

Salud, ambiente y migración en el Área Reconquista (Buenos Aires): intersecciones entre discursos estatales y de mujeres migrantes

Lucila Nejamkis

Introducción¹

Este artículo es parte de una investigación interdisciplinaria que indaga el vínculo entre género, migración y cambio climático a nivel local. Para ello trabajamos con mujeres migrantes que habitan la cuenca del Río Reconquista en el municipio de San Martín (Buenos Aires). Allí vive una población migrante rural extranjera –principalmente paraguaya, boliviana y peruana– e interna –de provincias como Misiones, Corrientes, Chaco y Santiago del Estero– que se encuentran expuestas a condiciones ambientales vulnerables dada su cercanía y tipo de interacción con el Río Reconquista y el basural a cielo abierto del Complejo Ambiental Norte III del CEAMSE.

¹ Este trabajo se enmarca en el proyecto “Estrategias socioambientales para fortalecer la resiliencia de las mujeres trabajadoras migrantes en la Cuenca del Río Reconquista, Buenos Aires, Argentina”, IDRC-UNSAM.

En el Área Reconquista (AR) de Buenos Aires, Argentina, habitan más de 4.200.000 personas, y es una de las zonas más contaminadas del país, especialmente cuando llega al noroeste del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), del Partido de General San Martín. El desplazamiento migratorio desde Paraguay y Bolivia, así como desde las provincias del norte argentino a los casi 15 asentamientos de esta zona, están relacionadas a la creciente merma de recursos naturales como resultado de recurrentes inundaciones y sequías, el avance de la frontera agropecuaria y el monocultivo de soja transgénica, y se encuentran en el destino con otros problemas socioambientales, que generan inundaciones y problemas de salud en la población que la habita. Es importante destacar que en esta zona se emplaza el relleno sanitario más grande del país, el Complejo Ambiental Norte III de la Coordinación Ecológica Área Metropolitana Sociedad del Estado (CEAMSE). La contaminación del aire, suelo y agua debido al curso del río y al basural generan una serie de problemas de salud en la población que habita en los barrios del AR.

La crisis ambiental actual es el contexto desde donde hay que pensar estas problemáticas. Indudablemente, el enorme despliegue del capitalismo urbano-agro-industrial a escala global que ha tenido lugar en el siglo XX, así como el incremento hasta ahora imparable de la población, producción y consumo que ha llevado aparejado, no hubieran sido posibles sin ciertas prácticas decisivas. La energía abundante y barata, sobre todo de origen fósil (petróleo, carbón y gas natural), y la disposición también barata y abundante de recursos asimismo claves para su despliegue: agua, minerales (incluido el uranio), alimentos y biomasa, principalmente, que han estado igualmente disponibles por la misma existencia de energía abundante y barata a lo largo de todo el siglo, salvo quizás en la década de 1970. Y por supuesto, por la oferta en ascenso imparable de la fuerza de trabajo asalariada, y asimismo del trabajo doméstico no remunerado (prioritariamente femenino) que hacía viable su reproducción (Fernández Duran, 2011).

Tal como expresa Sarlingo (2013), en toda Latinoamérica emergen megalópolis y metrópolis que muestran archipiélagos de modernidad, confort urbano y riqueza rodeados de un mar de pobreza, precariedad, inexistencia de derechos a la salud, al saneamiento y a una buena calidad ambiental. Esta emergencia requiere de abordajes políticos y técnicos específicos (Larrea y Barreto, 2006). Prácticamente todos los ecosistemas del continente muestran signos de profundas desestructuraciones, y las amenazas, la inseguridad ambiental y el riesgo para todo tipo de comunidades, grupos sociales son parte de la vida cotidiana, tanto como efecto de la articulación del continente a la mundialización de la economía que se produce con la construcción del capitalismo moderno, o como resultado de la explotación colonial que se viene renovando en su encadenamiento a un sistema que necesita producir la destrucción de sus condiciones de producción (Sarlingo, 2013, pp. 160-161).

Hace más de un año venimos realizando un trabajo de campo etnográfico guiado por una metodología de investigación acción participativa (IAP). Partimos de la propuesta de Fals Borda (2013), que combina el proceso de conocer y actuar, implicando en ambos casos a la población cuya realidad se aborda, y que incluyó la observación participante en diversos espacios comunitarios y la realización de entrevistas en profundidad. La misma partió de contactos previos con población migrante, específicamente mujeres y sus organizaciones comunitarias, y de la construcción colectiva de una agenda y un lenguaje común que permita producir información, fortalecer redes, promover prácticas educativas dialógicas y crear herramientas de comunicación. Durante todo el 2019 realizamos observación participante con mujeres migrantes en sus organizaciones comunitarias (comedores, asociaciones y centros culturales). Además, se hicieron una serie de entrevistas abiertas, individuales y grupales, con distintos miembros de las familias en sus hogares. Se realizaron también entrevistas a funcionarios públicos de varias áreas del Estado municipal y provincial.

