europa fortaleza a través de la necrofrontera sur-centro-occidental (España e Italia).² Del mismo modo, desde 2014 a 2022, en el continente americano se

1 Sistema que encuentra su genealogía en el esencialismo supremacista europeo blanco étnico-cultural heteropatriarcal occidental colonial/neo colonial, el cual, mediante una violación genocida comenzada hace más de 500 años contra los pueblos originarios de América, continuada con el tráfico internacional europeo de esclavos africanos, y perpetuada hasta nuestros días, con nuevas formas de expoliación y dominación capitalista violenta, se apropió de territorios y personas –principalmente en los continentes africano, americano y asiático– para transformarlos en mercancías.

2 La ideología racista-xenófoba-eugenésica que sustenta estas necropolíticas encuentra una clara correspondencia entre los hechos (el crimen de dejar morir a personas migrantes, portadores de cuerpos racializados, en el Mediterráneo) y los discursos racistas “normalizados”, aceptados por buena parte de la sociedad civil europea, como el del ministro de Agricultura del actual gobierno neofascista italiano, quien, refiriéndose a la inmigración a Italia/Europa, afirmó textualmente: →

habían producido 7.000 muertes de migrantes, 4.694 de las cuales sucedidas en la frontera terrestre de EEUU con México (Organización Internacional para las Migraciones, 2022b).

Las necropolíticas también pueden identificarse en el ámbito sanitario, antes de la declaración de pandemia y en el transcurso de ésta, subrayando nuevamente su papel en poner de manifiesto los efectos de diversas formas de desigualdades en las condiciones de vida de las poblaciones, sobre todo en los contextos urbanos y periurbanos del Sur Global. En tal sentido, víctimas de la necropolítica global capitalista también son las 1,4 millones de personas en el mundo que fallecieron en 2019, en pre pandemia, por Tuberculosis (World Health Organization, 2021b); la segunda enfermedad infecciosa más letal del planeta (detrás del HIV-Sida, que ha mermado una generación entera de africanos/as), sobre las cuales no hubo interés histórico alguno –ni urgencia global de la OMS– de parte de las corporaciones farmacéuticas multinacionales para crear una vacuna eficaz capaz de salvar esas vidas.³ Ya durante el período de la pandemia 2020-2021, se detectó un aumento de la Tuberculosis a nivel mundial: la OMS estima que hubo 10,6 millones de nuevos casos en 2021, un 4,5% más con respecto a 2020 (World Health Organization, 2022). En Argentina, por ejemplo, ante la falta de acceso al sistema de salud durante los casi dos años de

→ “No podemos rendirnos a la sustitución étnica” (Llorente, 2023). Qué pasaría si los muertos en el Mediterráneo fuesen blanco europeos? Del mismo modo, acaso los italianos, como cualquier pueblo europeo, no son producto de la mezcla genética-étnico-cultural de siglos, acontecida en esos territorios? Qué hubiera sucedido si en países como Argentina, Brasil, Estados Unidos, Canadá o Australia, a los cuales han migrado millones de italianos desde el siglo XIX en adelante, los gobiernos hubiesen mantenido el mismo discurso? Se trata de un nítido ejemplo de la falta de memoria histórica y parte fundamental de la ignorancia, que es, a su vez, junto a la instrumentalización del miedo a lo desconocido, lo extraño, lo diferente, pilar esencial del (neo) fascismo racista xenóforo contemporáneo en auge.

3 La Alianza People’s Vaccine, una coalición de organizaciones que incluye a Oxfam, Salud por Derecho, Yunus Center, Frontline AIDS, ONUSIDA y Global Justice Now, entre otras, ha calculado que Pfizer, Janssen y AstraZeneca han pagado 21.610 millones de euros entre dividendos y recompras de acciones a sus accionistas en los últimos 12 meses. Una cifra que pagaría la vacunación de, al menos, 1.300 millones de personas, el equivalente a la población de África y cuyo coste de dosis por persona sería de 16,6 euros. La fórmula de la superganancia con las vacunas: inversión pública (gasto en investigación) y beneficio privado de las farmacéuticas. Quiénes son los principales accionistas capitalistas (financieros) de estas corporaciones farmacéuticas, que detentan la propiedad intelectual y las patentes de las vacunas? Moderna: B. Gates; Pfizer: Black Rock, fondo buitre transnacional, entre otros.

cuarentena por la pandemia, recién en 2023 comenzaron a detectarse y notificarse casos de personas que tuvieron la enfermedad durante 2020/2021.

Sobre todo, en los países del Sur Global, la forma de difusión del Sars-CoV-2 demostró que la sobre-urbanización y la metropolitanización precarizada, constituyeron un importante factor de riesgo para la expansión del número de casos y muertes por esta enfermedad. Se trata de espacios urbanos territoriales conformados por relaciones desiguales socioeconómicas, ideológicas, culturales, religiosas, políticas, alimentarias y sanitarias, todo lo cual repercute de manera diferencial en los distintos sectores sociales, según las variables de clase social, nacionalidad, etnia, género, estilos de vida, ocupación, renta, entre otras. Al respecto, García Canclini (1999) planteó las contradicciones que se generan en las “ciudades globales”, que deben articular lo local con lo nacional a la luz de la globalización. En ese sentido, el autor reconoce el hecho de que el “cosmopolitismo cultural” (de las dos ciudades más cosmopolitas de Sudamérica, como São Paulo y Buenos Aires) es para unos pocos y convive con la pobreza, la inseguridad, la inseguridad alimentaria/nutricional y la degradación ambiental. Por su parte, Sassen (2001) sostiene que, sobre todo, en el escenario de las “ciudades globales del sur”, las clases medias y los trabajadores pobres, entre estos últimos, fundamentalmente los migrantes, se encuentran cada vez más debilitados frente al poder del capital transnacional. Así, en la referidas megapolis del Sur Global se manifiestan las profundas dicotomías basadas en el mecanismo capitalista de acumulación/exclusión, los cuales producen, de una parte, una brutal y ávida concentración de la riqueza; y del otro lado, una distribución de la pobreza, una violencia estructural que engendra, a su vez, otras violencias de distinto tipo que afectan la salud de una parte de sus habitantes hasta llevarlos incluso a la muerte. De manera que, al abordar estas unidades de análisis como espacios urbanos territoriales de relaciones desiguales, es posible afirmar que el modo de vida de los sectores subalternos, el cual se desarrolla las más de las veces en contextos de vulnerabilidad social, repercute negativamente sobre la salud holística-integral de estos grupos, generando un proceso destructivo-deteriorante de carácter permanente en la salud de las personas que los componen. En otras palabras, los procesos socio-estructurales capitalistas interactuantes en las mismas afectan, condicionan e incluso determinan las dimensiones biológicas de los distintos padecimientos que sufren estos sujetos –incluyendo la infección por Covid-19 y su atención (Goldberg, 2022).

En el caso específico de Brasil, un país con desigualdades geográficas y socio raciales estructurales extremas, que incluyen formas extendidas de explotación del trabajo esclavo,⁴ la crisis sociosanitaria (post) pandémica profundizó aquellas (Corrêa Matta *et al.*, 2021) hasta colocar al 58,7% de su población –125 millones de personas– sobreviviendo con algún grado de inseguridad alimentaria, mientras que aquellas que sufren hambre extrema alcanzaron la cifra de 33,1 millones (Rede Penssan, 2022). Nos referimos al segundo país que más muertes atribuidas al virus tuvo en el mundo: 694.800 (World Health Organization, 2021a).⁵ En efecto, aplicando una necropolítica criminal por omisión negacionista, el gobierno del fascista misógino psico-sociópata Bolsonaro es el principal culpable directo de la muerte de esas personas, en alta proporción pertenecientes a los conjuntos subalternos de la sociedad brasileña. El objetivo eugenésico de eliminar a una parte de la población considerada “prescindible”, “no deseada”, debido a su condición de clase social subalterna y grupo étnico-racial específico, en el caso de Brasil refiere, sobre todo, a la población afrodescendiente e indígena. Una vez más, vidas que no son lucrables, mercantilizables, que son prescindibles para el sistema, en tanto no constituyen consumidores atractivos en el gran supermercado capitalista mundial.

Finalmente, en Barcelona, ciudad del sur del Norte Global, la precariedad ha determinado desde la segunda mitad de la década de 1990 en adelante, los modos de vida, trabajo y vivienda de los migrantes irregulares, quienes se insertan en un mercado laboral informal extendido, con un impacto negativo en la salud física, mental y emocional de los y las trabajadoras (Goldberg, 2004; Opazo-Valenzuela; Pérez-Rincón, 2023).

