

Desigualdad social, condiciones de acceso a la salud pública y procesos de atención en inmigrantes bolivianos de Buenos Aires y São Paulo: una indagación comparativa¹

Social inequality, access conditions to public health care and processes of care in bolivian immigrants in Buenos Aires and São Paulo: a comparative inquiry

Alejandro Goldberg

Antropólogo. Máster y Doctor en Antropología de la Medicina. Investigador del Instituto de Ciencias Antropológicas-CONICET. Profesor del Seminario Antropología y Migraciones Internacionales (UBA).

Dirección: Puán 470, 4° piso, oficina 404, C1406CQJ Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

E-mail: alejandro.goldberg@gmail.com

Cássio Silveira

Sociólogo. Máster en Ciencias Sociales y Doctor en Salud Pública. Profesor Adjunto del Departamento de Medicina Social. Facultad de Ciencias Médicas de la Santa Casa de São Paulo.

Dirección: Rua Cesário Motta Junior, 61, 5° andar, CEP 01221-020, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: cassio@cealag.com.br

¹ Las fuentes de financiación de este trabajo no se circunscriben a una investigación específica, sino que se enmarcan dentro de las diversas tareas de docencia e investigación desarrolladas por los autores en cada uno de sus países de origen.

Resumen

Este trabajo es fruto de una incipiente relación de colaboración, intercambio y producción conjunta comenzada en forma reciente entre las instituciones y equipos de docencia e investigación de pertenencia en nuestros países. Parte de las respectivas investigaciones y tareas de intervención que venimos realizando desde hace un tiempo en torno al fenómeno de la inmigración boliviana, tanto en Buenos Aires como en São Paulo, y los procesos de inserción sociolaboral de estos inmigrantes en relación a su situación de salud, focalizando en los procesos de atención que desarrollan frente a los padecimientos que sufren en el contexto sociosanitario de destino. Se presenta una indagación en clave comparativa que busca establecer una primera aproximación al análisis sobre las semejanzas y diferencias entre ambos casos de estudio, como aporte a la necesidad de un abordaje del problema de investigación en toda su complejidad, desde una perspectiva sociocultural y a nivel de la salud pública regional.

Palabras clave: Buenos Aires; São Paulo; Inmigrantes bolivianos; Modos de vida; Vulnerabilidad social; Desigualdades en salud.

Resumo

Este trabalho é o resultado de um intercâmbio, parceria e articulação iniciado recentemente entre as instituições de ensino e equipes de pesquisa de nossos países. Nossas reflexões pautaram-se nas investigações e nas tarefas de intervenção sobre o fenômeno da imigração boliviana observados há algum tempo em Buenos Aires e em São Paulo. Os processos de trabalho e de integração social dos imigrantes foram relacionados ao seu estado de saúde, enfocando os processos de cuidado que se desenvolvem contra as condições que enfrentam nesses contextos sociais. Apresentamos um quadro comparativo com o intuito de estabelecer uma primeira abordagem para a análise das semelhanças e diferenças entre os dois estudos de caso, procurando cercar o problema em boa parte de sua complexidade e circunscrevendo-o dentro de uma perspectiva sociocultural no contexto da saúde pública regional.

Palavras-chave: Buenos Aires; São Paulo; Imigrantes bolivianos; Estilos de vida; Vulnerabilidade social; Desigualdades de saúde.

Abstract

This work is the result of an emerging partnership, exchange and joint production recently started between institutions, teachings and research teams belonging in our countries. Part of the respective investigations and intervention tasks that we have been doing for some time around the phenomenon of Bolivian immigration both in Buenos Aires and São Paulo, and the processes of labor integration of these immigrants in relation to their health status focusing on the care processes that develop against the conditions they suffer in the social context of the target. An inquiry is presented in comparative key that search establish a first approach to the analysis of the similarities and differences between the two case studies, as a contribution to the need for an approach to the research problem in all its complexity, from a sociocultural perspective, and at the level of regional public health.

Keywords: Buenos Aires; São Paulo; Bolivian Immigrants; Lifestyles; Social Vulnerability; Health Inequalities.

Introducción

Se propone en las líneas que siguen una perspectiva a escala regional que nos servirá para indagar, en clave comparativa, la complejidad de los contextos urbanos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y la ciudad de São Paulo, en las cuales conviven sectores segmentados en términos de clase social, derechos, acceso al mercado, a los servicios públicos de salud y sociales; así como en relación a las condiciones de vida, de trabajo y de vivienda. En ambos casos de estudio, se aborda en particular un conjunto sociocultural especialmente vulnerable y vulnerado: los inmigrantes bolivianos, muchos de los cuales trabajan y viven - en algunos casos junto a sus familias - en talleres textiles clandestinos (de ahora en adelante TTC) localizados en estas dos urbes.

Los procesos migratorios desarrollados por los bolivianos en la CABA y en São Paulo han estado desde sus inicios marcados por obstáculos, dificultades, conflictos, estigmas y construcciones sociales discriminatorias provenientes de distintos sectores de las sociedades locales. Lo anterior se debe, entre otros factores, a que la inserción laboral/habitacional y la integración social de estos inmigrantes al espacio sociopolíticoterritorial de cada ciudad, se produjo en el marco de contextos con condiciones menos favorables que aquellas existentes previamente para los colectivos de inmigrantes (europeos en la CABA; europeos y asiáticos en São Paulo) de finales del siglo XIX y principios del XX.

Partiendo de lo anterior, indagamos en un ámbito concreto dentro del sector sumergido de la economía de las dos ciudades, caracterizado por su precariedad: el de los talleres textiles o de costura clandestinos (ilegales, no declarados, en negro). Estas unidades productivas son utilizadas por una parte de los empresarios locales para evadir controles, disminuir costos y maximizar las ganancias, externalizando así la producción. La mayoría de estos talleres son regenteados por bolivianos, ex trabajadores en condiciones de semi esclavitud en ellos, que en algún momento pudieron regularizar

su situación migratoria. Como puede comprobarse, en ambos casos de estudio se reproduce una situación de explotación intra colectivo en el sector, incluyendo como parte de ese proceso mecanismos de trata y tráfico de personas para el reclutamiento y reducción a la servidumbre. Con frecuencia, los talleres funcionan en pequeños recintos, siendo en muchos casos también la vivienda del trabajador y su familia. Los trabajadores son sometidos a extensas jornadas de trabajo que alcanzan 16 horas diarias (es decir, el doble de las 8 reglamentarias), seis días a la semana, con una remuneración que la mayoría de las veces no llega a la del salario mínimo de cada país.

Tomando en consideración el análisis de las desigualdades en salud, focalizamos en las dimensiones de la salud/enfermedad/atención de estos inmigrantes en el contexto sociosanitario de cada ciudad, poniendo énfasis en los principales padecimientos sufridos en cada caso, vinculados con sus modos de vida/trabajo/vivienda, y en los procesos de atención desarrollados de acuerdo a las condiciones particulares de acceso a la salud pública que existen en la CABA y en São Paulo.

Por último y a modo de consideraciones finales, se expone un breve análisis sobre semejanzas y diferencias entre ambos casos de estudio, con el fin de abrir futuras líneas de indagación en torno a la problemática abordada.