A lo largo de nuestro trabajo de campo pudimos dar cuenta que la salud es uno de los ejes principales para abordar la problemática ambiental por parte de las mujeres del territorio (Nejamkis *et al.*, 2020). En este sentido, en primer lugar, nos interesa conocer como es interpretada la relación entre ambiente y salud por estas mujeres. En segundo lugar, nos proponemos indagar como es entendida por parte de los agentes estatales de salud. Nos interesa conocer cuáles son los lazos que se establecen a nivel local tanto desde las instituciones del Estado como desde las mujeres migrantes entorno a estas problemáticas.

Contexto local: el Área Reconquista

A lo largo de la historia argentina ha sido un polo de atracción de inmigrantes. En la actualidad, hay 2.164.524 inmigrantes, lo que supone un 5% de la población, de la cual el 84,6% corresponde a países limítrofes: Paraguay con el 34%, le sigue Bolivia en un 21% y Chile con 11%. Es importante destacar que desde los estudios migratorios la dimensión interna está mucho menos estudiada y diversos autores coinciden en que es más difícil de captar.

En el caso particular del área de estudio, si bien nos encontramos todavía analizando las causas concretas de la migración, claro está que una de las principales razones es la falta de oportunidades laborales en sus lugares de origen. Ahora bien, no podemos dejar de mencionar que los dos países con mayor cantidad de población migrante en Argentina, como Paraguay y Bolivia, tiene cada vez más problemas ambientales derivados del sistema de explotación capitalista. En la misma línea se encuentran las provincias del norte argentino. En el caso de Paraguay, hace tiempo que organismos internacionales como la ONU para la Agricultura y la Alimentación (FAO, 2020) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) alertan sobre los efectos del cambio climático. Según el Fondo Mundial de la Naturaleza (WWF), las inundaciones en este país estarían directamente

relacionadas con la deforestación y su principal consecuencia, el calentamiento global. Estos trabajos describen que las poblaciones con menores recursos han tenido que abandonar sus hogares.

En la mayoría de los casos, estas poblaciones tienen origen rural y van del campo directamente a grandes ciudades como es el caso de Buenos Aires. Más del 75% de los inmigrantes que llegan en la actualidad se instalan en el Área Metropolitana de Buenos Aires (Cerrutti, 2009). También, en la mayoría de los casos, los lugares donde arriban no son aquellos que habían esperado al momento de partir de sus lugares de origen. Si bien Argentina es uno de los países más urbanizados de la región, tiene más de 4.400 barrios populares (villas y asentamientos informales), donde al menos 4.2 millones de personas (10% de la población total) viven sin acceso formal a los servicios básicos y con un alto índice de pobreza e indigencia. De acuerdo al Registro Nacional de Barrios Populares (RENABAP): el 88,7% de los mismos no cuenta con acceso formal al agua corriente; el 97,85% no tiene acceso formal a la red cloacal; el 63,8% no cuenta con acceso formal a la red eléctrica, y el 98,9% no accede a la red formal de gas natural. Según los datos del Censo Nacional de Población y Vivienda de 2010, 81.110 personas viven en asentamientos y barrios informales en el municipio de General San Martín, lo que representa un 20% del total de la población. La población que vive en asentamientos, villas y barrios informales en su mayoría está localizada en áreas de riesgo ambiental y con una deficiente provisión de servicios de agua y cloacas. En efecto, en la denominada Área Reconquista, 40.774 personas habitan en villas y asentamientos, lo que representa el 50% de toda la población con las mismas características de todo el municipio de General San Martín (estimación propia sobre la base de datos de Infohábitat).

Por su cercanía con el CEAMSE, este es el municipio con mayor concentración de recicladores del país y la cercanía al relleno constituye una de las mayores fuentes de trabajo, sobre todo para el sector desocupado y los trabajadores informales. Una gran parte de la población son migrantes que llegaron a Buenos Aires en los últimos treinta años, ya sea de las provincias argentinas, o de Paraguay, Bolivia, Perú

y Venezuela. En la región, las mujeres son el sector de mayor vulnerabilidad social. El 70% de las mujeres adultas reconocen haber sufrido violencia de género, ganan el 25% menos que los varones por la misma tarea, a la vez que hay un 60% más de informalidad en el trabajo.