De manera tal que, como parte de las facetas de la necropolítica apuntada, los casos resaltados, entre tantos otros múltiples existentes, muestran la

-
- 4 Estas formas de explotación esclavista, a las que recurre el capitalismo cuando le resulta necesario, se nutren, en buena medida, y en distintas geografías del planeta, de trabajadores migrantes en situación de irregularidad administrativa. En el caso de Brasil, específicamente, de 2020 a 2022 fueron rescatados de esa condición aproximadamente 500 personas de distintas nacionalidades de América Latina y el Caribe (Brasil, 2023), lo cual da pie a inferir el volumen del número real existente.
 - 5 En este sentido, Brasil, presentó, además, serias barreras administrativas para obtener datos concretos sobre la forma en que el virus Sars-CoV-2 afectó a la población migrante, ya que la nacionalidad no constituye una variable clasificatoria en los registros médico-hospitalarios (Magalhães; Bógus; Baeninger, 2021) del país.

forma en que las desigualdades sociales se traducen en desigualdades en salud (Goldberg, 2014). Partiendo de ello, se propone en este trabajo abordar la manera en que las desigualdades estructurales sociales y de distinto tipo, intrínsecas al capitalismo, se profundizaron con la pandemia de Covid-19 hasta límites insostenibles para los sectores subalternos de las sociedades, entre los cuales se ubican los conjuntos de migrantes en situación administrativa-migratoria irregular de distintos países. Paralelamente, las respuestas sociosanitarias grupales-comunitarias entre estos grupos fueron el común denominador más efectivo para contener y sobrellevar las necesidades inmediatas y urgentes de estas personas, más allá de las políticas públicas que se hayan implementado en cada país/región/ciudad, con desigual cobertura y eficacia. La realidad que se aborda en este trabajo, en perspectiva transnacional-comparativa, conjuga entonces esas carencias estructurales que no fueron resueltas como consecuencia de la crisis sociosanitaria desatada a partir de la pandemia, con nuevas problemáticas sociosanitarias derivadas de las necesidades de supervivencia, a partir de la resistencia, la organización y las estrategias de cooperación, ayuda mutua y autocuidado de esos grupos, principalmente por medio del protagonismo de las mujeres migrantes.

Pandemia, (in) movilidades migrantes forzadas y salud

Apuntado con anterioridad, el fenómeno de estudio plantea claramente la manera en que la devastación capitalista y su violenta maquinaria de guerra y destrucción planetaria, genera en territorios de países del Sur Global desplazamientos forzados y desigualdades de todo tipo, que se traducen en problemas de salud para estos sujetos (muerte, hambre, violencias, aflicciones, malestares, padecimientos, enfermedades, dolencias). No sólo en cuanto a los perfiles epidemiológicos, sino en relación a la precarización total de sus modos de vida, incluyendo, en muchos casos, el acceso a los servicios sanitarios y de otro tipo, el diagnóstico, la prevención y el tratamiento de esas aflicciones, malestares, padecimientos, enfermedades y dolencias (en sus países de origen, en tránsito como desplazados y en destino como refugiados o migrantes irregulares, en condición de clase subalterna) (Goldberg, 2021, 2022).

Adicionalmente, las diversas situaciones de violencia específica por las cuales muchas de estas personas migrantes tuvieron que huir de sus lugares de residencia para salvar sus vidas (sobrevivientes), con las posibles secuelas en el estado de salud físico, psíquico, emocional (incluyendo a sus familiares); la inestabilidad material, social, cultural y afectiva en el desarrollo evolutivo del proceso migratorio, que implica en sí mismo un problema de adaptación ante la ruptura forzada con el medio ambiente sociocultural de origen; las situaciones de riesgo concreto para la salud, ligadas a experiencias traumáticas y de padecimientos en los modos de vida precarios, y las violencias de distinto tipo sufridas durante la trayectoria migratoria y en la sociedad de destino (situaciones de riesgo específicas en determinados contextos de vulnerabilidad social); la vulneración del derecho a la atención sanitaria en algunos casos, constituyen, entre otros, ejes de indagación en el campo problemático de los procesos migratorios internacionales y la salud/enfermedad/atención/cuidados de las personas migrantes en diferentes tipos de situación (económicos, forzados, ambientales, desplazados, solicitantes de asilo, refugiados, irregulares, etc.) y distintos contextos geográficos (Martin; Goldberg; Silveira, 2018). De modo que, a lo largo de todo el proceso migratorio de estas personas, se constatan impactos negativos en su estado de salud.

Este conjunto de situaciones, de por sí extremas, se complejizaron en perjuicio de los migrantes internacionales a partir de la pandemia de Covid-19, con el agregado de nuevas realidades producto de la inmovilidad forzada (Stock, 2012) instaurada con la pandemia, como las siguientes: cierre total de las fronteras e hiper control-vigilancia; exclusión de ingreso, tránsito, permisos y visados a los no vacunados; suspensión del derecho de asilo; incremento del racismo xenófobo en los estados-nación; instrumentalización del miedo y su reproducción en los medios de comunicación; confinamientos obligatorios compulsivos; carencia de políticas públicas sectoriales, inseguridad alimentaria y nutricional, entre otros.

Un ejemplo de la instrumentalización oportunista de la situación de pandemia y la inmovilidad forzada para los fines de políticas migratorias restrictivas y criminalizadoras, lo constituyen los casos europeo y estadounidense. En este último país, regía una legislación sanitaria violatoria del derecho internacional de asilo, que impedía a la persona apelar ante jueces migratorios su expulsión inmediata. Se trata de una disposición de salud pública de 1940

(el “Título 42”) que fue invocada por el gobierno del misógino sociópata megalómano Trump en marzo de 2020, al inicio de la pandemia de Covid-19, para poder expulsar o devolver a México, por razones sanitarias de higiene, a todos/as los/as migrantes irregulares, sin siquiera concederles el derecho a solicitar asilo.⁶

Como consecuencia, 2,4 millones de migrantes indocumentados habían sido expulsados/as, la mayoría de la frontera sur de EEUU hacia México, desde marzo de 2020 hasta finales de 2022 (Organización Internacional para las Migraciones, 2022b), a través de la instrumentalización de una disposición sanitaria que tiene el supuesto objetivo de evitar la propagación del Covid-19, evitando que migrantes traspasen la frontera (por ser posibles portadores del Sars-CoV-2), a pesar de que no existen evidencias científicas que respalden el hecho que personas no documentadas, sin visado, tengan más posibilidades de transmitir el Covid-19 o cualquier otro tipo de enfermedad infecciosa.

Una alta proporción de estos/as migrantes, que fueron expulsados bajo la mencionada normativa, quedó varado en situación de precariedad y privación de derechos en el norte de México, en situación de inmovilidad forzada, hasta la actualidad. Además de ser estigmatizados con la portación de enfermedades infecciosas –en este caso el Covid-19– y vinculados a prácticas “poco higiénicas”, que pudieran derivar en posibles enfermedades transmisibles en los ámbitos locales,⁷ estos/as migrantes se enfrentan a múltiples barreras en el acceso a la atención médica en los centros de detención donde fueron confinados/as, en los cuales el hacinamiento es lo sobresaliente. Al respecto, siguiendo con el campo de la salud, vale señalar que, además de los peligros presentes durante el itinerario –incluyendo los distintos tipos de violencias a los/as que están

6 El “Título 42” fue finalmente suspendido en mayo de 2023. Paralelamente, los gobiernos estadounidense y español anunciaron el 27 de abril del mismo año un acuerdo migratorio, por medio del cual, el Reino de España, se comprometió a recibir contingentes de migrantes latinoamericanos detenidos en la frontera sur de EEUU. De esta forma, mientras el primero deja morir migrantes africanos en el Mediterráneo y el Atlántico, asume “cupos” de migrantes provenientes del segundo, cual mercancías, como parte de la necropolítica securitaria transnacional globalizada que los “especialistas” en la materia llaman “gobernanza migratoria”.