Aproximación antropológica a las dimensiones de la inmigración boliviana y la salud en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA)

La Antropología Médica en Argentina comienza a interesarse en el campo de las migraciones internacionales y la salud recién en los últimos seis años, no obstante la variedad de problemáticas de salud pública unidas a la creciente presencia sobre todo desde la década de 1990 en adelante² de inmigrantes provenientes de países limítrofes. Por el lado de

2 A partir de 1990, atraídos por la paridad cambiaria peso dólar de esa década e insertándose mayoritariamente en puestos de trabajo precarizados en el ámbito sumergido de la economía, se constata un aumento progresivo de inmigrantes bolivianos en Argentina, aunque representaban en 2010 el 19,1% del total de extranjeros residentes en el país (sólo superados por los paraguayos). Por otra parte, de acuerdo a la Encuesta de Población Migrante en Argentina (2008-2009), el 53,8% de los nacidos en Bolivia residía en la CABA, alcanzando para 2010 la cifra de 76.609 personas. INDEC. Censo 2010. Buenos Aires: INDEC, 2010.

los trabajos originados en otras disciplinas de las Ciencias Sociales sobre el tema, han centrado su análisis en las zonas de frontera y los flujos migratorios hacia ellas. Específicamente en relación a los procesos asistenciales de los sujetos inmigrantes en el país, los estudios en general se focalizaron en las barreras de acceso al sistema público de salud de estas “poblaciones vulnerables” (Garbus et al., 2009; Comes et al., 2007) y los obstáculos presentes en la comunicación intercultural entre el personal de salud y los usuarios inmigrantes (Jelin, 2007).

Uno de los límites que poseen estas perspectivas radica en la falta de un análisis sobre los aspectos socioeconómicos, políticos e ideológicos de los procesos de salud/enfermedad/atención (Menéndez, 2002) como determinantes en el acceso de los sujetos a los servicios sanitarios, y como elementos constitutivos fundamentales del concepto de interculturalidad (Ramírez Hita, 2009). Se trata frecuentemente de enfoques que indagan en las diferencias culturales sin profundizar en las desigualdades sociales, y la forma en que estas se traducen en desigualdades en salud de los conjuntos sociales subalternos. Del mismo modo, no se reconoce el contexto de pluralismo médico asistencial en el que se desarrollan dichos procesos (Goldberg, 2010a; 2012).

A partir de la ejecución de distintas investigaciones etnográficas realizadas desde 2006 en adelante, comencé a aproximarme al conocimiento de los procesos de salud/enfermedad/atención de un conjunto sociocultural específico: inmigrantes bolivianos del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), abordando los distintos padecimientos que sufren relacionados con sus modos de vida/de trabajo, describiendo y analizando los principales saberes, concepciones y prácticas que poseen alrededor de la salud/enfermedad/atención, e indagando en torno a los itinerarios terapéuticos que desarrollan ante los distintos padecimientos sufridos en el contexto sociosanitario de nuestra sociedad.

Como parte de los resultados empíricos obtenidos y a través de la profundización del trabajo

de campo, pude dar cuenta de la incidencia de la tuberculosis (de ahora en adelante, TBC) en inmigrantes bolivianos de ambos sexos que trabajan y viven en talleres textiles clandestinos (de ahora en adelante, TTC) de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). En consecuencia, me propuse explorar las situaciones de riesgo unidas a la emergencia de la TBC en este grupo, su contagio y su transmisión, abordando los itinerarios terapéuticos seguidos por los sujetos para diagnosticar y tratar la enfermedad, en el ámbito laboral, de la unidad doméstica y de los servicios públicos de salud³. Debido a las condiciones de semi-esclavitud en las que estos trabajan y viven, incluyendo en ello la falta de documentación fruto de su situación administrativamigratoria irregular, así como la prohibición de salir bajo llave y amenaza del recinto del taller, su derecho a la atención sanitaria se encuentra relativamente limitado, y en muchos casos directamente vulnerado (como el resto de sus derechos). Lo anterior se ve potenciado por trayectorias migratorias que frecuentemente se dan en el marco de mecanismos delictivos, como la trata y el tráfico de personas y la reducción a la servidumbre (Goldberg, 2010a).

A nivel territorial, los inmigrantes bolivianos residen mayoritariamente en la zona sudoeste de la ciudad, distribuidos en los barrios más pobres, abandonados y precarizados, sufriendo las consecuencias actuales de la desinversión en políticas públicas sociales (educación, salud, vivienda, servicios, medioambiente, trabajo, seguridad) del gobierno neoliberal de Buenos Aires. Gobierno que constantemente recicla como durante la década de 1990 la idea de “invasión” de extranjeros, apoyada en la teoría del chivo expiatorio y sobre la base de crear el miedo a la “inseguridad”. Con el sustento de medios de comunicación monopólicos afines, se intenta construir e instalar en la opinión pública la figura del inmigrante “ilegal” pobre delincuente para justificar la represión, fortalecer el control social y garantizar una cierta “higiene social” en la ciudad, para que ésta no se “desvíe” de su tonalidad

3 He concentrado las indagaciones de campo en el ámbito de la salud pública, principalmente, en el Instituto Vaccarezza-Hospital F. Muñiz (IVHM) de la CABA, ya que se trata del centro donde se deriva a buena parte de las personas diagnosticadas con TBC del AMBA y en el cual he podido construir una vinculación sostenida con el personal de salud. También en hospitales y centros de atención primaria de los barrios del suroeste de la ciudad.

“blanca europea”⁴.

Respecto al ámbito sanitario, vale subrayar que el sistema público de salud de la CABA se basa en los principios de universalidad y gratuidad contemplados en el artículo 20 de la Constitución de la Ciudad. Mientras que la ley 664 sancionada en 2001, establece en su artículo 1º:

El acceso a los servicios públicos de salud, educación, justicia, promoción y acción social que brinda la Ciudad de Buenos Aires es de carácter irrestricto. Ninguna limitación a su ejercicio podrá fundarse en razones de origen, nacionalidad, raza, idioma, religión, condición migratoria o social (Margulies et al., 2003).

Lo anterior incluye la obligación por parte del Estado de garantizar gratuitamente las acciones colectivas e individuales de promoción, protección, prevención, atención y rehabilitación con criterios de accesibilidad, equidad, integridad, solidaridad, universalidad y oportunidad. Sin embargo, tanto el acceso como la utilización de los servicios públicos de salud presentan dificultades inherentes a un sistema sobredimensionado con problemas de escasez de insumos, recursos humanos insuficientes, demoras prolongadas, etc., todo lo cual repercute negativamente en los usuariospacientes (Goldberg, 2009).

En el caso de los usuarios bolivianos, lo anterior puede agravarse por el triple proceso de estigmatización a los que se ven sometidos por una parte de la sociedad argentina: por sus rasgos fenotípicos (“indios”); por su condición de clase subalterna en la estructura social de destino (“pobres”); y por el significado despectivo atribuido al “ser boliviano”, con sus connotaciones sociales y culturales implícitas (“bolitas”). Adicionalmente, una cuarta fuente de estereotipación aparece como resultado de la combinación de las anteriores, factible de identificar en algunos

ámbitos de los servicios públicos y privados de salud, incluyendo al personal sanitario de los mismos: el de “paciente boliviano tuberculoso”; vinculado, a la vez, con el trabajo en los TTC (Goldberg, 2010a).