En estos territorios las presencias del Estado son intermitentes, por ello será interesante indagar como son los cruces entre la vida comunitaria conducida por esas mujeres y la incidencia del Estado en políticas locales relacionadas a la salud ambiental.

Intersecciones entre Estado, cuidados comunitarios y salud ambiental

Tal como se mencionó, la intención de nuestra propuesta es reconstruir las percepciones en torno al vínculo entre salud, ambiente que se encuentran en la intersección de los funcionarios públicos de Salud y las mujeres migrantes del AR del Municipio de San Martín para intentar reconstruir el quehacer cotidiano de la política pública, en sus múltiples dimensiones.

Por tal motivo recuperamos estudios académicos sobre antropología del Estado que proponen conceptualizar los procesos de formación y regulación del Estado describiendo las formas, rutinas y rituales como mensajes y prácticas de dominación (Corrigan y Sayer, 2007), así como los modos a través de los cuales el Estado es imaginado y vivido en su dimensión escalar y espacial (Ferguson y Gupta, 2002; Sharma y Gupta, 2006). De este modo, a partir de los encuentros cotidianos entre agentes y agencias estatales y personas migrantes, proponemos aportar al estudio de las prácticas cotidianas en que el Estado es producido, experimentado y legitimado a partir de la puesta en práctica de la política. Para ello retomamos también a Mitchell (1999) para pensar en el Estado como los efectos de esas prácticas y técnicas de gobierno, antes que algo que lo antecede, y en donde los márgenes entre lo estatal y lo no estatal se redefinen permanentemente (Asad, 2008; Das y Poole, 2008).

De manera complementaria, retomamos el concepto de políticas o policy. En tanto normas y tácticas de gobierno, permiten redefinir la visión instrumental de la política, restituyendo procesos complejos mediante los cuales las políticas no solo imponen condiciones, sino que modelan las prácticas de las personas (Shore, 2010). En este sentido, el estudio de las políticas permite explorar las modalidades de relación social entre diferentes actores sociales y los espacios sociales de disputa de los cuales resultan.

Desde este marco, Gupta propone una ‘mirada desagregada del estado’, quizá su apuesta metodológica más significativa. Esta mirada enfatiza el carácter contradictorio, translocal, pluricentrado y multinivel del estado, para cuestionar la idea tan naturalizada y problemática de este como una entidad coherente y unificada. De ahí, Gupta afirma que cualquier estudio sobre el estado debe aclarar y está mediado por el nivel, la ubicación institucional y la rama del estado estudiada. Esta mirada debe conducir a una conciencia sobre la parcialidad y la situacionalidad del análisis, y por esta vía, el etnógrafo debe reconocer su lugar en las mismas prácticas e instituciones estatales (Ferguson y Gupta, 2002; Fuller y Harris, 2000; Herzfeld, 2001, pp. 24-25; Hansen y Stepputat, 2001).

Ahora bien, al intentar reconstruir la trama social en los territorios más vulnerables, el Estado se presenta con grandes falencias. No debe pasarse por alto que los estados son también frecuentemente productores y modeladores de situaciones de desigualdad y grandes motores de estratificación: contribuyen a determinar quién queda relegado, cómo, dónde y durante cuánto tiempo (Wacquant, 2001). Desde esta perspectiva, se identifica que cuando la oferta pública estatal no brinda cobertura o la misma es residual –y no existen ingresos para contratar servicios en el mercado– las familias acuden a la oferta pública no estatal disponible: ONG, instituciones religiosas, voluntariado que se encarga del cuidado, entre otras necesidades sociales (Marco Navarro, 2007).

Es allí donde lo comunitario cobra un papel central para el sostenimiento de la vida, y al ser mujeres en su mayoría las que participan

de estos espacios, la categoría de cuidados se vuelve esencial. En este contexto, como veremos, no es un dato menor que todas las entrevistadas participan de alguna actividad que comprende el “cuidado comunitario”. En algunos casos forman parte de comedores, merenderos, en otros de cooperativas de limpieza ambiental y construcción. Pero todas asociadas a las mejoras de la calidad de vida de la población de los barrios.

Como relatan Zibecchi y Pautassi (2010), las organizaciones sociales ocupan un rol neurálgico en relación a los cuidados en la Argentina, sobre todo en lo que refiere a los sectores urbanos más postergados. En el caso de las mujeres migrantes estas redes de cuidados son fundamentales para la reproducción de la vida en los lugares de destino (Mallimacci y Mangliano, 2018).