7 Esto se vincula con ciertos procesos de estigmatización concreta que sufren determinados conjuntos de migrantes en relación a su “identidad”, en concordancia con una estereotipación específica en torno a sus modos y “estilos de vida” que, traducidos en conductas de salud, tienen un impacto negativo en sus procesos asistenciales y pueden “contaminar” a los “nativos” (Goldberg, 2004).

expuestos/as–, los miles de desplazados/as que cruzan el continente americano para tratar de llegar a EEUU cargan con problemas de salud mental como depresión, ansiedad, estrés post-traumático y fuertes sentimientos de culpa, generándoles un sufrimiento social (Das *et al.*, 2001; Quaranta, 2006) particular. A esto, debe sumársele el estigma que muchos/as de ellos/as enfrentan al cruzar fronteras, el racismo y la xenofobia, como, por ejemplo, comenzó a difundirse en México con la hipervisibilización mediática de las caravanas de migrantes desde 2019 en adelante.

De modo que los y las migrantes van sumando así traumas (Fassin; Rehtman, 2009), duelos sin cerrar y deterioros continuos a su salud mental, que se van inscribiendo en sus cuerpos –se corporifican– (Csordas, 1994). Durante la trayectoria migratoria de manera indocumentada, son las mujeres –entre ellas las jóvenes– quienes tienen mayor riesgo de ser víctimas de distintos tipos de violencias físicas, psicológicas y sexuales: 7 de cada 10 mujeres sufren abuso sexual y 9 de cada 10 son acosadas sexualmente durante el viaje rumbo a EEUU. Ellas son víctimas de secuestros, violaciones, asaltos y trata de personas en manos de diferentes actores del crimen organizado (coyotes, narcotraficantes, traficantes de personas, etc.). También son víctimas del terrorismo del estado a manos de las autoridades policiales y de frontera, que las amenazan con deportarlas si no “cooperan” con la violación (Díaz Prieto; Kuhner, 2014).

Las situaciones descritas se profundizaron a partir de la pandemia, potenciando la vulneración de derechos de las personas migrantes (entre ellos, el del acceso y la atención a la salud) y el aumento de las múltiples violencias ejercidas contra éstas –principalmente mujeres–, lo que afectó –afecta– las dimensiones complejas de su salud física, mental y emocional.

Marco teórico-metodológico referencial de análisis: un enfoque sociosanitario desde la Antropología Médica/ de la Salud

Horton (2020), en un editorial publicado en *The Lancet* en plena pandemia, advirtió que debía considerarse al coronavirus, más que como pandemia, como una “sindemia”. Este concepto fue propuesto por Singer y Clair (2003) para el contexto de la epidemia de VIH/Sida, que generó una conjunción de desigualdades

sociales como la discriminación, la exclusión, la pobreza, la violencia estructural, las cuales se agregaron perversamente a las condiciones físicas de los infectados, produciendo una carga simbólica, un sufrimiento social mayor respecto a los que padecían el VIH.

En el mismo sentido, el Sars CoV-2 interactúa con enfermedades no transmisibles, como la diabetes, el cáncer o problemas cardiovasculares, y lo realiza en un contexto social y ambiental caracterizado por la desigualdad social. Asimismo, se subrayaba en el citado editorial que existe un índice desproporcionado de resultados adversos en comunidades empobrecidas, de bajos ingresos y minorías étnicas, y que el impacto de esta interacción (entre varios padecimientos) está, además, facilitado por condiciones sociales y ambientales que juntan de alguna manera a estas dos enfermedades o hacen que la población sea más vulnerable a su impacto. En términos del marco referencial de la Antropología Médica, así, frente al contexto de crisis sociosanitaria devenida con la pandemia de Covid-19, debe analizarse la relación entre la violencia estructural capitalista (Farmer, 2004; Fassin, 2007) y la sindemia (Singer; Rylko-Bauer, 2021).

Partiendo de lo anterior, en este trabajo se aborda la salud de sujetos migrantes que forman parte de los grupos subalternos de la sociedad, los cuales en muchos casos se encuentran en los márgenes del Estado, para indagar en torno a la problemática surgida como consecuencia de la pandemia de Covid-19. Para ello, se han integrado las conceptualizaciones foucaultianas sobre la producción del cuerpo biopolítico, donde la biomedicina desde la conformación de los Estados define los márgenes de los cuerpos normales, las categorizaciones y los repertorios de acción (Asad, 2004); márgenes que son indeterminados, variables y contextuales, y que permiten observar, asimismo, diferentes formas de resistencias al poder disciplinador. A partir de esto último, se han analizado los mecanismos de prevención y los procesos de cuidado/autocuidado grupal-comunitario desarrollados por los sujetos de estudio en relación a los contextos de cuarentena instaurados en cada país/ciudad, como consecuencia de la referida pandemia. Lo anterior considerando, por un lado, que, en el actual contexto, ha ganado protagonismo el comportamiento individual y colectivo, incluyendo las estrategias de auto-atención y auto-cuidado (Menéndez, 2020, 2021), lo mismo que el rol de la ciudadanía en cuanto a su responsabilidad en salud pública por sus conductas de salud

frente a la Covid-19. Por otro lado, partimos del supuesto de que los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados, y los modos en los/las que los sujetos –tanto individuales como colectivos– buscan soluciones a los padecimientos, comprenden un universo de alternativas que no necesariamente se reducen a la atención en el sistema biomédico. En relación con los procesos migratorios, éstos implican el asentamiento no sólo de trabajadores/as migrantes, sino también de sus sistemas de atención a la salud. En consecuencia, la coexistencia de –por lo menos– el sistema biomédico hegemónico, que caracteriza a los servicios estatales de salud de los países de destino, con aquellos sistemas de atención, ligados al origen de los/las migrantes, que viajan y se instalan con los procesos migratorios, daría lugar al denominado pluralismo asistencial (o pluralismo médico). Se trata de un concepto que permite sostener que en nuestras sociedades existe un uso potencial de varios saberes y formas de atención, tanto para diferentes padecimientos, así como para un mismo padecimiento. Esta diversidad de saberes y de formas de atención, adquieren una dinámica y diferenciación específica en cada contexto, y para cada población (Menéndez, 2009).

En este sentido, se recuperó el concepto de estilo de vida, el cual permite enmarcar y comprender tipos de conductas basadas en los valores y actitudes definidos en dicho estilo, conductas que pueden ser reproducidas en el comportamiento cotidiano, pues se basan en los saberes de un determinado grupo (de migrantes, por ejemplo). A partir de él, se puede comprender la articulación de la estructura social general con los grupos intermedios, expresada en sujetos caracterizados por un cierto “estilo” en su vida cotidiana, tanto personal como colectiva (Goldberg, 2004). El referido concepto ha resultado de utilidad en este trabajo, tanto para analizar representaciones, actitudes, comportamientos y prácticas socioculturales de los sujetos migrantes en relación a la Covid-19, como para sus nociones y respuestas particulares de prevención y cuidado alrededor de la salud/enfermedad/atención, incluyendo aquellas que suponen itinerarios terapéuticos en el sistema de salud pública como en el plano de la autoatención microgrupal y en relación a terapeutas de otros sistemas médicos.

Asimismo, como parte del análisis propuesto, se destaca la importancia de aplicar un enfoque de género interseccional (Linardelli; Goldberg, 2018) que diera cuenta de las categorías identitarias y de clasificación que se producen

y reproducen en las experiencias y discursos en relación a la política sanitaria y la migración internacional, mismas que se encuentran entrecruzadas por las diferentes marcas estigmas de sujeción/dominación: la raza, el género, la sexualidad y la clase. Con frecuencia, las experiencias y las distintas realidades de los y las migrantes son homogeneizadas y esquematizadas, lo cual acaba por ocultar las especificidades, generando distintos tipos de opresiones. En este marco, resulta fundamental profundizar la mirada en datos y casos concretos que permitan conocer a fondo realidades de grupos que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad, y que, con frecuencia, son invisibilizados o quedan atrapados en una perspectiva de totalidad que tiende, la mayor de las veces, a ser predominantemente masculina. En efecto, a contramano de la creciente y continua feminización de los flujos migratorios globales contemporáneos (135 millones entre mujeres y niñas migrantes, de acuerdo a la Organización Internacional para las Migraciones, 2022a), sigue habiendo una cierta tendencia a pensar la inmigración como un proceso reducido a lo masculino. En el caso específico del campo problemático de las migraciones, el género y la salud, en las últimas décadas se aprecia un incremento en las investigaciones abocadas a la participación de mujeres en los flujos migratorios, vinculado con un proceso de “feminización de las migraciones”, que implica no sólo el aumento de la cantidad de mujeres que forman parte de estos movimientos poblacionales de manera autónoma, sino también la visibilización de su protagonismo histórico. En ese contexto, también cobró relevancia la relación entre procesos migratorios de mujeres y la salud, la enfermedad y los cuidados. De ahí la importancia de recuperar herramientas conceptuales articuladas provenientes de dos campos: la antropología de la salud y los estudios de género y feministas. Para la antropología médica/de la salud, los procesos vinculados con la enfermedad, los padecimientos y las estrategias de atención no se limitan a un fenómeno individual y biológico. Por el contrario, la perspectiva antropológica incorpora interrogantes sobre la subjetividad y la cotidianidad, preguntándose por las especificidades que cobran las experiencias cotidianas de las/los sujetos y el impacto de las mismas en los cuerpos y la salud de las personas, indagando asimismo en las formas de sufrimiento social y padecimientos que son consecuencia de esa cotidianidad (Goldberg, 2014). Por último, los estudios feministas visualizan al género como un determinante en el proceso de salud/enfermedad/cuidado, que opera

