IX Congreso Argentino de Antropología Social. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales - Universidad Nacional de Misiones, Posadas, 2008.

# Etnografía de los procesos de salud/enfermedad/atención en inmigrantes bolivianos del Área Metropolitana de Buenos Aires.

Alejandro Goldberg.

Cita: Alejandro Goldberg (2008). Etnografía de los procesos de salud/enfermedad/atención en inmigrantes bolivianos del Área Metropolitana de Buenos Aires. *IX Congreso Argentino de Antropología Social*. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales - Universidad Nacional de Misiones, Posadas.

Dirección estable: **https://www.aacademica.org/000-080/8**

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de* acceso abierto*. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: http://www.aacademica.org.*

IX Congreso Argentino de Antropología Social
Misiones, Argentina.
FRONTERAS DE LA ANTROPOLOGÍA

Título del trabajo: **"Etnografía de los procesos de salud/enfermedad/atención en inmigrantes bolivianos del Área Metropolitana de Buenos Aires"**

Autor: **Dr. Alejandro Goldberg**. Instituto de Ciencias Antropológicas, sección Antropología Social (Facultad de Filosofía y Letras, UBA) – CONICET; Seminario Antropología y Migraciones (carrera de Ciencias Antropológicas-UBA)
calamargento@yahoo.com.ar
Palabras clave: inmigrantes bolivianos; proceso de salud/enfermedad/atención; salud laboral; itinerarios terapéuticos.

## *1. Presentación*

Los resultados preliminares que se exponen en este trabajo corresponden a una investigación titulada "Migraciones y Salud. Las dimensiones antropológicas de los procesos de salud/enfermedad/atención entre inmigrantes bolivianos del Área Metropolitana de Buenos Aires" (Conicet), enmarcada en el PIP-Conicet "Desigualdad social, vulnerabilidad y género. Etnografia de los padecimientos sociales, las demandas y acciones colectivas en salud de conjuntos subalternos del área metropolitana", dirigido por la Dra. Mabel Grimberg. La investigación referida dio continuidad a las problemáticas teórico-conceptuales abordadas en mi tesis doctoral, a la vez que retomó el campo temático central de los distintos trabajos de investigación, docencia y otros, realizados posteriormente. Tratándose de un área en construcción dentro del campo de los estudios en Antropología, Migraciones y Salud, el propósito general que persiguió fue el de aportar al fortalecimiento de la línea de investigación sobre las relaciones entre procesos migratorios y salud.

Los objetivos del trabajo fueron los siguientes:

a. Generales:

- Describir y analizar los procesos de salud/enfermedad/atención en un conjunto social específico, el de los inmigrantes bolivianos del Área Metropolitana de Buenos Aires.
- Identificar y analizar iniciativas y demandas de salud en dicho conjunto social.

b. Específicos:

1. Abordar los distintos padecimientos que sufren los sujetos de estudio, enfatizando en aquellos relacionados con sus condiciones de vida, particularmente con las condiciones de vivienda y con los trabajos que realizan en nuestro país.
2. Describir y analizar los principales saberes, concepciones y prácticas que poseen alrededor de la salud/enfermedad/atención.
3. Indagar en torno a los itinerarios terapéuticos que desarrollan ante los distintos padecimientos sufridos en el contexto sociosanitario de nuestra sociedad.
4. Conocer en profundidad los aspectos relacionados con la construcción y el desarrollo de prácticas colectivas en salud desde la perspectiva de los sujetos de estudio.
5. Realizar una aproximación analítica alrededor de la actuación del personal sanitario y sus modalidades de relación con la población de estudio.

Por su parte, tres fueron las hipótesis generales de trabajo:

1. Las condiciones generales de vida y de trabajo que marcan la existencia cotidiana de los inmigrantes, sumadas a la situación de "duelo migratorio", potencian en estas personas trastornos, padecimientos y enfermedades específicas que pueden afectar su salud.

2. El conjunto social específico de los inmigrantes bolivianos del Área Metropolitana se encuentra en una situación de relativa exclusión (social, jurídica, política y cultural) dentro de la sociedad a la que llegó para trabajar. En ese contexto, las relaciones sustentadas mediante las redes y cadenas migratorias pueden llegar a operar como mecanismos de supervivencia y de respuesta ante las situaciones desfavorables que pudieran aparecer, incluidos los posibles padecimientos, enfermedades, dolencias y demás problemas de salud.
3. Como parte del proceso de "inserción"/"adaptación" a la "nueva" sociedad, los inmigrantes bolivianos pueden optar, de manera simultánea, por distintas alternativas que ofrece el contexto sociosanitario en destino en relación con sus procesos asistenciales, según la eficacia y la apropiación de los conocimientos y las prácticas que hayan efectuado. Lo anterior supone reconocer, dentro de sus itinerarios terapéuticos, la variedad de respuestas que poseen para resolver los diferentes tipos de padecimientos que sufren.