Desde la especificidad de nuestra problemática son múltiples los cruces posibles entre Estado, cuidados comunitarios y salud en territorios con alta degradación ambiental. La salud es uno de los ámbitos donde las mujeres se ven altamente comprometidas en el área de cuidados. En este contexto, la salud ambiental es entendida como “el segmento de la salud pública que evalúa, concibe y controla el impacto ejercido por las personas sobre su ambiente y el impacto de este sobre aquellas” (Organización Panamericana de la Salud, 2000). Generalmente está asociada entre otras cosas a peligros tradicionales vinculados a la pobreza y a la falta de desarrollo: falta de acceso al agua potable, saneamiento básico deficiente, contaminación microbiológica de los alimentos, deforestación, degradación del suelo y grandes cambios ecológicos, entre otros. Diversos estudios han observado que las mujeres de las poblaciones pobres son las más afectadas desde la perspectiva del ambiente pues sufren la falta tanto de recursos de calidad como de infraestructura pública adecuada. Como resultado, el ambiente personal de las mujeres difiere mucho del de los hombres y, en consecuencia, la exposición y los peligros ambientales son distintos.

En nuestro caso, al pensar la salud ambiental y el género en contextos de pobreza hay que sumar también la condición migratoria.

Algunos estudios sobre salud de los inmigrantes entienden que en general, se trata de una población que, con matices, presenta rasgos de mayor vulnerabilidad. Si bien existe evidencia de que quienes emprenden un movimiento migratorio tienen perfiles más saludables que quienes no lo han hecho (Cerrutti, 2010), también es cierto que el cambio de residencia genera una serie de intranquilidades y situaciones de riesgo que pueden afectar la salud de los migrantes en el caso que sean recientes. A pesar de los mecanismos de contención ofrecidos por las redes migratorias, los migrantes recientes sufren considerablemente, en particular, cuando provienen de sociedades pequeñas, homogéneas y rurales y deben adaptarse a grandes metrópolis, impersonales y socialmente heterogéneas.

Otro de los elementos que los estudios marcan son las diferencias en las pautas sanitarias de nativos e inmigrantes. Por lo común, los colectivos de inmigrantes que provienen de culturas diversas mantienen en la sociedad de destino modelos y conductas para el cuidado de la salud y el tratamiento de la enfermedad que contrastan con las del modelo dominante en los servicios públicos de salud (Aizemberg, Rodríguez y Carbonetti, 2015, p. 27).

Desde la perspectiva de las mujeres migrantes del territorio, el acceso a derechos es una práctica que se milita cotidianamente a través de las redes, de las organizaciones sociales y de los cuidados. Allí donde el Estado desatiende, ellas están presentes. El caso de la salud ambiental no es la excepción y también es entendido como un derecho a conquistar.

Percepciones en torno a la salud ambiental por parte de las mujeres inmigrantes²

A lo largo del trabajo de campo evidenciamos que la salud es la variable principal a partir de la cual lo ambiental empieza a ser percibido como problemático por las mujeres del territorio. Cuando

² Por la extensión de este trabajo se seleccionaron solamente algunas entrevistas.

indagamos acerca del medio ambiente, el concepto es materializado por las interlocutoras en aquellas afecciones que ellas detectan en sus hijos e hijas, o nietos y el resto de las niñeces que cuidan en los comedores comunitarios. En los relatos estas afecciones varían entre enfermedades como el dengue, los problemas dermatológicos y respiratorios (asma, EPOC o neumonía). En la mayoría de los casos las entrevistadas relacionan estas enfermedades con los basurales, la contaminación de las napas y la quema de basura. En base a trabajos previos (Nejamkis *et al.*, 2020), seguimos la distinción que realiza Durand (2008) entre percepción e interpretación ambiental, optamos por utilizar el segundo término, dado que encara el entendimiento que los actores conforman sobre el entorno como el producto de una interacción con el ambiente, y no meramente como una inscripción de “la cultura” a la materialidad con la que conviven diariamente.

Tal como expresa Sarlingo (2013) es necesario entender que entre el ambiente contaminado y la experiencia subjetiva y colectiva de la cotidianeidad envenenada se encuentran diversas mediaciones. Estas son estructuras cognitivas moldeadas por las prácticas y por los discursos de muchos sujetos, que le dan forma a lo que se conoce o lo que se interpreta. Tal vez habría que consensuar como denominarlas, por ejemplo, esquemas (Bourdieu y Wacquant, 2005) que pueden funcionar de una manera particular que les permite a diferentes grupos de personas encuadrar una realidad confusa, decepcionante, amenazante, peligrosa y fundamentalmente, no deseada.