en forma conjunta con otros factores y variables, como son los de situación administrativa-migratoria, clase, etnia y edad, entre otros. Aplicado lo anterior al problema de estudio, y partiendo de reconocer que son las mujeres y las niñas quienes más sufren las distintas violencias (psicológica-emocional, sexual, etc.) que implican estos procesos migratorios, así como la sobrecarga de trabajo y el asumir los procesos de cuidado, la perspectiva interseccional permite identificar en las relaciones de poder y desigualdad, ciertas lógicas de dominación, así como estrategias para enfrentarlas en un marco contextual y situacional (Magliano, 2015).

Finalmente, una perspectiva decolonial (Mbembe, 2016) se asume como superación de la lógica colonial del poder en tanto estructura política y económica capitalista-heteropatriarcal-eurocéntrica; la colonialidad del saber, en tanto imposición epistémica, filosófica, científica y del lenguaje; y la colonialidad del ser, vinculada a las subjetividades, el control de las sexualidades, de los roles de género, entre otras categorías constitutivas de relaciones que forman parte de un sistema jerárquico extendido a los campos del ser, del saber y del saber-hacer a través de una geopolítica del conocimiento (Walsh, 2008), con particularidades en cada contexto.

En lo que concierne a la metodología desarrollada en la investigación, de la que se desprende el presente artículo, la misma consistió en un estudio etnográfico multisituado (Marcus, 1995) híbrido,⁸ que articuló dos tipos de trabajo principales:

1) Trabajo de campo en tres ciudades-contextos territoriales (Brasil/São Paulo, Argentina/Buenos Aires y España/Barcelona) realizado en torno a trayectorias/itinerarios de (in) movilidad y modos de vida/trabajo/vivienda de migrantes en situación de irregularidad, y el vínculo entre desigualdades sociales/desigualdades en salud. La elección de estas tres ciudades se basó, principalmente, en el conocimiento previo de los contextos a nivel geográfico-territorial y de contactos

8 Debido a las contingencias provocadas por las restricciones de la pandemia de Covid-19, se reajustó la metodología recurriendo de forma complementaria a la denominada "etnografía digital o virtual" (Mosquera Villegas, 2008). Esto permitió combinarla con la etnografía in situ, realizando un seguimiento del problema de estudio y de los sujetos migrantes y los conjuntos socio-culturales en los que se integran (comunidades virtuales, asociaciones/organizaciones de y para migrantes, etc.) en los tres contextos de análisis, con el foco puesto en el campo de los procesos de salud/enfermedad/atención/cuidados.

con migrantes, organizaciones y otros actores vinculados con el problema de estudio, sustentados por investigaciones realizadas con anterioridad –de forma sistemática–, desde 2003 en adelante. Por otra parte, desde el punto de vista empírico, se trata de tres ciudades en las que el fenómeno migratorio ha tenido históricamente un rol preponderante en los procesos sociodemográficos, políticos y económicos; y en las que, tanto la población migrante regularizada como aquella cuya situación administrativa es irregular, tienen una destacada relevancia en términos cuantitativos y cualitativos en relación a cada país. En ese sentido, recuperando, ya sea estadísticas oficiales, como aquellas proporcionadas por fuentes provenientes de organizaciones migrantes, asociaciones, ONG's y demás actores, vale mencionar que, en el caso de las tres ciudades, se trata del principal destino de los migrantes internacionales que llegan a Brasil, Argentina y España respectivamente, resultando las ciudades con mayor proporción de población extranjera al interior de los tres países. Los últimos datos oficiales (no contemplan los migrantes en situación de irregularidad administrativa) muestran que en Brasil había, para 2023, 1.300.000 migrantes contabilizados (São Paulo: 360.000); en Argentina 1.933.464 en 2024 (Buenos Aires: 419.561); mientras que en España residían 6.491.502 extranjeros (Barcelona: 519.000) (Cavalcanti; Oliveira; Silva, 2023; Instituto Nacional de Estadística, 2024; Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2024).

Un último elemento en común que comparten las tres ciudades unidades de observación del estudio, es la segregación sociolaboral y espacial que caracteriza los modos de vida de los migrantes internacionales en situación de irregularidad; lo cual, a su vez, se vincula con las realidades de precariedad de esos grupos, abordadas en la investigación.

Respecto a las estrategias de investigación instrumentalizadas en el trabajo de campo, éstas fueron la observación participante en diferentes ámbitos de la vida cotidiana de los sujetos, conversaciones informales y entrevistas en profundidad semi estructuradas, tanto con migrantes irregulares como con otros actores implicados en el problema de estudio (funcionarios, miembros de organizaciones de la sociedad civil, personal de salud, etc.) en cada uno de los contextos territoriales definidos (tanto en modo presencial como en formato on line-digital por medio de WhatsApp, Zoom, Facebook, etc.).

2) Trabajo con fuentes secundarias: a) análisis de narrativas; b) recopilación, selección y análisis bibliográfico sobre el problema de estudio; y c) uso de

fuentes secundarias (informes, prensa, normativas, etc.) y estadísticas sobre la temática.

Las unidades de análisis del estudio han sido, entonces, migrantes en situación de irregularidad de diversas nacionalidades, adultos de ambos sexos, que se encontraran residiendo y/o trabajando, en los tres contextos territoriales designados como unidades de observación. Así, los interlocutores del estudio en Barcelona fueron: migrantes irregulares adultos de ambos sexos de nacionalidad colombiana, boliviana y senegalesa; en São Paulo: migrantes irregulares adultos de ambos sexos de nacionalidad senegalesa, boliviana, congoleña y venezolana; y, por último, en Buenos Aires: migrantes irregulares adultos de ambos sexos de nacionalidad boliviana, peruana y senegalesa. Del mismo modo, se realizó un seguimiento y acompañamiento etnográfico híbrido (presencial/virtual) con diversas asociaciones de migrantes de las tres ciudades durante el período de la investigación: en Barcelona: Sindicato Popular de Vendedores Ambulantes Senegaleses, Sindicato Sindihogar-Sindillar de trabajadoras migrantes del hogar y cuidadoras, Red de Cuidados Antirracistas; en São Paulo: Asociación de Residentes Senegaleses, Grupo de Facebook “Venezolanos en São Paulo”, Associação dos Residentes Bolivianos, ADUS; en Buenos Aires: Agrupación Simbiosis Cultural-Bolivia, Asociación de Residentes Senegaleses en Argentina, Asociación Civil de Derechos Humanos Mujeres Unidas Migrantes y Refugiadas en Argentina.

Vale subrayar que la perspectiva de conocimiento etnográfico presenta un potencial para el estudio de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados en conjuntos socioculturales de migrantes internacionales en situación de irregularidad administrativa, en tanto permiten conocer problemáticas que en general no son registradas por los datos de la salud pública, así como sus contextos y la complejidad en la que las trayectorias de cuidado se desarrollan. Éstas últimas posibilitan dar cuenta de la construcción de experiencias de un sujeto y su grupo en un contexto/situación determinada (Ramírez Hita, 2009).