## *2. Marco teórico-conceptual*

He trabajado con los conceptos que se exponen a continuación, de acuerdo al marco teórico de referencia adoptado.
Para articular las temáticas específicas de los procesos migratorios mediante enfoques teóricos propios de la Antropología utilicé la perspectiva transnacionalista de las migraciones sostenida por distintos autores (Giménez Romero, 1996; Goldberg, 2007a; 2007b; Kaplan, 1996; Parramón, 1996, etc.). Esta concibe a la migración transnacional constituida como una institución en sí misma, donde los determinantes individuales y los factores de tipo estructural se entremezclan con elementos de orden individual-familiar-comunitario.
Al momento de analizar las relaciones entre los polos de origen y de destino de los migrantes, en el marco de una estructura dinámica, he trabajado con el concepto de "espacio migratorio". Se trata de un espacio relacional "extenso, continuo y complejo, que trasciende fronteras formales, sean éstas políticas, geográficas, lingüísticas, coloniales, religiosas o residenciales" (Kaplan, coord., 1996: 1). En cuanto a la organización social del proceso migratorio de los bolivianos, ha sido de utilidad recuperar el análisis de las redes y cadenas familiares (Benencia y Karasik, 2006; Goldberg, 2007a; Martínez Veiga, 1997).
Es importante apuntar, en este apartado, el déficit que existe en la producción académica de nuestro país sobre la temática de migraciones y salud. Las referencias encontradas provienen de documentos internos de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), los cuales se centran prioritariamente en el eje salud y derechos humanos. Un trabajo que se destaca es la recopilación realizada por Jelin (2007), que aborda la discriminación y la comunicación intercultural entre usuarios originarios de países limítrofes y representantes del sistema sanitario de nuestro país.
Por otra parte, el enfoque relacional adoptado en la investigación supuso abarcar las dimensiones políticas, culturales, ideológicas, sociales y psicológicas en el análisis, reconociendo que todo acto humano, como lo es el proceso de salud/enfermedad/atención, opera dentro de un marco de relaciones sociales que constituyen a los conjuntos sociales, más allá de la valoración de las mismas: "(...) colocar a los conjuntos sociales, a los sujetos sociales enfermos (y no enfermos: a la epidemiología sociocultural le interesa también la salud) dentro de la estructura social, económico-política y cultural en la cual contraen las enfermedades, padecimientos y desgracias, los tratan, se curan, mueren…" (Menéndez, 1990: 34)
El concepto de proceso de salud/enfermedad/ atención ha sido fundamental en el análisis. Según Menéndez (1994; 1992), constituye un universal que opera estructuralmente en toda sociedad, y en todos los conjuntos sociales que la integran. La enfermedad, los padecimientos, los daños a la salud, son parte de un proceso social dentro del cual se establece colectivamente la subjetividad. Esto es, el sujeto, ya desde su nacimiento, se constituye e instituye a partir del

mencionado proceso. Referirse al proceso de salud/enfermedad/atención implica reconocer que a través de él "(…) se expresa la sociedad o la cultura, pero sobre todo las particularidades de toda una serie de grupos que operan en una sociedad determinada. Dichos grupos tienen saberes similares, pero también desiguales y diferentes al menos respecto de algunos sufrimientos, de las enfermedades o de las estigmatizaciones que los afectan". (Menéndez, 2002: 323).

Como parte del mencionado enfoque, aplicado al análisis de los procesos de salud/enfermedad/atención de inmigrantes bolivianos del AMB, ha resultado fundamental poner énfasis en las condiciones de vida y en las características del proceso de trabajo como fuentes de enfermedades, padecimientos y malestares, como causas de muerte, en suma, como agentes importantes de influencia en el cuadro de morbilidad. En tal sentido, los principales trabajos de referencia utilizados han sido Franco Agudelo (1986), Goldberg (2007a), Grimberg (2000), Laurell (1986; 1984) y Menéndez (1992).