Es importante destacar que estas mujeres ocupan una gran cantidad de su tiempo en las tareas de cuidados comunitarios, ya sea en comedores, apoyo escolar, conserjerías de violencia de género entre otro. En ese sentido están profundamente involucradas con las problemáticas barriales y mantienen conocimiento de la vida cotidiana a nivel comunitario.

Tal es el caso de Paola, hija de inmigrantes internos del Chaco argentino, quien preside una cooperativa que se encarga de la limpieza de los arroyos afluentes del río reconquista en San Martín (Cooperativa 9 de julio). A su vez, participa en el comedor “Tiempo libre”

donde se da de comer a gente del barrio y donde hay actividades culturales y/o deportivas. Para Paola, la salud y el deterioro ambiental están íntimamente relacionados, el aspecto más visible de esta conexión es la basura. No es un dato menor ya que la cercanía con el relleno sanitario del CEAMSE genera una relación dual por parte de la población de la zona. Lo paradójico es que la basura se presenta no solo como un problema si no también como recurso, ya que muchas trabajadoras viven de la misma.

Tal como expresa Poa: “yo creo que es un problema en general, porque acá hay basura en todos lados y al ver basura en todos lados, por ejemplo, se tapan las bocas de basura y se tapan los caños”, entonces el problema es la basura y el agua que contamina. “Y si mira ahora que hace calor, a partir de las 2 de las tardes vas a empezar a sentir el olor a CEAMSE”. Nos cuenta que las principales afecciones están asociadas a problemas en la piel como “granos en los chicos, infecciones respiratorias, se enferman continuamente de la Bronquiolitis, del broncoespasmo, de una a otra, que después termina en una neumonía”.

Para Sole, migrante de Paraguay, lo único que se ve en la zona es basura “en todos lados. En cualquier parte vos ves basura, basura, basura”. Ella agrega a esta descripción que no hay árboles y esto podría relacionarse también a los problemas de la piel “Hoy ya nadie planta árboles... si lo pueden sacar, lo sacan”.

Moni, quien proviene de la provincia de Misiones, de un pueblo fronterizo a Paraguay, explica que “lo más perjudicial es el olor a la basura y luego la quema, que al estar cansados de la basura terminan quemando y ahí te perjudica todo el ambiente de la parte de adentro del jardín, te llena de humo la sala, te llena de humo todo. Sí, se puede prender fuego todo. Aparte el calor que hace, tener que estar sopor-tando que te hagan fuego al otro lado de la pared es tremendo”.

Al consultar por las percepciones que tienen respecto al quehacer médico relacionado a estas temáticas, Pao pone énfasis en la estigmatización que tienen los médicos de los pobres: “no, ¡sabes que te da bronca con los médicos! Porque, por ejemplo, en la gente que lo detectan, ellos dicen que es una familia que está con muchos problemas,

y vos te das cuenta que es una familia que se rompe el alma por estar con los pibes; se lo sacan y hay otras que viven drogadas, fisura, que no les importa un carajo y que viven para drogarse, se lo dejan. Tienen como 10 hijos”.

Cuenta que trabajó como promotora de Salud gracias a la presión por parte de la población para poder involucrarse en la salud comunitaria “me dice, ¡Claudio quiere que vayamos y me dice vos qué opinas y le digo, bueno vamos! Vamos y fuimos, a la salita, nosotros estábamos en Barrios de Pie³ y nos plantamos ahí en la salita. Hicimos alto quilombo ahí. Y ahí empecé a trabajar, el municipio me pagó durante dos años como promotora de salud. Y yo cobraba en blanco digamos”.

La posibilidad de acceder a los espacios de salud y trabajar en ellos es visto como una ganancia más de los espacios de cuidado.

En esta vinculación dual con la basura que es la misma que los enferma –pero a la vez en muchos casos les da comer– el Estado Municipal cumple un rol fundamental. Así lo explica Moni: “Eso pasa ahora. Hay veces que tenés que estar pendiente del camión para ver si se lo llevan. La propia basura de ahí que no es tanta, más la basura acumulada que está en la esquina, pero viste eso es un problema. Tenía que llamar al camión atmosférico, pagar y ellos te venían y te desagotaban un metro de agua nada más. Así que... (Se ríe), no te creas que eso te iba a durar un par de años, no. Y cuando se empieza a llenar tenés que desagotarlo enseguida”.