En trabajos previos (Goldberg, 2021, 2022) se describieron algunos de los principales padecimientos relevados en personas con experiencias de trayectorias migratorias de carácter forzoso, analizando las diversas situaciones de violencias y riesgos para la salud sufridas. Las mismas han generado estresores acumulativos que pueden llegar a tener consecuencias psicológicas, físicas

y emocionales negativas en su salud, experimentando una serie de pérdidas, duelos y estrés profundos que deben atenderse y tratarse de forma profesional particular. Al respecto, los padecimientos de salud mental como la depresión, el trastorno de estrés postraumático o la ansiedad, son causados por la situación de origen de los/las migrantes, los motivos por los que se vieron obligados/as a huir y las duras trayectorias migratorias que soportaron hasta llegar a la sociedad de destino; sumado a los modos de vida/vivienda/trabajo precarios que determinan, con frecuencia, su inserción en aquella. Esta realidad está presente en sus narrativas, en las que se ha identificado un marcado sufrimiento socio-psico-emocional y se han registrado episodios de múltiples violencias padecidas, sobre todo en mujeres. Estas últimas y las niñas migrantes, se enfrentan adicionalmente a una carga desproporcionada del cuidado de otras personas, corroborándose una falta de atención y protección adecuadas para ellas, lo que a su vez las coloca en situaciones de inseguridad y en riesgo de sufrir daños psico-emocionales y físicos a su salud.

En suma, a lo largo de todo el proceso migratorio de estas personas se constatan impactos negativos en su estado de salud: por traumas de guerra, conflictos, violencia o tortura; por riesgos y circunstancias adversas durante el viaje; por las condiciones de vida en los campamentos, centros de detención, etc.; por las dificultades jurídico-administrativas, sociolaborales y de acceso a la asistencia sanitaria y/o a una vivienda digna, así como por barreras lingüísticas y culturales, en la sociedad de destino. Concretamente, estas personas se exponen, entre otras, a enfermedades respiratorias, lesiones accidentales o provocadas por las medidas de seguridad en las fronteras, quemaduras, deshidratación, gastroenteritis, intoxicación por CO₂ y problemas musculoesqueléticos. Existen evidencias registradas de traumatismos como consecuencia de la violencia y problemas neurológicos, crisis psicosocial aguda, depresión y estrés postraumático. Las mujeres padecen problemas obstétrico-ginecológicos y alta prevalencia de abortos, así como malos tratos, explotación, violaciones y vejaciones por parte de traficantes, personal de seguridad u otros agentes, a lo largo de sus trayectorias migratorias. La escasez de comida, la falta de asistencia médica y el hacinamiento, resultan especialmente perjudiciales en las embarazadas (Goldberg, 2021).

Antes, durante y después de la pandemia. “Existimos porque resistimos”: estrategias de supervivencia de mujeres migrantes basadas en la organización de la prevención y el cuidado grupal-comunitario

Quedamos los que puedan sonreír; en medio de la muerte, en plena luz...

Silvio Rodríguez, “Al final de este viaje en la vida”

El informe *Agenda Migrante 2020* señalaba que, en Argentina, 58% de las personas migrantes, al iniciarse el aislamiento obligatorio por la pandemia de Covid-19, dejó de percibir cualquier tipo de salario o ingreso, mientras que 77% no recibía ayudas ni beneficios sociales de ningún tipo por parte de la administración pública. En tal sentido, de acuerdo a los datos arrojados por la encuesta realizada para el citado informe, más del 80% de las personas migrantes en la Argentina no accedieron al Ingreso Familiar de Emergencia, debido a que un 49% no contaba con dos años de residencia (49%) y un 31% fue inscripto, pero no accedió al beneficio (Debandi *et al.*, 2020).

La situación descrita en relación a los conjuntos de migrantes en Argentina –sobre todo referida a aquellos en condición administrativa-migratoria irregular–, es factible de extrapolar a países como Brasil, en el Sur Global, así como a países del sur del Norte Global como España.

Lo anterior supuso en la práctica, durante el extenso período de cuarentenas de encierro obligatorio, que la mayor parte de estos/as migrantes en los tres países señalados, debido a su situación de irregularidad administrativa-migratoria, y al estar insertos/as en el mercado de trabajo informal-sumergido precario de estos países (en muchos casos con trabajos esenciales pero no reconocidos como tales), tuvieron que incumplir esas medidas compulsivas de encierro y cuarentena obligatoria para realizar algún tipo de trabajo que les permitiera ganar dinero para alimentarse y, dado el caso, alimentar a sus familias. Esto los/las colocó en una situación de especial vulnerabilidad frente a la infección del Covid-19. Entre los casos de estudio relevados que corroboran estas afirmaciones, pueden mencionarse los siguientes: trabajadoras cuidadoras-del hogar originarias de países latinoamericanos sin papeles de Barcelona; vendedores ambulantes senegaleses de Buenos Aires;

motoqueros-riders venezolanos de entrega de comidas y trabajadoras costureras bolivianas en São Paulo.

La pandemia puso de manifiesto una tensión entre producción y reproducción como nunca antes: mantener la vida cotidiana se ha vuelto aún más difícil de lo que ya era. El cierre de fronteras y la pérdida de ingresos dejó a muchas familias completamente paralizadas y en una situación de total inmovilidad. Las transformaciones en la vida cotidiana fueron abruptas durante los primeros meses y las fuertes consecuencias repercuten hasta hoy en lo que respecta a la desarticulación de la sustentabilidad de la vida. Los migrantes, principalmente mujeres, se vieron particularmente afectadas por la pérdida de ingresos, la irregularidad administrativa, las dificultades para acceder a políticas sociales y el exceso de trabajo no remunerado. En particular, se ha podido identificar casos de mujeres migrantes solas, con frecuencia con hijos a cargo, que no cobraban subsidio alguno y sin ningún tipo de ayuda estatal/provincial/municipal. Lo anterior se vio agravado con la pandemia, a partir de las restricciones de movilidad y los confinamientos, sobre todo en las áreas metropolitanas de Buenos Aires, São Paulo y Barcelona, donde residen muchos de los migrantes, y que se trasladan normalmente a las ciudades a trabajar en el sector informal de la economía. Buena parte de estas mujeres perdieron, además del trabajo, la vivienda, por falta de pago del alquiler. Esto fue identificado, especialmente, entre mujeres racializadas del Sur Global, migrantes en el sur del Norte Global (Barcelona, España), quienes mayoritariamente realizan trabajos sin contrato en el ámbito de los cuidados a personas dependientes, el servicio doméstico o la hostelería.⁹

En este sentido, la pandemia de Covid-19 y su crisis, como se indicó anteriormente, profundiza situaciones previas; hace emerger, visibiliza los contextos de vulnerabilidad social, las desigualdades y las situaciones de precariedad y explotación en el trabajo, en la vivienda (hacinamiento, higiene), en el acceso a la salud, etc. de los grupos migrantes en situación de irregularidad administrativa, como parte de la violencia estructural. En Argentina una inflación del 200% anual (la más alta del mundo); en Brasil, índices de pobreza que llegan al 35%; en España, el 40% de la población de bajos recursos con problemas para la sobrevivencia...

9 Una de cada dos personas migrantes (el 50%) se encuentra en “riesgo de pobreza y exclusión social” en Cataluña; sin embargo, reciben menos del 3% del total de las ayudas sociales de la administración estatal/autonómica (Instituto de Estadística de Cataluña, 2023).

En palabras de Segata (2020, p. 277):

A pandemia evidencia muitas camadas de vulnerabilidade. Elas se acumulam nas situações de desigualdade de acesso a serviços de saúde e de proteção social. Na fragilização do cuidado de si e do coletivo em face de incontáveis problemas socioeconômicos como a precarização do trabalho e o desemprego. Na necropolítica das inúmeras formas de racismo, exclusão e violência estrutural.

Simultáneamente, como respuesta, en los tres contextos/unidades de investigación abordadas, las redes comunitarias jugaron un papel central en la articulación de estrategias de supervivencia activando una “pragmática vitalista” anclada en dinámicas comunitarias y tácticas populares de resolución de vida (Gago, 2019), expresada en un “saber hacer” ante situaciones de crisis. Si, por un lado, la pandemia evidenció problemas preexistentes que se agudizaron, por otro lado, se tornaron visibles, también, procesos colectivos de organización, prácticas solidarias, redes de apoyo y cuidado mutuo; lo cual revela que constantemente surgen nuevas formas de cooperación social que están siendo producidas y reproducidas (Federici, 2019).