La TBC como indicador de la forma en que las desigualdades sociales se traducen en desigualdades en salud

La TBC sigue siendo una de las enfermedades infecciosas “de la pobreza” que más muertes produce en el mundo: actualmente, es la segunda causa de mortalidad entre todas ellas. De acuerdo a los últimos datos proporcionados por la OMS (WHO, 2012) cerca de 2 millones de personas están infectadas por el bacilo de la TBC, lo que supone un tercio de la población mundial. Cada año, 8 millones de personas se enferman de TBC y 2 millones mueren por su causa, localizándose mayoritariamente en los hasta hace poco denominados “países en vías de desarrollo” (Goldberg, 2012). Sin embargo, la situación de esta enfermedad en el mundo es un fiel reflejo, no sólo de las enormes diferencias geopolíticas, económicas, sociales y epidemiológicas que persisten a nivel global entre los países “centrales” y los países “periféricos”; sino también de las desigualdades que pueden constatarse a una escala nacional, regional o local al interior de cada uno de ellos.

Esto último se manifiesta al revisar los datos oficiales sobre casos notificados de TBC en Argentina, dentro de la cual la CABA y el AMBA juntos concentraban en 2011 más de la mitad del total de casos del país. Del mismo modo, si se toma como unidad de análisis a la CABA, se constata que los barrios del sudoeste poseen las tasas más altas de esta enfermedad⁵ (Ministerio de Salud de la Nación, 2011).

Retomando los aportes de distintos autores, es

4 Al contrario, la realidad muestra que lejos de registrarse una “invasión” de inmigrantes limítrofes, la creciente visibilidad de estos colectivos responde más a conflictos de orden sociocultural (incluyendo discursos y prácticas discriminatorias, racistas y xenófobas contra estos grupos) que a razones estrictamente cuantitativas. De modo que mientras se teje un discurso dirigido a que la sociedad construya y consuma una percepción negativa y distorsionada del fenómeno como un “problema social”, contrariamente la realidad muestra que las personas provenientes de países limítrofes y Perú representan solamente el 3% de la población total de nuestro país; que ocupan nada más que el 5% de los puestos de trabajo registrados en el mercado laboral; y que constituyen tan sólo el 12% de los usuarios de los servicios públicos (salud, educación, etc.).

5 En 2011 se diagnosticaron en la CABA un total de 2.499 nuevos casos de TBC. De ellos, 268 pacientes fueron atendidos en el Hospital Piñero, ubicado en el sudoeste de la ciudad, cuya área programática registró en ese año 198 casos por 100.000 habitantes, muy por encima de la tasa de la CABA y superando el índice nacional argentino (Red para la Atención de TBC de la CABA). Este dato es demasiado relevante, si se tiene en cuenta que dentro de esta área programática se localizan muchos de los TTC de la CABA donde trabajan y viven inmigrantes bolivianos y sus familias.

posible analizar la manera en que los procesos de desigualdad social y las diversas formas de violencia se traducen en desigualdades en salud. En tal sentido y siguiendo a Fassin (1996), la TBC puede ser considerada como “la enfermedad emblemática” que incorpora la desigualdad social y cultural existente (Goldberg, 2012). Del mismo modo, el concepto de Structural Violence (Farmer, 2004) permite explorar las formas en que la violencia estructural penetra de manera coercitiva en la vida de estos sujetos provocándoles un determinado sufrimiento social (Das et al., 2001; Quaranta, 2006); incluyendo, como parte de ello, desde las condiciones de semi esclavitud a las que son sometidos en los talleres, hasta las limitaciones de acceso al sistema de salud para tratar dolencias, malestares y padecimientos -como la TBC-, y el impacto que esto tiene en sus cuerpos (Csordas, 2001).

El contexto específico de vulnerabilidad de los TTC en el cual este sector de inmigrantes bolivianos de la CABA se inserta tras experimentar un proceso migratorio como el descrito, “obligado” además, en muchos casos, por la necesidad de venir a trabajar para pagar deudas asfixiantes en origen, está marcado por múltiples situaciones de riesgo para su salud: desde la angustia que sufren por la violencia y los malos tratos, pasando por la escasa renovación del aire, el encierro y la falta de luz solar, la acumulación de polvo y la humedad de paredes, suelos y techos; hasta el hecho de que el trabajo se realice en condiciones de hacinamiento, en habitaciones sin ventilación plagadas de retazos de tela, hilos, polvillo en el ambiente y pelusas que producen las máquinas (que respiran, incluso, cuando duermen); que la cantidad de horas diarias trabajadas sea entre 14 y 18 con ritmos intensos e ininterrumpidos; que la alimentación sea escasa y deficiente, etc. Todos estos elementos, en conjunto, pueden llegar a generar una baja en el sistema inmunológico de estas personas, volviéndolas más vulnerables a la infección, el contagio y el desarrollo de la TBC.

Si bien la mayor parte de los casos notificados hasta 2011 inclusive en la CABA seguían correspondiendo a “nativos” (argentinos), los casos correspondientes a inmigrantes bolivianos muestran

un crecimiento, fundamentalmente desde 2004 en adelante. Sin embargo, más que asociar TBC con inmigración boliviana en términos de enfermedad “importada”, “cultural”, etc. -sentido que entre una parte del personal de salud de los hospitales públicos de la CABA alude indirectamente a que los bolivianos traen la enfermedad desde su país y se corre el riesgo de que infecten a la población “nativa”-, el fenómeno se vincula con los modos de vida/vivienda/trabajo que experimentan y sufren estos inmigrantes en la ciudad. Al respecto, estudios realizados desde la biología molecular por médicos especialistas han demostrado que no existen evidencias científicas de transmisión de cepas extranjeras autóctonas andinas a pacientes argentinos (“nativos”) a través de los inmigrantes que llegan enfermos o contraen la enfermedad acá; pero sí a la inversa: la cepa M, dominante en el AMBA comenzó a propagarse entre muchos de los inmigrantes bolivianos que contrajeron la enfermedad en los TTC⁶ (Goldberg, 2010b).

Con respecto a los procesos asistenciales por TBC, uno de los factores que dificultan el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de esta enfermedad en pacientes bolivianos es el que refiere a la permanente movilidad que caracteriza sus procesos migratorios y sus modos de vida en Argentina. Como parte de las situaciones de extrema vulnerabilidad expuestas, existiría un abandono del tratamiento debido, principalmente, a las dificultades económicas para trasladarse a retirar la medicación y hacerse los controles correspondientes. A lo anterior, se le suma la imposibilidad de acceder a los subsidios existentes por la falta de documentación debido a su situación administrativamigratoria irregular, así como la prohibición de salir bajo llave y amenaza del recinto del taller.

Por último, a través del seguimiento de los itinerarios terapéuticos por TBC de los sujetos, he podido detectar en aquellos que son dados de alta tras una internación de entre uno y seis meses, que una parte regresa a su país de origen; otra parte reincide en el trabajo en TTC y una última proporción se inserta en cooperativas de trabajadores textiles con condiciones de trabajo dignas, como parte de un proceso de toma de conciencia y ruptura a partir del

6 Datos extraídos de las entrevistas realizadas con las doctoras Ambroggi (Instituto de Tisiopneumología “Prof. Dr. Raúl Vaccarezza”, UBA-Hospital Muñoz) y Ritacco (Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud “Dr. Carlos G. Malbrán-Conicet).

“sufrimiento social” experimentado en los talleres. En este caso, un factor determinante lo constituye el padecimiento de algún problema de salud (propio o de sus hijos) y el impedimento por parte del dueño del taller (el tallerista) de que acudan a la consulta médica correspondiente. Son las mujeres quienes mayoritariamente se rebelan ante el tallerista, en particular frente a agresiones o malos tratos de este hacia sus hijos.