En relación a las respuestas estatales entiende que no hay un compromiso por parte de las autoridades respecto al problema ambiental y específicamente en el caso de la basura relatan la autogestión que deben llevar a cabo: Moni entiende que “Yo no veo cambio, no sé si lo hará el municipio ¿o qué? Pero yo no veo que el municipio trate de... o no sé si será la gente que está abajo del intendente o el intendente mismo”.

Paola también se queja del manejo municipal con la basura “Es un desastre. Justo ayer estaba mandando fotos a Leo (Grosso diputado nacional, Movimiento Evita) y me pasó un contacto de María

³ Agrupación política.

José Martín que la llame. La directora de la 33 llamó a la unidad 3 y la basura de la 33 no sabés lo que es. Si, si, Leo me dice que no me enoje, que primero llame, pero te cansas de llamar y mandar fotos a uno y a otro, a uno y a otro, y nada. El problema es que los pibes van y la basura está (el pibe se refiere a los alumnos de la escuela 33)”.

Es a partir del cuidado comunitario y de la organización social, por ejemplo, en cooperativas, que estas mujeres logran resolver, en parte, las falencias del Estado. En el caso específico del acceso a la salud, poder ser promotoras de salud es una vía que pretender zanjar la brecha tan grande que los separa del personal de salud, sobre todo en el caso de los médicos.

La salud en el lugar de destino: el discurso médico

En el caso de San Martín la oferta prestacional pública está constituida por 5 hospitales: Eva Perón (ex Castex), Manuel Belgrano, Diego Thompson, Dra. Alexander Fleming y Dr. Enrique Marengo. Dentro de la estructura de prestación de salud, el Estado nacional ha hecho una importante apuesta al Plan Médicos Comunitarios, una estrategia dirigida al fortalecimiento de las estructuras locales de atención primaria. En este contexto, el municipio cuenta con 19 Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS). Específicamente dentro del Área Reconquista se encuentran los CAPS 7, 10, 15, 17 y 22.

En el caso específico de esta etapa de la investigación trabajamos con las entrevistas a los directores de los CAPS 7, 15 y 17, el director del hospital Fleming, a la directora ejecutiva del Hospital Interzonal Eva Perón y la coordinadora del programa de Salud de la mujer e infancia de la Municipalidad de San Martín.

La mayoría de los agentes de salud entrevistados coincidieron con las mujeres del territorio en entender que la principal problemática que vincula la salud y el ambiente es la basura. Así lo expresa Pilar, directora del CAPS 7 ante la pregunta por las afecciones de salud vinculadas al medio ambiente: “Estas tienen que ver con la basura,

la contaminación, o sea, de nuestra tierra, de nuestras napas por el Reconquista. Acá también tenemos el CEAMSE, la mitad de nuestra gente labura en los galpones reciclando, en condiciones nada buenas, en contacto diario con basura. Eso irrita mucho la piel, y provoca muchísimas infecciones. Y, digamos, sumado a esto, los basurales a cielo abierto en cada esquina, no?”

Por su parte, el director del Hospital Fleming concuerda en que las principales enfermedades son tanto de la piel como respiratorias. Él vincula las mismas a los basurales y a la pobreza (falta de cloacas, falta de agua potable, entre otros).

La directora del CAPS 15 se muestra más cauteloso y explica la dificultad para hacer una asociación directa entre enfermedades vinculadas a la degradación ambiental: “Probado no hay nada. Porque se encargan de que si probás algo te lo... El CEAMSE mueve una cuestión económica muy poderosa. Nosotras acá, en el centro de salud, lo que más podemos ver son cuestiones de piel. Abscesos, forúnculos, que suponemos que están muy ligados a la contaminación del aire. Las cuestiones respiratorias también... Pero el problema con esto es que ninguna patología tiene una sola causa. No es que tengo un forúnculo porque está el CEAMSE. Porque puede no estar el CEAMSE y tener un forúnculo”.

Para Diego, director del CAPS 17, las afecciones de salud están más relacionadas con la calidad de la vivienda que con el ambiente (cloacas, pasillos, aire). Aunque coincide con su colega en la falta de datos para poder hacer estas relaciones “No podía aseverar porque no hay estudios sobre eso: desde la municipalidad no circulan esas informaciones. En la página de salud no están publicadas no se pueden acceder”.

En relación específica a la población migrante, el director del Hospital Fleming puntualizó en las problemáticas que veía e indicó que el propio personal del hospital realiza una discriminación hacia los extranjeros ya que presume que no hay que atenderlo.