De modo que una primera hipótesis de trabajo corroborada empíricamente, por medio de los resultados obtenidos en la investigación, es que, en los tres contextos territoriales abordados como unidades de observación, los procesos socio-estructurales capitalistas interactuantes en las mismas afectan, condicionan e incluso determinan las dimensiones biológicas de los distintos padecimientos –incluyendo la infección por Covid-19– y su atención en los sujetos de estudio, cuyos derechos –entre ellos, el de la asistencia sanitaria pública y gratuita– debido a las situaciones de violencia descritas y, en muchos casos, a su situación administrativa-migratoria irregular, en algunos casos se encuentran vulnerados. En otras palabras, contraer enfermedades infecciosas como la Covid-19 entre migrantes irregulares de Argentina, Brasil y España constituye una resultante compleja de sus trayectorias migratorias y sus modos de vida/trabajo/vivienda, que se reproducen en contextos de vulnerabilidad social, los cuales en muchos casos suponen situaciones de riesgo concreto para su salud; siendo aquellos consustanciales con sus procesos migratorios de tránsito/inserción subalterna-precario a la sociedad de destino.

La segunda hipótesis de trabajo corroborada es que, como consecuencia de la pandemia de Covid-19 y las situaciones de fragilización social que produjo entre los sectores subalternos de las sociedades analizadas, profundizando la precariedad y la exclusión, y considerando que los sujetos de estudio pertenecen a conjuntos sociales que componen dichos sectores –los cuales, debido a su situación administrativa-migratoria, se encuentran abandonados y/o invisibilizados por el Estado y sus instituciones–, ante el contexto descrito se encontraron particularmente expuestos a la infección de la Covid-19 y la exclusión de la vacunación, con los padecimientos y secuelas que lo anterior puede llegar a provocar en los cuerpos, y con el agravante de los obstáculos y barreras que en algunos casos enfrentaron al momento de acceder a la atención sanitaria. Una hipótesis de trabajo adicional se desprende de la anterior: ante la realidad experimentada y como mecanismo de respuesta-resistencia/sobrevivencia, los sujetos pusieron en práctica –en función de cada contexto sociosanitario– un conjunto de saberes y estrategias de prevención y auto-cuidado/cuidado grupal para hacer frente a la pandemia de Covid-19. Dichas acciones estuvieron determinadas por las trayectorias y experiencias auto-organizativas, de solidaridad, de cohesión colectiva, mecanismos de reciprocidad, apoyo y ayuda mutua y otras prácticas, que los sujetos –en toda su diversidad y heterogeneidad– hayan desarrollado en cada contexto, alternativas y/o complementarias a las del sistema sanitario público.

Al respecto, resulta necesario el ejercicio contextual de considerar y analizar las diferencias existentes en cada caso y país de indagación: por ejemplo, mientras en España, de acuerdo a la ley migratoria vigente en ese país parte de la UE, de carácter racista-excluyente, el derecho a la asistencia sanitaria pública y gratuita se restringe únicamente a las personas migrantes en situación regular, en Argentina y Brasil las mismas leyes garantizan ese derecho para cualquier persona, independientemente de su situación administrativa-migratoria. Sin embargo, en la práctica, se han detectado situaciones frecuentes en las cuales ese derecho se ve limitado en términos de obstáculos de acceso, debido a la irregularidad migratoria de los sujetos, la falta de información, el desconocimiento de aquellos y el temor de muchos a ser denunciados por ello, detenidos y deportados. En el caso particular de Argentina, también se identificaron actitudes racistas y xenófobas de exclusión por parte de personal administrativo y/o de los equipos de salud de algunos hospitales de la Ciudad Autónoma de Buenos

Aires, quienes se negaron a atender a personas migrantes que no exhibieran un documento, lo cual significa una flagrante violación de la ley. En cuanto a la mayor vulnerabilidad frente al Covid-19 en personas migrantes en situación de irregularidad, Guijarro *et al.* (2021) señalan para el caso de España que la misma estuvo asociada a los modos de vida precarios y a las dificultades para acceder a los servicios de salud, lo cual generó casos de complicaciones médicas y, también, un exceso de mortalidad entre estos grupos de migrantes. Algunos de los trabajos altamente feminizados fueron los que más exposición al virus experimentaron, sobresaliendo las mujeres migrantes que cuidan a personas dependientes en el domicilio, las cuales representaron el 16,3% del total de infectados en España. Sumadas a aquellas que trabajan en tareas de limpieza (13,9%) y las que trabajan en residencias (13,1%), ambos nichos laborales esenciales, mayoritariamente ocupados por mujeres migrantes, no resulta difícil inferir la prevalencia superior de infección de Covid-19 habida entre estas mujeres.

A partir del procesamiento de la información recopilada por medio del análisis de las narrativas de los y las migrantes entrevistados, fue posible identificar una serie de síntomas del trastorno de estrés postraumático sufrido durante y después de la pandemia, como consecuencia de las situaciones de fragilización social y en la salud referidas. Entre ellos, cabe mencionar los siguientes: sueños perturbadores o pesadillas ligadas a la falta de ingresos para alimentar a la familia o pagar el alquiler durante la pandemia; angustia emocional grave y reacciones físicas a las situaciones que recordaban los sucesos traumáticos asociados al contexto de encierro y los riesgos de infección.

Paralelamente, durante el período de la pandemia y post-pandemia de Covid-19 analizado (2022-2023), se ha podido relevar la forma en que, principalmente mujeres migrantes en situación de irregularidad migratoria, con empleos informales y una marcada precarización socio habitacional en Buenos Aires, São Paulo y Barcelona, constituyeron actores sociales esenciales en el enfrentamiento a esta nueva enfermedad, a nivel de prevención y/o curación, a través de los cuidados, la alimentación nutritiva, el uso de terapias provenientes de la medicina tradicional de sus países de origen, entre otros conocimientos y prácticas desarrolladas, dirigidas principalmente a fortalecer el sistema inmunitario. Estas mujeres dieron cohesión a sus grupos familiares y del colectivo migrante, jugando un rol fundamental en la supervivencia cotidiana de los sujetos, determinada por contextos de vulnerabilidad social en las sociedades

de destino, amortiguando de esta forma los daños físicos, psicológicos y emocionales causados por la crisis sociosanitaria de la Covid-19, además de generar redes de apoyo mutuo, solidaridad y reciprocidad entre los grupos de migrantes.

Consideraciones finales

Después de la pandemia, transcurridos tres años desde su declaración por parte de la OMS y a pocos días de haberse decretado el fin de su emergencia global en salud, la Covid-19 desapareció de los medios masivos de comunicación, pasando así, directamente, sin escalas, el foco en la “guerra de Ucrania”. Tras las extraordinarias superganancias de la industria farmacéutica, es ahora el turno de la industria armamentística; a la vez que se deja al descubierto la necropolítica migratoria de asilo hipócrita, racista y selectiva de la UE, que rápidamente acogió refugiados ucranianos blancos, mientras niega ese derecho a aquellos de origen africano y asiático, impidiendo el accionar de salvataje de los barcos rescatistas, permitiendo – a través de una práctica criminal, sostenida por un discurso racista xenófobo directo– que estas personas migrantes mueran ahogadas en el mar Mediterráneo. En consecuencia, después de la pandemia se desvela la matriz global (neo) colonial de la (necro) política gubernamental hegemónica mundial, y su profunda conexión con las facetas más destructivas y explotadoras del capitalismo globalizado (Manderson; Levine, 2020).

Después de la pandemia somos cuerpos cada vez más biológica, social y políticamente dependientes de los poderes: cronificación de la dependencia energética, alimentaria, productiva, de ciertas enfermedades; consumo dependientes, dependientes de Internet, ultra controlados/hipermedicalizados... Somos ratas del laboratorio de Facebook, Google, Twitter, Instagram y la Inteligencia Artificial, a la par que de las multinacionales que conforman la corporación del Big Pharma? Si, por un lado, la emergencia de la pandemia de Covid-19 puso en primer plano a nivel mundial la importancia de la salud, al mismo tiempo los mecanismos de dominación del Poder invisibilizaron las causas del surgimiento y la proliferación creciente de virus y pandemias, mayoritariamente vinculados al ecocidio capitalista planetario, consecuencia de un sistema mundial patológico... Y un sistema inmunológico debilitado por distintos factores interactuantes con impacto en el contexto global/local actual del capitalismo (ambientales,

psíquico-emocionales, socioeconómicos, de alimentación deficiente y mal nutrición, etc.) tiene menos capacidad de autodefensa contra éste y otros virus, y demás microorganismos.