Resumidamente, el estudio de caso abordado plantea claramente la manera en que, en determinados contextos, las desigualdades sociales se traducen en desigualdades en salud: no solo por los indicadores, sino en relación al acceso a los servicios sanitarios públicos, el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades infectocontagiosas como la TBC. Partiendo de lo anterior, es posible afirmar que la vulnerabilidad ante la TBC que poseen los inmigrantes bolivianos de ambos sexos que trabajan y viven en TTC de la CABA, radica sobre todo en su condición de clase subalterna casi esclava en la sociedad argentina, y no en una supuesta predisposición genética, su origen geográfico o su identidad étnica.

Asimismo, se remarca que la posibilidad de terminar con las situaciones de explotación laboral y vivienda precaria referidas, disminuir así en parte los riesgos de infección, transmisión y desarrollo de la TBC entre los sujetos de este estudio, y apostar al éxito del tratamiento, depende fundamentalmente del cumplimiento de las leyes que se violan durante todo el proceso (trata, tráfico y reducción a la servidumbre). En otras palabras: de la desaparición de estas unidades tal y como funcionan actualmente, su transformación en talleres legales de costura con condiciones dignas de trabajo, con inspecciones regulares de seguridad y medicina laboral, con el conjunto de derechos de sus trabajadores garantizados (entre ellos, el acceso universal e irrestricto a una atención sanitaria pública de calidad).

En lo que se refiere estrictamente al ámbito de la salud pública, la coordinación y el enlace dinámicos entre los niveles asistenciales del sistema sanitario constituyen elementos centrales, desde una perspectiva preventiva, para conseguir resultados exitosos en el combate de la TBC. El retraso en el diagnóstico y el inicio del tratamiento de la enfermedad, tiene un impacto tanto a nivel del sujeto/paciente (aumenta

el riesgo de mortalidad y morbilidad) como del grupo familiar y laboral (aumenta el riesgo de infección tuberculosa). Modificar las situaciones asociadas a este retraso, mejorar la calidad de la atención y garantizar un tratamiento eficaz; actualizar y complejizar los conocimientos y la información del personal sanitario sobre los grupos de la sociedad más vulnerables a la infección y el desarrollo de esta enfermedad, resultan metas esenciales. En estas acciones y tareas, es determinante fortalecer la interdisciplinariedad del equipo de salud de los centros de atención de distinto nivel, reduciendo las jerarquías internas a través de la revalorización del trabajo cotidiano –y estratégico de enfermeras, psicólogas y asistentes sociales, además del de los médicos.

Bolivianos en la ciudad de São Paulo: ¿inclusión incierta de los invisibles?

Aunque los inmigrantes sudamericanos en la ciudad de São Paulo, en particular los inmigrantes bolivianos, hayan conseguido cierta visibilidad a través de los medios y, también, por la producción académica en América del Sur de los últimos años, todavía es lento el movimiento en las articulaciones políticas y en la viabilidad de procesos de inclusión que permitan capturar demandas y encaminar soluciones que abarquen las necesidades de salud de esos segmentos sociales, generalmente expuestos a las más variadas situaciones de vulnerabilidad.

Tal afirmación, así expuesta, podría incluirse como una de las tantas denuncias ingenuas que exigen políticas inmediatas desconsiderando los complejos procesos que envuelven la dinámica de las condiciones político-administrativas, expresados en la formación de campos de conflictos al momento de elaborar y posteriormente implantar políticas de inclusión social. Al contrario, pensamos que la reflexión sobre los procesos de inclusión debería contener siempre el conjunto de concepciones que orientan la consecución de políticas de salud, viabilizando prácticas específicas de atención a la población en general, en particular respecto a los grupos de inmigrantes bolivianos. Sus fragilidades, originadas en sus pésimas condiciones de vida, se

pueden ejemplificar en la situación de ilegalidad, en su inmersión en rutinas de trabajo intenso y precario y en viviendas insalubres, las cuales, para una parte importante de ellos, también constituyen sus talleres de trabajo en el ramo de la confección de vestimentas, entre otras desigualdades (Silva, 2006).

Se recogen aquí parte de los resultados obtenidos a partir de un conjunto de actividades de investigación y debates, desarrollados sobre las condiciones de salud de grupos de inmigrantes en el centro de la ciudad de São Paulo. La realización de sucesivas aproximaciones a una realidad social que esconde, en su clandestinidad, necesidades sociales acentuadas por las precarias condiciones de vida, han posibilitado la producción de conocimientos acerca de las condiciones de vida y de salud de los inmigrantes bolivianos. Orientados por el objetivo de conocer las desigualdades y las situaciones de vulnerabilidad a las que estos están sometidos, nuestros proyectos⁷ han permitido verificar la lenta incorporación de esos grupos al sistema de salud pública.

Adicionalmente a las citadas actividades, nuestros contactos con la red de atención primaria de la salud del centro de la ciudad han posibilitado la elaboración de procesos de observación, llevados a cabo de forma eventual por medio de visitas esporádicas, y de relaciones con personas y organizaciones vinculadas con la asistencia a los inmigrantes, además de las actividades de enseñanza superior en salud, desarrolladas directamente en los servicios públicos⁸. Esta aproximación nos acercó a los trabajadores que

realizan intervenciones con inmigrantes, pudiendo comprobar nuevas experiencias en la atención de la salud en conjunto con aquellos. A partir de este aprendizaje, adquirimos mayor conocimiento sobre los procesos sociales y los procesos de enfermedad relacionados con los modos de vida de los inmigrantes. Al equipo de trabajadores mencionado, representado por profesionales de las organizaciones de asistencia, se le sumó la experiencia de contacto con los Agentes Comunitarios de Salud (ACS)⁹ procedentes de los grupos de inmigrantes bolivianos.

Ya apuntado, nuestro foco de observación es el centro de la ciudad de São Paulo, *locus* reconocidamente privilegiado de atracción y permanencia de este grupo. La composición del área en cuestión se presenta como un campo heterogéneo de grupos populares, diferenciados entre sí por sus características particulares de origen extranjero, y también por sus particularidades étnicas. Esa heterogeneidad social explicita un cuadro complejo de relaciones entre grupos en situaciones y con intereses múltiples. En este contexto, la inclusión social de los inmigrantes bolivianos ha revelado dos aspectos interesantes: en primer lugar, que resultan sus marcas distintivas de sus modos de ser, concebir y ocupar los espacios públicos y privados; y, en segundo término, que son los procesos de inclusión por medio de las políticas en salud los que han capturado parte de sus demandas, aunque todavía haya que recorrer un largo camino para superar las desigualdades a las que están sometidos (Silveira et al., 2009; Barata et al., 2011).

7 Entre los trabajos que hemos desarrollado en el Departamento de Medicina Social de la Facultad de Ciencias Médicas de la Santa Casa de São Paulo, pueden destacarse dos: (1) *Proyecto inclusión social urbana: Nosotros del Centro: metodología de investigación y acción para la inclusión social de grupos vulnerables en el centro de la ciudad de São Paulo*, financiado por la Unión Europea (Oficina de São Paulo) y coordinado por los investigadores Regina M. G. Marsiglia, Nivaldo Carneiro Junior y Cássio Silveira (Silveira et al., 2009); y (2) *Desigualdades sociales en el estado de salud y en el acceso a los servicios para grupos con diferentes grados de vulnerabilidad y exclusión social viviendo en el centro de São Paulo*, financiado por el CNPq, informe en el año 2009, bajo la coordinación de la investigadora Rita de Cássia Barradas Barata.