El director del CAPS 15 expresa que “hay como una mirada de la comunidad paraguaya para consigo misma mucha más cuidadora. Mucho más solidaria y de hermandad que la nuestra. Sí ha sucedido

que vino alguien recién llegado de Paraguay y no hablaba mucho castellano porque hablaba guaraní. Pero, en general, ellos vienen con alguien que los acompaña, como para que los entiendan. Por eso te digo esta cosa de solidaridad que tienen que no se ve mucho en nosotros”.

En palabras de Clarisa, la coordinadora del programa de Salud de la mujer e infancia de la Municipalidad, “en relación a las mujeres migrantes no hay ningún programa o línea de trabajo en el cual hagan un recorte específico sobre esta población. Por el contrario, manifiesta que no hay ningún obstáculo o discriminación hacia ellas. Entiende que según la perspectiva subjetiva de las inmigrantes sí hay discriminación”. Sin embargo, para ella la discriminación no se da por la nacionalidad sino por la edad o lugar de residencia (si sos de la villa o no). Dice que esto lo observa en los administrativos de los CAPS y en los profesionales de la salud. Por ejemplo, los médicos sostienen que hay que bajar la edad de rastreo de cáncer de cuello de útero porque la población que vive en las villas es más promiscua.

Destaca el lugar que tienen las mujeres en los cuidados, especialmente en lo que hace a la salud: “Las que llevan adelante los tratamientos de salud en los barrios son las mujeres. O sea, las cuidadoras de la salud de las familias son las mujeres”.

En otras palabras lo explica el director del CAPS 17: “Bueno, el hombre no viene mucho al centro de salud, más que para una cuestión de emergencia, no viene. Y mucho menos el paraguayo. Pero entiendo que, en ese sentido, son mucho más víctimas del machismo”.

Otro de los ejes en donde todas las entrevistas coinciden es en la falta de información respecto a la temática medio ambiente y salud. Ponen esta responsabilidad en el municipio quien no produce datos para generar una política adecuada.

Así lo expresa Clarisa desde el ejecutivo municipal: “En relación a medio ambiente, basura o contaminación desde el Programa de Salud de la Mujer e Infancia no tienen ninguna línea específica de trabajo, no porque no les interese sino por una serie de recortes” (Notas de campo, 21/8/19). A su vez, no hay registros sistemáticos de

padecimientos asociados a la basura o al ambiente. Más bien hay un registro subjetivo de las patologías respiratorias y dermatológicas que se encuentran en vinculación directa con el ambiente, los residuos, las fábricas y la basura.

Para el director del CAPS 17, la falta de información se debe a cuestiones de interés político y económico: “Y vos pensá que la basura de la ciudad viene toda acá. Y eso mueve millones de pesos y nadie quiere mover nada porque a la ciudad le conviene seguir sacando la basura afuera y al que maneja el CEAMSE le conviene seguir ganando los millones que gana. Tendrías que preguntar en Medio Ambiente del municipio. Pero te van a contestar algo parecido a lo que te contesto yo. Son cosas que no se pueden mover mucho porque el poder como que las baja”.

Reflexiones finales

En este trabajo, la crisis ambiental es el marco general desde donde pensamos las relaciones de género, migración y cambio climático. Las mujeres con las cuales trabajamos, sean migrantes internas o internacionales, en su mayoría son expulsadas de territorios altamente degradados por el modelo de producción asociado al agronegocio y llegan a territorios urbanos también vulnerados ambientalmente por las formas de vida capitalistas.

Entendimos también que la salud se presenta como un indicador fundamental del deterioro ambiental para las propias protagonistas ya que se hace visible en los cuerpos propios y ajenos.

Hay varias coincidencias en torno a las percepciones vinculadas a la salud y el ambiente entre las mujeres migrantes y el personal jerárquico de salud. Por las propias dinámicas del territorio, sobre todo su cercanía con el CEAMSE, la basura se presenta en los discursos como el principal causante de enfermedades, a la vez que como uno de los más importantes generadores de recursos económicos de la zona. También hay coexistencias entre una discriminación en la atención de la salud más asociada a las clases sociales que al lugar

de nacimiento. Para las mujeres es importante ganar espacios como promotoras de salud en los CAPS, es una manera de poner en práctica las estrategias de cuidado. El papel del Estado municipal es cuestionado por ambos colectivos. Para las mujeres, el Estado no responde a las demandas de los barrios y ni siquiera pueden cumplir una recolección eficiente de basura. Para los médicos no se recolectan datos que puedan ayudar a explicar la vinculación de enfermedades con cuestiones ambientales. Para algunos, esto en parte, tiene que ver con los intereses económicos y políticos que mueve el CEAMSE. La carencia de información impide en muchas ocasiones pensar programas específicos para atender a estas poblaciones.