Acordamos con Menéndez (2021) en el hecho que la pandemia de Covid-19 evidenció, una vez más, la hegemonía global de la biomedicina por sobre los otros sistemas de atención (tradicional, alternativo, autoatención). En efecto, después de la pandemia, se constata el grado de efectividad en la penetración ideológica del sistema capitalista entre la población consumidora mundial, el cual ha logrado situar a la biomedicina hegemónica como la base científica que sustenta ideológicamente a la humanidad, como la única ciencia posible para afrontar las epidemias (y a la industria farmacéutica como su único recurso). Al modelo biomédico hegemónico le interesa más, porque le da mayor rentabilidad, cronificar las enfermedades en vez de curarlas y –menos aún– prevenirlas.

No obstante, hemos corroborado –compartiendo también la opinión de Menéndez (2021)– que fueron los mecanismos preventivos y de cuidado del ámbito de la autoatención, aquellos utilizados mayoritariamente por sujetos y microgrupos (en nuestro caso, de migrantes internacionales) para enfrentar la pandemia de Covid-19 desde su inicio.

Pimenta (2020), sobre la base del supuesto trabajado en este artículo, de que las desigualdades sociales se traducen en desigualdades en salud, realiza un interesante ejercicio crítico comparativo entre la pandemia de Covid-19 y la epidemia del virus del Ébola en Sierra Leona, África, focalizando su análisis en la articulación entre relaciones de género, cuidados y epidemia. Según sus reflexiones, en ambos escenarios fueron/son las mujeres negras pobres las más afectadas en sentido integral por ambas enfermedades, como consecuencia de su papel de cuidadoras y/o sostén dentro de la organización doméstica-familiar, todo lo cual las colocó en una situación de mayor riesgo frente al virus.

En los contextos migratorios abordados en este artículo, desde antes de la pandemia, la mayor parte de las mujeres migrantes ya experimentaban trabajo precario y sobrecarga de cuidados, todo lo cual se agravó a partir de la crisis socio sanitaria devenida con la pandemia de Covid-19 debido a su incidencia total en todos los ámbitos de la vida cotidiana de los sujetos, afectando desde el origen y la movilidad/inmovilidad de los/las migrantes, el cierre de las fronteras y el aumento de los controles, hasta las condiciones de inserción en destino y el análisis específico de sus procesos de salud/enfermedad/atención/cuidados.

En tal sentido, las medidas restrictivas tendientes a controlar la propagación del Sars-CoV-2, como las inmovilidades forzadas o las cuarentenas prolongadas, afectaron de manera significativa el sufrimiento bio-psico-socio-emocional de estas mujeres, como consecuencia de situaciones de violencias domésticas o laborales, carencia de políticas públicas sectoriales, inseguridad alimentaria y nutricional de sus hijos/as, entre otras. Las situaciones de vulnerabilidad fueron aún mayores entre las mujeres migrantes, quienes, además del riesgo de contagio, se han enfrentado a diversas formas de violencia, ya sea en el trabajo o en el ámbito doméstico. Como hemos constatado en nuestra investigación, en las tres ciudades de análisis buena parte de estas mujeres migrantes trabajaban irregularmente en ocupaciones consideradas esenciales durante la pandemia, “poniendo el cuerpo” en primera línea, por lo que se sufrieron con mayor impacto las repercusiones sanitarias de la Covid-19, la precariedad de las condiciones de trabajo y la reducción del ingreso: trabajadoras de la agricultura, trabajadoras de la limpieza en hogares, trabajadoras del servicio de cuidados a domicilio, trabajadoras sexuales, trabajadoras en el comercio de venta ambulante, muchas de ellas con síntomas de estrés post traumático.

En este marco, las nuevas configuraciones y transformaciones resultantes de la pandemia de Covid-19 impactaron en la vida cotidiana de estas mujeres migrantes y sus grupos familiares, así como en la forma en que articularon redes micro grupales-comunitarias para hacerles frente, por medio de estrategias desarrolladas para asegurar la sostenibilidad de la vida (Pérez Orozco, 2012), referidas al conjunto de actividades necesarias para la supervivencia. Estas alternativas diseñadas en el contexto de crisis, con frecuencia invisibilizadas por el Estado y sus instituciones, se abordaron en tanto “formas colectivas de organización y ejercicio de la vida cotidiana, resistencia y construcción de lo social”. (Gutiérrez Aguilar, 2018, p. 15). En este sentido, el punto de partida primario para abordar el fenómeno de estudio, ha sido que la comunidad y lo comunitario son fundamentales para la sostenibilidad de la vida de familias migrantes y la consolidación de proyectos migratorios (Magliano; Perissinotti, 2019). En estos espacios comunitarios, las mujeres son protagonistas que garantizan “la reproducción material y simbólica de la vida” (Gutiérrez Aguilar, 2018, p. 52); y los cuidados poseen un papel interseccional de resistencia transformador, desde el momento en que no pueden reducirse únicamente a la dimensión económica, sino también, y sobre todo, deben valorizarse su dimensión cognitiva

(conocimientos, saberes generados por el cuidado) y su dimensión ética (prácticas de amor y respeto hacia uno/a mismo/a, hacia el grupo/la comunidad, hacia otras especies, hacia el planeta). Resistir como modo de existencia y supervivencia.

De modo tal que, frente al capitalismo heteropatriarcal individualista (que socializa las culpas y las pérdidas, concentrando con avidez la riqueza en unas pocas manos) y su sistema de muerte, antes/durante/después de la pandemia, resulta imprescindible y urgente, a través de una perspectiva relacional salud-cuerpos-territorios, destacar la centralidad del cuidado grupal-comunitario en el sostenimiento de la vida de los conjuntos socioculturales de migrantes internacionales, valorando la dimensión comunitaria de la reproducción social, enmarcando a ésta última en el entramado de procesos colectivos de organización, solidaridad, redes de apoyo, ayuda mutua y cooperación, dentro de los cuales las mujeres son las principales protagonistas en la construcción cotidiana de espacios, territorios y comunidades de cuidados.

Referencias

ASAD, T. Where are the margins of the state? In: DAS, V.; POOLE, D. *Anthropology in the margins of the State*. Santa Fe: School of American Research Press; Oxford: James Currey, 2004. p. 279-287.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. *Relatórios de fiscalizações de combate ao trabalho análogo ao de escravo*. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, 2023.

CAVALCANTI, L.; OLIVEIRA, T.; SILVA, S. L. *Relatório anual 2023: OBMigra 10 anos: pesquisas, dados e contribuições para políticas públicas*. Brasília: Observatório das Migrações Internacionais, 2023.

CORRÊA MATTA, G. et al. (org.). *Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2021.

CSORDAS, T. *Embodiment and experience*. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.

DÍAZ PRIETO, G.; KUHNER, G. *Un viaje sin rastros: mujeres migrantes que transitan por México en situación irregular*. México: H. Cámara de Diputados, LXII Legislatura: Instituto para las Mujeres en la Migración A.C., 2014.

DAS, V. *et al.* (ed). *Remaking the world: violence, social suffering and recovery*. Berkeley: University of California Press, 2001.

DEBANDI, N. *et al.* *Informe final sobre la situación de la población migrante/extranjera en Argentina ante el avance del coronavirus*. Viedma: Universidad Nacional de Río Negro, 2020.

FARMER, P. An anthropology of structural violence. *Current Anthropology*, Chicago, v. 45, n. 3, p. 305-325, June 2004.

FASSIN, D. *When bodies remember: experiences and politics of AIDS in South Africa*. Berkeley: University of California Press, 2007.

FASSIN, D.; RECHTMAN, R. *The empire of trauma: an inquiry into the condition of victimhood*. Princeton: Princeton University Press, 2009.

FEDERICI, S. *O ponto zero da revolução: trabalho doméstico, reprodução e luta feminista*. São Paulo: Elefante, 2019.

GAGO, V. *La potencia feminista o el deseo de cambiarlo todo*. Madrid: Traficantes de Sueños, 2019.

GARCÍA CANCLINI, N. *La globalización imaginada*. Buenos Aires: Paidós, 1999.

GOLDBERG, A. *Ser inmigrante no es una enfermedad: inmigración, condiciones de vida y de trabajo: el proceso de salud/enfermedad/atención de los migrantes senegaleses en Barcelona*. 2004. Tesis (Doctorado en Antropología Social y Cultural) – Universidad Rovira y Virgili, Tarragona, 2004.

GOLDBERG, A. Contextos de vulnerabilidad social y situaciones de riesgo para la salud: tuberculosis en inmigrantes bolivianos que trabajan y viven en talleres textiles clandestinos de Buenos Aires. *Cuadernos de Antropología Social*, Buenos Aires, n. 39, p. 91-114, 2014.