8 Nuestra experiencia en investigación y enseñanza en el área central de la ciudad ha permitido acumular conocimientos sobre los inmigrantes, entre otros segmentos sociales; en particular con la prestación de servicios en el Centro de Salud Escuela Barra Funda "Professor Alexandre Vranjac", Unidad Básica de Salud vinculada a la Facultad de Ciencias Médicas de la Santa Casa de São Paulo. Recientemente formamos un grupo de investigación, interdisciplinar e interinstitucional, sobre *procesos migratorios y salud en la ciudad de São Paulo*, compuesto por representantes de las siguientes organizaciones: Facultad de Ciencias Médicas de la Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP), Universidad Federal de São Paulo (Unifesp), Museo Emilio Ribas (Instituto Butantan, SES-SP), Comisión Municipal de Derechos Humanos (Secretaría Especial de Derechos Humanos, PMSP), Instituto de Salud (SES-SP) y Centro de Estudios Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão (Cealag).

9 Los Agentes Comunitarios de Salud (ACS) forman parte integrante de la Estrategia Salud de la Familia (ESF). Esta, a su vez, está organizada en equipos de composición multiprofesional, integrados como mínimo por un médico de familia y comunidad, un enfermero de salud pública, un ayudante de enfermería y entre cuatro y seis ACS. Los trabajos se desarrollan a partir de territorios definidos como micro-áreas, con el registro y acompañamiento de un número determinado de familias para cada equipo (entre seiscientos y mil familias), con un límite máximo de 4.500 personas registradas. Cada ACS acompaña como máximo a 150 familias o a 450 personas CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Atenção primária e promoção da saúde*. Brasília, DF, 2011. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS, v. 3).

Algunos aspectos sobre la salud de los inmigrantes bolivianos en São Paulo

Motivados por el fuerte atractivo de una economía en expansión, los bolivianos empezaron el proceso de migración hacia Brasil a mediados del siglo veinte. La mayoría, se concentró en los Estados de Mato Grosso del Sur y en las regiones metropolitanas de Río de Janeiro y São Paulo. Las estimaciones sobre migración y permanencia de bolivianos en Brasil no son precisas, sino que varían bastante dependiendo de la fuente: la Pastoral del Migrante calcula que hay aproximadamente 60 mil bolivianos; el Censo Demográfico del IBGE de 2000 indicaba la presencia de 20.388, mientras que la Policía Federal contabilizaba 32.416 inmigrantes de ese país (Silva, 2008).

Más recientemente, el número de inmigrantes bolivianos residentes en Brasil se estimó entre 80 y 200 mil, con casi un 40% concentrado en la ciudad de São Paulo. Otra característica demográfica de este grupo es la cantidad acentuada de adultos jóvenes de 20 años de edad, lo cual contrasta con el creciente y cada vez más evidente fenómeno paralelo de envejecimiento de la población local (Souchaud, 2010). En São Paulo, datos recientes del IBGE¹⁰ indican la cantidad de 21.679 bolivianos residentes, siendo que el 17% de ellos se naturalizó brasileño (IBGE, 2010).

La imprecisión numérica mencionada no nos permite deducir con exactitud la cantidad de inmigrantes bolivianos residentes en São Paulo. No obstante, sí nos permite verificar la presencia considerable de ellos en el conjunto de la población¹¹, pudiendo abordar de esta manera el fenómeno de la inmigración y sus consecuencias para la salud de este grupo. En tal sentido, al denunciar las pésimas condiciones de vida y de salud de los inmigrantes en la ciudad, nos situamos bajo la perspectiva de un problema de salud pública dentro de un contexto social más am-

plio sobre los procesos migratorios internacionales a nivel global (Sassen, 1998; Rizek et al., 2010). En este marco, vale señalar que el proceso de trabajadores absorbidos por el sector textil de confecciones tomó grandes proporciones en las últimas décadas, trazando el modelo de trabajo predominante en los talleres textiles de São Paulo entre los bolivianos. Se trata de un modelo que configura una territorialidad específica, diferente de otros polos internacionales de atracción migratoria, semejante al caso de la ciudad de Buenos Aires, Argentina (Cymbalista y Xavier, 2007; Rizek et al., 2010). Tal modelo le impone a los trabajadores inmigrantes y a sus familias una situación de confinamiento en los talleres de costura, dentro de un dinámico sector de la producción textil (Silva, 2006; Tambellini et al., 2009).

En el campo de la salud, la expresión de ese contexto se manifiesta en un cuadro de expansión de patologías íntimamente asociadas a las condiciones de vida y de trabajo de los bolivianos. En el distrito de Brás, por ejemplo, la experiencia del servicio de atención primaria de la salud presentó datos alarmantes con respecto a la tuberculosis (TBC): la incidencia es mayor entre esos inmigrantes, que alcanzaron el 58% del total de pacientes en tratamiento. Por otro lado, la tasa de curación llegó al 94% de los casos tratados, superando la meta establecida por el Ministerio de Salud que es de 80% (REDETB, 2005).

Un estudio realizado recientemente en los barrios de Belém, Bom Retiro, Brás y Pari le confirmó relevancia a la comunidad de bolivianos respecto al aumento de la incidencia de la TBC en la zona urbana estudiada. El trabajo constató una inversión en la cantidad de casos de la enfermedad: mientras que para los brasileños la patología disminuyó el 45%, entre los bolivianos aumentó el 250% en los últimos diez años. La tasa de curación en ese grupo, sin embargo, es de 70,9%, o sea, más alta que la de los brasileños, que es de 62,1%. El acceso a los servicios

10 Datos oficiales del IBGE (2010) organizados y gentilmente cedidos por el profesor Dr. Manoel Carlos de A. S. Ribeiro y por el analista de sistemas Rodrigo Calado, miembros del Centro de Estudios Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão (Celag), con sede en el Departamento de Medicina Social de la Facultad de Ciencias Médicas de la Santa Casa de San Paulo (FCMSCSP).

11 En 2010, el municipio de São Paulo contaba con 11.244.369 habitantes. Los distritos con los cuales trabajamos son: Santa Cecília, Bela Vista, Liberdade, Barra Funda, Bom Retiro, Cambuci, Consolação, República y Sé. Estos representan una parte del centro expandido de la ciudad (Fuente: IBGE, 2010; SEADE - Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. *Censo do Municípios Paulistas*. São Paulo: Fundação Seade, 2010. Disponible en: <http://www.seade.gov.br/producao/imp/index.php?page=consulta&action=var_list&tabs=1&aba=tabela2&redir=&busca=Censo+Demografico+2010>. Acceso en: 13 nov. 2010).

de salud y la continuidad del tratamiento a base de medicamentos, resultaron los motivos citados por la autora del estudio para explicar la eficacia del tratamiento (Martínez, 2010).

Una mirada más específica sobre los modos de vida y de trabajo y la salud de los bolivianos en São Paulo, muestra también particularidades en relación a las mujeres. El fenómeno de la violencia física y psicológica, sufrida en el ámbito doméstico, incide sobre gran parte de las mujeres, víctimas de las acciones de sus compañeros o de otros hombres. A la situación de violencia, se le suman jornadas intensas y prolongadas de trabajo en los talleres textiles y en el cuidado y mantenimiento del espacio doméstico. También sufren las consecuencias del estado de gestación: embarazadas, le agregan a lo descrito anteriormente una enorme carga de trabajo y de grandes esfuerzos en las sucesivas tentativas para superar las desigualdades (Madi et al., 2009; Carneiro Junior et al., 2011).