Bibliografía

Aizenber, L., Rodríguez, M. L. y Carbonetti, A. (2015). Percepciones de los equipos de salud en torno a las mujeres migrantes bolivianas y peruanas en la ciudad de Córdoba. *Migraciones Internacionales*, 8(1), 65-94. <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-89062015000100003&lng=es&nrm=iso>. ISSN 2594-0279.

Asad, T. (2008). ¿Dónde están los márgenes del Estado? Sección Antropología Social. *Cuadernos de Antropología Social* (27). UBA: Buenos Aires.

Cerrutti, M. (2010). *Salud y Migración Internacional Mujeres Bolivianas en la Argentina*. Buenos Aires: Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA y Centro de Estudios de Población, CENEP. .

Cerrutti, M. (2009). *Diagnóstico de las poblaciones de inmigrantes en la Argentina, Buenos Aires*. Dirección Nacional de Población. Serie de Documentos de la Dirección Nacional de Población (2).

Durand, L. (2008). De las percepciones a las perspectivas ambientales. Una reflexión teórica sobre la antropología y la temática ambiental. *Nueva Antropología*, XXI(68), 75-87.

Evaluación de los impactos del cambio climático en la agricultura en Paraguay. (2020). Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura Roma.

Fals Borda, O. (2013). *Ciencia, compromiso y cambio social*. Colección Pensamiento Latinoamericano. Buenos Aires.

Fernández Durán, R. (2011). *El antropoceno: la crisis ecológica se hace mundial. La expansión del capitalismo global choca con la Biosfera*. Barcelona: Virus editorial.

Gupta, A. (2006). Blurred Boundaries: The Discourse of Corruption, the Culture of Politics and Imagined State en A. Sharma y A. Gupta (eds.). *The Anthropology of the State: A Reader*. Australia: Blackwell Publishing, pp. 48-100.

Gupta, A. y Ferguson, J. (2008) [1997]. Más allá de la cultura: espacio, identidad y la política de la diferencia. *Antípoda* (7), 233-256.

Mallimaci, A. I. y Magliano, M. J. (2018). Mujeres migrantes sudamericanas y trayectorias laborales de cuidado en dos ciudades argentinas. *Odisea. Revista de Estudios Migratorios*, 108-134.

Marco Navarro, F. (2007). “El cuidado de la niñez en Bolivia y Ecuador: cuidado de algunos, obligaciones de todas”. CEPAL, Unidad Mujer y Desarrollo Santiago de Chile: CEPAL. Documento preparado para ser presentado en la X Conferencia Regional de la Mujer, Quito, Ecuador.

Nejamkis, L., López, B. y Rajoy, R. (2020). Cuidado ambiental y agencia social: experiencias de mujeres migrantes en Buenos Aires.

Pautassi, L. y Zibecchi, C. (2010). La provisión de cuidado y la superación de la pobreza infantil. Programas de transferencias condicionadas en Argentina y el papel de las organizaciones sociales y comunitarias. *Serie Políticas Sociales* (159). CEPAL, División de Desarrollo Social.

Bourdieu, P. y Wacquant, L. (2005). *Una invitación a la sociología reflexiva*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Sarlingo, M. (2013). Impactos socioambientales del fracking. Opacidad, política ambiental y explotación de hidrocarburos no convencionales. *Atek Na [En La Tierra]* (3), 237-276. <https://plarci.org/index.php/atekna/article/view/138>

Migración internacional de retirados e incorporación de estadounidenses en la Ribera de Chapala

Asmara González-Rojas y Olga Aikin Araluce

Introducción

La migración internacional de retirados (MIR) es un fenómeno de movilidad humana asociado a grupos privilegiados, que en México se ha intensificado con el flujo y establecimiento de norteamericanos (canadienses y estadounidenses) y europeos, principalmente, en algunos destinos idílicos como la Ribera de Chapala¹ en Jalisco. Este fenómeno se ha incrementado debido a la globalización del último tercio del siglo XX, enmarcando las complejidades de nuevas prácticas transnacionales.

Estos flujos y grupos migratorios revelan escenarios de contraste frente al resto de las crisis migratorias en América Latina,² pero al

¹ En este texto la Ribera de Chapala hace referencia a los municipios conurbados con la Zona Metropolitana de Guadalajara (ZMG) de Jocotepec y Chapala que bordean el Lago de Chapala.

² Por contraste, nos referimos a situaciones de población desplazada por causas de pobreza, desastres naturales y conflictos, que para el caso de México transitan desde Centroamérica con el objetivo de llegar a Estados Unidos y particularmente pasan por