GOLDBERG, A. Exterminio capitalista, vidas en riesgo y vulneración de la salud integral en migrantes internacionales forzados. In: CONGRESO ARGENTINO DE ANTROPOLOGÍA SOCIAL, 12., 2021, La Plata. *Actas [...]*. La Plata: UNLP, 2021. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/133380>. Acceso en: 12 abr. 2023.

GOLDBERG, A. Cuerpos migrantes en riesgo: sistema-mundo patológico, violencias multisituadas y salud vulnerada. In: CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE ANTROPOLOGÍA, 6., 2020, Montevideo. *Actas [...]*. Montevideo: Universidad de La República, 2022. p. 419-429. Disponible en: <https://asociacionlatinoamericanadeantropologia.net/portal/wp-content/uploads/2022/05/ALA-AC-TAS-DEL-CONGRESO-N-5-definitivo.pdf>. Acceso en: 12 abr. 2023.

GUIJARRO, C. *et al.* Riesgo de COVID-19 en españoles y migrantes de distintas zonas del mundo residentes en España en la primera oleada de la enfermedad. *Revista Clínica Española*, Madrid, v. 221, n. 5, p. 264-273, 2021. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.10.006>. Acceso en: 16 abr. 2023.

GUTIÉRREZ AGUILAR, R. (coord.) *Comunalidad, tramas comunitarias y producción de lo común: debates contemporáneos desde América Latina/Oaxaca*. México: Colectivo Editorial Pez en el Árbol: Editorial Casa de las Preguntas, 2018.

HORTON, R. Offline: COVID-19 is not a pandemic. *The Lancet*, Oxford, n. 396, p. 874, 2020.

INSTITUTO DE ESTADÍSTICA DE CATALUÑA. *Población extranjera*. Barcelona, Idescat, 2023.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (España). *Estadística continua de población: población extranjera en España*. Madrid: INE, 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS (Argentina). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022, resultados definitivos: migraciones internacionales e internas*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: INDEC, 2024.

LINARDELLI, F.; GOLDBERG, A. Vivir y trabajar en fincas, fábricas y talleres. Experiencias de padecimientos y cuidados de mujeres migrantes en Mendoza y Buenos Aires. *Migraciones*, Madrid, n. 45, p. 29-56, dic. 2018.

LLORENTE, E. “No podemos rendirnos a una sustitución étnica”, la xenófoba frase del ministro y cuñado de Meloni. *Página12*, Buenos Aires, 20 abr. 2023. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/541981-no-podemos-rendirnos-a-una-sustitucion-etnica-la-xenofoba-fr>. Acceso em: 21 abr. 2023.

MAGALHÃES, L. F.; BÓGUS, L.; BAENINGER, R. Covid-19 e imigração internacional na Região Metropolitana de São Paulo. *REMHU: revista interdisciplinar da mobilidade humana*, Brasília, v. 29, n. 61, p. 15-32, jan./abr. 2021.

MAGLIANO, M. J. Interseccionalidad y migraciones: potencialidades y desafíos. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 691-712, set./dez. 2015.

MAGLIANO, M. J.; PERISSINOTTI, M. V. La gestión de lo común como nuevas formas de ciudadanía. El caso de las cuidadoras comunitarias migrantes en Córdoba, Argentina. *Revista Española de Sociología*, Madrid, v. 30, n. 2, p. a33, 2019.

MANDERSON, L.; LEVINE, S. COVID-19, risk, fear, and fall-out. *Medical Anthropology*, Oxford, v. 39, n. 5, p. 367-370, 2020.

MARCUS, G. Ethnography in/of the world system: the emergence of multi-sited ethnography. *Annual Review of Anthropology*, Harvard, n. 24, p. 95-117, 1995.

MARTIN, D.; GOLDBERG, A; SILVEIRA, C. Imigração, refúgio e saúde: perspectivas de análise sociocultural. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 26-36, jan./mar. 2018.

MBEMBE, A. *Necropolítica*. Madrid: Melusina, 2011.

MBEMBE, A. *Crítica de la razón negra*. Buenos Aires: Futuro Anterior, 2016.

MENÉNDEZ, E. *De sujetos, saberes y estructuras*: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. Buenos Aires: Lugar, 2009.

MENÉNDEZ, E. La pandemia de coronavirus como delatora de contradicciones, deseos y negaciones. In: EVANGELIDOU, S.; MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, A. (ed). *RESET: reflexiones antropológicas ante la PCV19*. Tarragona: Publicacions Universitat Rovira i Virgili, 2020. p. 17-26.

MENÉNDEZ, E. Pandemia y autoatención: la negación y subalternización de los saberes populares. *Revista de la Escuela de Antropología*, Rosario, n. 18, p. 1-20, enero/jun. 2021.

MOSQUERA VILLEGAS, M. De la etnografía antropológica a la etnografía virtual. Estudio de las relaciones sociales mediadas por Internet. *Revista Venezolana de Sociología y Antropología*, Mérida, v. 18, n. 53, p. 532-549, 2008.

OPAZO-VALENZUELA, P; PÉREZ-RINCÓN, S. Narrativas de mujeres profesionales y migrantes en Barcelona. Experiencias de sobrevivencia en el contexto de precariedad sociolaboral. *iQual: revista de género e igualdad*, [s. l.], n. 6, p. 167-195, 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.6018/iqual.497941>. Acceso en: 16 abr. 2023.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL PARA LAS MIGRACIONES. *Informe sobre las migraciones en el mundo 2022*. Ginebra: OIM, 2022a.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL PARA LAS MIGRACIONES. *Proyecto Migrantes Desaparecidos*. Ginebra: OIM, 2022b.

OXFAM. *Las desigualdades matan*. Oxford: Oxfam International, 2022.

PÉREZ OROZCO, A. Crisis multidimensional y sostenibilidad de la vida. *Investigaciones Feministas*, Madrid, n. 2, p. 29-53, 2012.

PIMENTA, D. Combate ao coronavírus evidencia desigualdade social. [Entrevista]. *Folha de Londrina*, Londrina, 28 mar. 2020. Disponible en: <https://www.folhadelondrina.com.br/folha-entrevista/combate-ao-coronavirus-evidencia-desigualdade-social-2984361e.html>. Acceso en: 16 abr. 2023.

QUARANTA, I. *Corpo, potere, malattia: antropologia e AIDS nei Grassfields del Camerun*. Roma: Meltemi Editore, 2006.

RAMÍREZ HITTA, S. La contribución del método etnográfico al registro del dato epidemiológico. *Epidemiología sociocultural indígena quechua de la ciudad de Potosí. Salud Colectiva*, Lanús, v. 5, n. 1, p. 63-85, 2009.

REDE PENSSAN. *2º Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil*. Belo Horizonte, Rede Penssan, 2022.

SASSEN, S. *The global city*. Princeton: Princeton University Press, 2001.

SEGATA, J. Covid-19, biossegurança e antropologia. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, ano 26, n. 57, p. 275-313, maio/ago. 2020.

SINGER, M.; CLAIR, S. Syndemics and public health: reconceptualizing disease in bio-social context. *Medical Anthropology Quarterly*, [s. l.], v. 17, n. 4, p. 423-41, Dec. 2003.

SINGER, M.; RYLKO-BAUER, B. The syndemics and structural violence of the COVID pandemic: anthropological insights on a crisis. *Open Anthropological Research*, [s. l.], n. 1, p. 7-32, 2021.

STOCK, I. *Transit to nowhere: how Sub-Saharan African migrants in Morocco confront life in forced immobility*. 2012. Thesis (PhD) – School of Sociology and Social Policy, University of Nottingham, Nottingham, 2012.

WALSH, C. Interculturalidad, plurinacionalidad y decolonialidad: las insurgencias político-epistémicas de refundar el Estado. *Tabula Rasa*, Bogotá, n. 9, p. 131-152, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Coronavirus (COVID-19) dashboard*. Geneva: WHO, 2021a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global tuberculosis report 2020*. Geneva: WHO, 2021b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global tuberculosis report 2021*. Geneva: WHO, 2022.

Recebido: 10/05/2023 Aceito: 31/05/2024 | Received: 5/10/2023 Accepted: 5/31/2024



Esta obra está licenciada com uma Licença Creative Commons - Atribuição 4.0 Internacional
This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License.