De manera complementaria, pudimos obtener datos valiosos en las sucesivas incursiones al campo realizadas en los servicios de salud. En particular en la red de atención primaria de la salud organizada por medio de las Unidades Básicas de Salud (UBS), de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) y del Programa de Agentes Comunitarios de Salud (PACS), observamos que gran parte de la mediación con los servicios de salud ha sido realizada por las mujeres bolivianas. Principalmente en los talleres textiles, que también configuran sus espacios domésticos, esas mujeres se responsabilizan por las tareas de recepción del representante del servicio de salud, organizar la agenda para consultas y análisis, verificar el estado de salud de las personas que viven y trabajan en los talleres, y comunicar los acontecimientos y la evolución de las personas en tratamiento. Entre otras tareas domésticas y laborales, las mujeres bolivianas amplían así su carga de trabajo, con consecuencias perjudiciales para su salud.

Los inmigrantes y la disposición de los servicios de salud

El Sistema Único de Salud (SUS), desde la Constitución de 1988, en su artículo 196, garantiza el acceso universal e igualitario a las acciones y servicios para la promoción, protección y recuperación de la salud de las personas. Este marco legal permitió el desarrollo de experiencias de inclusión de inmigrantes en el sistema en las tres últimas décadas, viabilizando el acceso a los servicios por medio de la creación de nuevas estrategias de asistencia y creando oportunidades para mantener los cuidados de la salud en ese segmento de inmigrantes (Brasil, 2006).

Orientada por una concepción de los derechos humanos basada en la tolerancia y en la hospitalidad, el SUS inauguró una nueva fase, más amplia y abarcable, en la concreción de estos derechos, la cual supone que en la práctica el acceso a los servicios de salud prescinde de la obligatoriedad de presentar un documento identificatorio de permanencia en el país por parte de un usuario inmigrante. Se trató de un gran paso, ya que permitió el surgimiento y la ampliación de estrategias innovadoras en la incorporación de grupos de inmigrantes bajo los cuidados de acciones de atención primaria (ESF y PACS) y de las acciones asistenciales en los niveles secundario y terciario de atención a la salud (Tambellini et al., 2009)¹².

En consecuencia, se logró aumentar la cantidad de inmigrantes registrados y la adecuación de un sistema de cuidados de la salud más efectivo, aunque incluye ACS entre inmigrantes bolivianos residentes. El rol de estos es actuar como mediadores en la relación serviciousuario inmigrante, buscando superar dificultades en común que cotidianamente poseen los servicios. La transposición de barreras lingüísticas y culturales y, aún más, la posibilidad del acceso directo a los servicios de atención primaria, han permitido la incorporación de los invisibles

12 Tal como hemos analizado en trabajos anteriores, la demanda por parte de grupos de inmigrantes de servicios de salud se produce en casos de extrema necesidad, aflictivos, muchas veces bloqueados por barreras impuestas por los propios servicios. Como ejemplos, podemos citar las barreras lingüísticas o el hecho de rechazarles la prestación de servicios a los inmigrantes sin documentos, situaciones que hasta el día de hoy pueden identificarse cotidianamente en buena parte de los servicios de salud (Carneiro Junior y Silveira, 2003; Carneiro Junior et al., 2006; Silveira et al., 2009; Carneiro Junior et al., 2011).

a un sistema de salud que preconiza el principio de la universalidad como precepto esencial para la formación y constitución del sistema (Carneiro Junior y Silveira, 2003; Carneiro Junior et al., 2006; Carneiro Junior et al., 2011; BOLÍVIA CULTURAL NOTÍCIAS, 2012)¹³.

Todos estos avances parecen recorrer el camino en dirección a la equidad. No obstante ello, queda mucho camino por recorrer para que la inclusión pueda reconocer realmente los procesos de enfermedad de los inmigrantes y las desigualdades de unas condiciones de existencia marcadas por la invisibilidad. En este sentido, concretamente en el ámbito de la asistencia hospitalaria, hemos recogido relatos de profesionales que resaltaron el problema de las barreras lingüísticas en el acceso de los inmigrantes al servicio. Creemos que tal problema no consiste únicamente en un hecho de incompreensión lingüística, con la consecuente falta de comunicación entre las partes. Al contrario, de manera conflictiva, es provocado por la polarización entre tradiciones culturales que muchas veces expresan concepciones y modos de practicar los cuidados de la salud muy distintos a las concepciones técnico científicas predominantes en la estructura de los servicios de salud.

La difícil ecuación en la inclusión de los inmigrantes en la ciudad de São Paulo

Tal y como se apuntó anteriormente, aún reconociendo los avances obtenidos en la cobertura de salud en atención primaria de inmigrantes en São Paulo, y el carácter incluyente de estas acciones que genera transformaciones positivas en el cuidado de su salud; es preciso señalar al mismo tiempo que las mismas no responden a la totalidad de necesidades y demandas de estos grupos. En tal sentido, no sería temerario afirmar que, de manera similar a lo que sucede con la población brasileña que usa exclusivamente los servicios públicos de salud, los

inmigrantes también sufren los contratiempos de un sistema todavía en formación y con una fuerte tendencia a segmentar sus actuaciones (Marsiglia et al., 2005). Adicionalmente, debido a sus condiciones específicas como inmigrantes, las desigualdades se potencian.

En suma, lo que se detecta es un proceso lento de inclusión de estos grupos por vía del derecho a las políticas sociales (al menos, en lo relativo a la salud), desde el momento en que se está reconociendo el fenómeno de la inmigración, las consecuencias negativas que puede tener este en la salud de las personas y, principalmente, la responsabilidad del Poder Público en relación a las condiciones de salud de este segmento de la población.

La inclusión a la cual nos referimos, aunque reconociendo sus avances, sigue siendo parcial, ya que limita las acciones y dificulta la obtención de mejores resultados enmarcados en una estructura que practique efectivamente la integración, por medio de intervenciones que se adecuen a las características y necesidades de esos grupos sociales. Esto último, partiendo del reconocimiento de las particularidades que posee la situación de salud de los inmigrantes, lo cual reafirma la necesidad de desarrollar un conjunto de acciones pautadas. Las mismas deberían centrarse, por un lado, en la multiplicidad de factores socioculturales y políticos que intervienen en el proceso migratorio de estas personas en São Paulo, y que les provocan problemas de salud específicos; y, por otro lado, en la capacidad efectiva de intervención dirigida a lograr un beneficio para su salud, paralelamente a una denuncia de las condiciones de existencia de familias y grupos de personas que sufren las consecuencias de una violencia estructural organizada en base a la explotación del trabajo en condiciones de extrema precariedad.

De esta manera, la ampliación del conocimiento sobre esos procedimientos permitirá comprobar que el agravante en la salud incide sobre grupos de personas cuya posibilidad de permanencia en el ano-

13 Esto se vio reflejado en el gran contingente de inmigrantes bolivianos registrados en algunas UBS del centro de São Paulo. Informaciones del segundo semestre de 2011 muestran el registro de aproximadamente 6.500 bolivianos solamente en dos UBS: el Centro de Salud Escuela Barra Funda "Dr. Alexandre Vranjac" y la UBS de Bom Retiro (Bolivia Cultural Noticias, 2011).

nimato se perpetúan por medio de la formación de campos relacionales más endógenos y marcados por el aislamiento de sus contextos socioculturales. Este aislamiento, junto con las restricciones determinadas por la falta de potencial participativo marcado por la incapacidad de exigir sus derechos en el país que los acoge, pueden contribuir para establecer una inclusión parcial y marcada por una fuerte tendencia para constituir acciones públicas que promuevan la transformación de las políticas de discriminación positiva (enfoque) en políticas de discriminación negativa. Es decir, políticas que marcan a personas y grupos con características que no son elegidas por sus portadores, pero definidas y delimitadas por los que las conciben. Según Castel (2008), al inclinarse hacia un tratamiento diferenciado, las políticas pueden alejarse de un tratamiento igualitario y caminar hacia la discriminación negativa con la instrumentalización de la alteridad, constituida en factor de exclusión.

En São Paulo la inclusión de los bolivianos a través de una política de discriminación positiva (enfoque) incluyó a una cantidad considerable de inmigrantes en los cuidados de atención primaria. Sin embargo, se sugiere una supervisión que considere los riesgos del desarrollo de procedimientos discriminatorios, ya que si bien se han comprobado avances en los procesos de inclusión en los servicios de salud, esto no significa la eliminación de la cadena de procedimientos discriminatorios que intervienen en los servicios públicos en general, ni la eliminación de las evidencias de actos prejuiciosos y racistas.

El desafío para transformar la realidad descrita requiere de un conjunto de cambios que pasan por varias instancias de la vida social, comenzando por la crítica al procedimiento de segregación que no reconoce a esos grupos que ocupan áreas urbanas en conexión con la lógica de un mercado promotor de su explotación y permanencia en espacios sociales relacionales sumergidos (Zaluar, 1997). Nos referimos al hecho de que, en muchos casos, el inmigrante

no es reconocido en sus necesidades más profundas y en su efectiva incorporación como persona y ciudadano a la sociedad de acogida. En este contexto, las condiciones de salud eventualmente configuran una de las expresiones más sensibles de la vida de los inmigrantes bolivianos.

Consideraciones finales: semejanzas y diferencias del caso porteño con el caso paulista

a) Los bolivianos constituyen el mayor grupo de inmigrantes recientes en São Paulo, presentando, al menos, tres características que equiparan su situación general a la de los inmigrantes bolivianos de la CABA: predominancia de su condición de clandestinidad (irregularidad administrativa y migratoria); están sometidos a un importante proceso de estigmatización por parte de sectores de la población y de los servicios de atención locales; se insertan en el ámbito sumergido de la economía, ocupando puestos de trabajo precarizados que en algunos casos rozan las condiciones de esclavitud, como lo demuestran sus modos de vida/vivienda/trabajo en los TTC.

b) Igual que en Argentina¹⁴, la Constitución Federal Brasileña de 1988 garantiza la salud como un derecho de los ciudadanos y un deber del Estado. En este marco, los inmigrantes, independientemente de su condición administrativa y migratoria, tendrían asegurado el derecho al acceso y a la atención sanitaria pública gratuita. Sin embargo, muchos inmigrantes indocumentados enfrentan diversas dificultades y obstáculos para ejercer efectivamente ese derecho en hospitales públicos de la CABA. En São Paulo, los esfuerzos por lograr el reconocimiento de la población inmigrante y sus especificidades, derivó en una propuesta de reorganización de la atención primaria mediante la ESF y el PACS. A través de estos, se logró una ampliación considerable de la cobertura a inmigrantes bolivianos, ya que garantiza la entrada

14 La Ley Nacional de Migraciones N° 25.871, que entró en vigor en Argentina el 6 de julio de 2010, constituye un gran avance en materia de derechos humanos. Esta ley no concibe a los inmigrantes únicamente en su dimensión económica (sólo como fuerza de trabajo) sino como sujetos de pleno derecho, remplazando a la ley N° 22439 en vigencia desde 1981 -enmarcada en los preceptos de la "Doctrina de Seguridad Nacional" de la última dictadura militar-, que concebía el fenómeno migratorio desde una óptica policial, de control restrictivo y de vigilancia de los grupos migratorios como peligrosos, potenciales focos de conflicto.

al sistema de salud; aunque todavía persiste una parte importante de inmigrantes irregulares que no tienen acceso a la atención sanitaria.

c) En la CABA existe una cierta reticencia de parte de los inmigrantes bolivianos indocumentados a concurrir a los hospitales públicos para atender sus problemas de salud. La misma está fundada en el temor por su condición irregular, en la utilización del modelo médico tradicional andino y, paralelamente, en su desconfianza hacia los médicos representantes de la medicina científica. Por otro lado, encontramos el desconocimiento y la falta de información respecto a ese derecho a la salud y a su carácter irrestricto y universal. Sí se constata una utilización creciente de los servicios públicos de salud en inmigrantes que resuelven su situación migratoria; paralelamente, igual a lo que sucede con los nativos, el sistema público deja de ser usado por los trabajadores con contrato, que recurren a prepagas médicas. En São Paulo, la atención primaria constituye la puerta de entrada y la garantía para acceder a la atención en los demás niveles del sistema de salud, a pesar de que la situación de irregularidad impide a muchos inmigrantes tratarse en los servicios. Los que están registrados se encaminan a otros niveles de asistencia de la salud, de la misma manera que los brasileños y extranjeros con documentos. Sin embargo, todavía no se observa una política intersectorial definida, ni la creación de una estructura de servicios de salud que permita la inclusión real del contingente de inmigrantes.

d) Los principales padecimientos, dolencias y males-tares vinculados con los modos de vida y de trabajo de inmigrantes bolivianos en los talleres de costura de São Paulo se equiparan a los descritos en los TTC de la CABA: TBC, alergias, problemas posturales y de articulación, alcoholismo en hombres, violencia doméstica, retraso en el desarrollo psicofísico de los hijos pequeños, problemas de sociabilidad, anímicos y psicológicos en los trabajadores y alimentación escasa e inadecuada.

e) En los dos casos abordados, son generalmente las mujeres las que rompen con el mundo de los talleres como consecuencia de malos tratos, situaciones de violencia, problemas de salud o toma de conciencia del sufrimiento social experimentado, propio o de sus hijos.

Referencias

BARATA, R. B. et al. Social vulnerability and health status: a household survey in the central area of a Brazilian metropolis. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, p. s164-s175, 2011. Suplemento 2. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001400005&lng=en&nrm=iso>. Acceso día: 10 Dic. de 2012.

BOLÍVIA CULTURAL NOTÍCIAS. *UBS Bom Retiro e comunidade boliviana trabalhando pela saúde*. São Paulo, 1 ago. 2011. Disponível em: <http://www.boliviacultural.com.br/ver_noticias.php?id=586>. Acesso em: 07 nov. 2012.

BRASIL. Ministério Da Saúde. *Carta dos direitos dos usuários da saúde*. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_integra_direitos_2006.pdf>. Acesso em: 07 nov. 2012.

CARNEIRO JUNIOR, N.; SILVEIRA, C. Organização das práticas de atenção primária em saúde no contexto dos processos de exclusão/inclusão social. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1827-1835, nov./dez., 2003.

CARNEIRO JUNIOR, N. et al. Organização de práticas de saúde equânimes em atenção primária em região metropolitana no contexto dos processos de inclusão e exclusão social. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 30-39, set./dez., 2006.

CARNEIRO JUNIOR, N. et al. Migração, exclusão social e serviços de saúde: o caso da população boliviana no centro da cidade de São Paulo. *Boletim do Instituto de Saúde*, São Paulo, v. 13, n. 3, out. 2011.

CASTEL, R. *A discriminação negativa: cidadãos ou autóctones*. Petrópolis: Editora Vozes, 2008.

COMES, Y. et al. El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de Investigaciones de la Secretaría de Investigaciones de la Facultad de Psicología-UBA*, Buenos Aires, n. 14, p. 201-210, enero-diciembre, 2007.

- CSORDAS, T. *Embodiment and Experience*. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.
- DAS, V. et al. (Ed.). *Remaking the world: violence, social suffering and recovery*. Berkeley: University of California Press, 1994.
- CYMBALISTA, R.; XAVIER, I. R. A comunidade boliviana em São Paulo: definindo padrões de territorialidade. *Cadernos Metr pole*, São Paulo, v. 17, p. 119-133, 2007.
- FARMER, P. An Anthropology of structural violence. *Current Anthropology*, Chicago, n. 45, p. 305-325, 2004.
- FASSIN, D. *L'espace politique de la santé*. Essai de généalogie. Paris: Presses Universitaires de France, 1996.
- GARBUS, P. et al. *Aspectos éticos en investigaciones no clínicas en el campo de la salud*. Algunas consideraciones acerca del consentimiento informado en personas declaradas incapaces. *Anuario de Investigaciones de la Secretaría de Investigaciones de la Facultad de Psicología-UBA*, Buenos Aires, n. 16, p. 329-338, enero/diciembre, 2009.
- GOLDBERG, A. Salud e interculturalidad: aportes de la antropología médica para un abordaje sociosanitario de la población boliviana de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En: *VVAA. Buenos Aires Boliviana*. Buenos Aires: Comisión para la Preservación del Patrimonio Histórico Cultural de la Ciudad de Bs. As., Ministerio de Cultura, GCABA, 2009. p. 233-246. (Colección Temas de Patrimonio Cultural, v. 24).
- GOLDBERG, A. Tuberculosis en inmigrantes bolivianos del  rea Metropolitana de Buenos Aires: narrativas y procesos asistenciales. En: MARTÍNEZ HERN NEZ, A.; DI GIACOMO, S. (Comp.). *De la evidencia a la narrativa en la atención sanitaria: biopoder y relatos de aflicción*. Tarragona: Publicaciones Universidad Rovira y Virgili, Colección de Antropología Médica, 2010a. En prensa.
- GOLDBERG, A. Análisis de la relevancia de los factores socioculturales en el proceso asistencial de pacientes con tuberculosis, usuarios del Instituto Vaccarezza-Hospital Muñiz. Un abordaje etnográfico desde la Antropología Médica. *Revista Argentina de Salud Pública*, Buenos Aires, v. 1, n. 5, p. 13-21, dic. 2010b.
- 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 del AMBA. *Revista Cuadernos de Antropología Social*, Buenos Aires, 2012. En prensa.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo Demográfico Brasileiro de 2010*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.
- JELIN, E. (Dir.). *Salud y migración regional*. Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural. Buenos Aires: IDES, 2007.
- QUARANTA, I. *Corpo, potere, malattia*. Antropologia e Aids nei Grassfields del Camerun. Roma: Meltemi Editore, 2006.
- MADI, M. C. C.; CASSANTI, A. C.; SILVEIRA, C. Estudo das representa es sociais sobre gesta o em mulheres bolivianas no contexto da aten o básica em saúde na área central da cidade de São Paulo. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, p. 67-71, 2009. Suplemento 2. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000600011&lng=en&nrm=iso>. Acceso en: 18 oct. 2012.
- MARGULIES, S. et al. Acceso al sistema público de salud. Buenos Aires: Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires-Sección de Antropología social, ICA, FFyL-UBA, 2003.
- MARSIGLIA, R. M. G., SILVEIRA, C., CARNEIRO JUNIOR, N. Políticas sociais: desigualdade, universalidade e focaliza o na saúde no Brasil. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 69-76, maio-ago., 2005.
- MARTÍNEZ, V. N. *Equidade em saúde: o caso da tuberculose na comunidade de bolivianos na cidade de São Paulo*. 2010. Disserta o (Mestrado em Ci ncias) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

- MENÉNDEZ, E. *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencia y racismo*. Barcelona: Ediciones Bellaterra, 2002.
- MENÉNDEZ, E. La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? *Revista Alteridades*, México, v. 4, n. 7, p. 71-83, 1994.
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. *Programa Nacional de Control de la Tuberculosis*. Buenos Aires: MINSAL, 2011.
- RAMÍREZ HITTA, S. *Calidad de atención en salud. Prácticas y representaciones sociales en las poblaciones quechua y aymará del altiplano boliviano*. La Paz: Opas/OMS, 2009.
- REDETB - Rede Brasileira de Pesquisas em Tuberculose. Bolivianos são os mais atingidos pela Tuberculose em São Paulo. Rio de Janeiro: REDETB, 2005. Disponível em: <<http://redetb.org/arquivo-de-noticias/41-noticias2005/124-bolivianos-sao-os-mais-atingidos-pela-tuberculose-em-sao-paulo>>. Acessado em: 06 nov. 2012, 2005.
- RIZEK, C. S.; et al. Trabalho e imigração: uma comparação Brasil-Argentina. *Lua Nova*, São Paulo, n. 79, p. 111-142, 2010.
- SASSEN, S. *As cidades na economia mundial*. São Paulo: Studio Nobel Editora, 1998.
- SILVA, S. A. Bolivianos em São Paulo: entre o sonho e a realidade. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 20, n. 57, p. 157-170, 2006.
- SILVA, S. A. *Faces da latinidade: hispano-americanos em São Paulo*. Campinas, SP: Núcleo de Estudos Populacionais, 2008. v. 1-73.
- SILVEIRA, C.; CARNEIRO JUNIOR, N.; MARSIGLIA, R. M. G. *Projeto inclusão social urbana: nós do centro*. Metodologia de pesquisa e de ação para inclusão social de grupos em situação de vulnerabilidade no centro da cidade de São Paulo. São Paulo: Fundação Arnaldo Vieira de Carvalho, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, 2009.
- SOUCHAUD, S. A imigração boliviana em São Paulo. In: FERREIRA, A. P.; et al. (Eds.). *Deslocamentos e reconstruções da experiência migrante*. Rio de Janeiro: Garamond, 2010. p. 72-95.
- TAMBELLINI, E.; MASCARO, L.; SILVA, U. V. A inclusão de imigrantes bolivianos na cidade de São Paulo: algumas estratégias e políticas locais. In: SILVEIRA, C.; CARNEIRO JUNIOR, N., MARSIGLIA, R. M. G. *Projeto inclusão social urbana: nós do centro*. Metodologia de pesquisa e de ação para inclusão social de grupos em situação de vulnerabilidade no centro da cidade de São Paulo. São Paulo: Fundação Arnaldo Vieira de Carvalho. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, 2009, p. 123-168.
- WHO - World Health Organization. *Global tuberculosis report 2012*. Ginebra: WHO, 2012.
- ZALUAR, A. Exclusão e políticas públicas: dilemas teóricos e alternativas políticas. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 12, n. 35, 1997. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69091997000300003>>. Acesso em: 20 nov. 2012.

Recebido em: 14/02/2013
Reapresentado em: 21/03/2013
Aprovado em: 02/04/2013