A través del concepto de vulnerabilidad social propuesto Grimberg (2003; 2005), operacionalizado en relación al de procesos de salud/enfermedad/atención, he podido indagar simultáneamente el conjunto de relaciones y condiciones económicas, sociales, políticas y culturales que ponen en riesgo e impactan negativamente sobre los sujetos; los saberes, prácticas y recursos colectivos del grupo destinados a prevenir y dar respuesta a los distintos problemas que sufren, así como las estrategias dirigidas a afrontar o modificar las condiciones de adversidad que padecen en distintos ámbitos de su vida cotidiana.

También ha sido central en este trabajo reconocer el conjunto de concepciones y prácticas en torno a la salud/enfermedad/atención que poseen los inmigrantes, y su impacto en los itinerarios terapéuticos desarrollados. Al respecto, se ha recuperado el enfoque de la epidemiología sociocultural o sintética propuestos por Menéndez (2003) y Breilh (2003), el cual reconoce y pone de relieve en términos de indicadores de morbimortalidad de un conjunto social específico, tanto los padecimientos/enfermedades identificados por el sistema biomédico como aquellos establecidos como patologías/padecimientos por los propios sujetos miembros del grupo.

Al momento de abordar la problemática del pluralismo de sistemas y modelos médicos, esto es, la articulación de los diferentes sistemas o modelos médicos entre las comunidades, grupos étnicos o conjuntos sociales, he incorporado los aportes de Menéndez (2003) y Kleinman (et. al., 1997).

Asimismo, he profundizado el problema conceptual de las identidades: Para ello retomé a Berger y Luckman (1971) y a Barth (1977), que permiten considerar ésta como un proceso dinámico, una construcción social que en el marco de las migraciones y en determinados contextos, puede adquirir múltiples facetas que se complementan, articulan o superponen. En relación a lo anterior, he trabajado la contribución de Bartolomé (1997) en torno a la diferencia entre etnicidad e identidad étnica, concibiendo a la primera como expresión contextual de la identidad de un grupo étnico, como manifestación política de lo étnico; y a la segunda como aludiendo a comportamientos históricos y estructurales de la ideología étnica de un grupo determinado.

### *3. Metodología*

Desde un punto de vista epistemológico, la investigación abordó los fenómenos históricos, sociopolíticos y culturales desde un enfoque holístico que contempla la vida y su complejidad, el carácter procesual de la realidad y la organización y la producción en una dinámica continua. Se han propuesto indagaciones basadas en aproximaciones, aprehensiones y descripciones de realidades y fenómenos/problemas particulares, fundamentalmente en términos cualitativos, donde el investigador es en sí mismo el principal instrumento de observación/participación. (Appadurai, 1988; Atkinson y Hammersley, 1994; Denzin y

Lincoln, 1998; Rossman y Rallis, 1998). En el marco de esta investigación, el enfoque etnográfico posibilitó una mejor aproximación al contexto del pluralismo asistencial detectado en los procesos de salud/enfermedad/atención de los sujetos de estudio, así como el análisis de la relación entre sus representaciones y sus prácticas. En tal sentido, se han considerado las voces de los distintos actores vinculados al fenómeno de estudio, otorgándole un papel fundamental a los sujetos, recuperando sus saberes y sus prácticas, sus valoraciones, sus puntos de vista; en suma, sus subjetividades, analizadas articuladamente con la observación de sus prácticas.

Durante el transcurso de la investigación he seguido dos líneas de trabajo principales:

1) Trabajo de campo

A través de la estrategia de trabajo con "informantes clave", articulada con la denominada "técnica de trabajo en redes", desarrollada a partir del seguimiento de las redes migratorias/parentales/asociativas, y de solidaridad y ayuda mutua de inmigrantes bolivianos del AMB, he podido desarrollar y darle continuidad al trabajo de campo.

Respecto a las unidades de análisis, en esta primera etapa de la investigación me he delimitado a abordar inmigrantes bolivianos varones en edad laboral que trabajan en el ámbito de la economía sumergida (textil y agricultura).

Entre las prácticas de investigación efectuadas se han destacado dos:

a) Observaciones de campo

Las observaciones de campo realizadas permitieron detectar saberes y prácticas de los sujetos en torno a la salud/enfermedad/atención y analizar sus interacciones con el sistema sanitario público, así como identificar problemáticas ligadas a las condiciones de vida y de trabajo. Se han hecho observaciones de campo con registros en los siguientes ámbitos de la vida cotidiana de los sujetos de estudio:

- El laboral: quintas de fruti-horticultura de Escobar, Pilar y Capilla del Señor (Pcia. de Buenos Aires); talleres textiles de los barrios de Flores y Floresta (C.A.B.A.).
- El de la unidad doméstica-habitacional: Pilar y Capilla del Señor (Pcia. de Buenos Aires); Flores, Floresta y Pompeya (C.A.B.A.)
- El de los servicios sanitarios: Hospital Muñiz y Centro Médico y Odontológico Virgen de Urkupiña (C.A.B.A.), Hospital Erill (Escobar) y Hospital Juan Sanguinetti (Pilar).
- El asociativo-religioso-festivo-de ocio: Cooperativa La Alameda, fiesta de la Virgen de Urkupiña, asociaciones de bolivianos, etc.

b) Entrevistas en profundidad

Las entrevistas en profundidad resultaron una herramienta metodológica clave en la reconstrucción de las trayectorias migratorias, así como en el análisis de la perspectiva de los actores acerca de los padecimientos sufridos en la sociedad de destino.

Se han realizado entrevistas en profundidad en sesiones múltiples a inmigrantes bolivianos hombres del AMB, privilegiando el trabajo con narrativas biográficas con el foco puesto en las "trayectorias migratorias", los “itinerarios terapéuticos” y las “experiencias con el sistema sanitario argentino”. Asimismo, hice entrevistas en profundidad con vecinos, personal sociosanitario y otras personas nativas pertenecientes a organizaciones barriales, políticas, ONGs, asociaciones y demás entidades vinculadas a través de sus actividades, de una u otra forma, con el fenómeno y los sujetos de estudio.

2) Fuentes secundarias

Se ha hecho una búsqueda y selección de bibliografía por un lado, y de datos estadísticos, por el otro, sobre los siguientes temas: inmigración y condición migratoria, inmigración y acceso a la atención sanitaria, inmigración y mercado de trabajo, etc. Por otra parte, he consultado y recabado información de las siguientes fuentes: Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación (selección de indicadores de salud en Argentina); INADI (documentación referida a discriminación contra minorías y colectivos de inmigrantes); Defensoría del Pueblo de la

C.A.B.A. (documentación y denuncias de trabajadores inmigrantes bolivianos en talleres textiles clandestinos); *Renacer Boliviano*, periódico on-line (revisión de los siguientes artículos: "Para que no maten más jóvenes"; "Sospechosa muerte de quince bolivianos"; "Pudo haber sido una tragedia mayor"; "Velatorio de las víctimas en Buenos Aires"); *Sentir Boliviano*, programa radial on-line dirigido al colectivo boliviano; *Comunidad Boliviana* (web de recursos e información sobre Bolivia en Argentina).

***4. Universo de población: los sujetos de estudio***

Tomando como fuente los datos censales (INDEC, 2001), la población proveniente de países limítrofes y de Perú representan el 62% del total de la población inmigrante en la Argentina. De todas formas, a estos datos habría que agregarle dos elementos que, probablemente, harían aumentar dicha proporción: en primer término, los siete años que pasaron desde que se realizó el censo; y, en segundo lugar, que los datos corresponden solamente a aquellas personas que poseen su situación administrativa-migratoria regularizada, es decir, que están registradas.

Vale señalar que después de los peruanos (40.881 radicaciones), los bolivianos fueron el colectivo extranjero con mayor número de radicaciones definitivas en nuestro país (33.725) durante el período 1999-2004. (Fuente: INDEC, Ministerio del Interior. Subsecretaría de Interior. Dirección Nacional de Migraciones). Sin embargo, esta cifra representa solamente la mitad del total de personas que ingresaron desde Bolivia en el mismo periodo, quienes no habían regularizado su situación migratoria.

Lo cierto es que en el transcurso de la última década se ha observado un fuerte incremento de la población inmigrante boliviana respecto a otros colectivos. De acuerdo con la fuente anteriormente citada, esta ocupa el segundo lugar detrás de la paraguaya, que sigue siendo superior pero en proceso levemente decreciente, localizándose, además, mediante un patrón de asentamiento concentrado en el área metropolitana de las grandes ciudades del país. En el caso del AMB, allí se concentra el 52% de los bolivianos residentes en Argentina. Según cifras manejadas extraoficialmente por el Consulado General de la República de Bolivia en Buenos Aires, habría alrededor de dos millones y medio de bolivianos en todo el país[1], de los cuales 80% son originarios de zonas rurales, agricultores provenientes de Potosí, Cochabamba, La Paz, Oruro y Tarija. Buena parte de estos inmigrantes no tendrían regularizada su situación administrativa. En cambio, aquellos con documentación regular, que representan el 20% restante del total de inmigrantes bolivianos en Argentina, provienen fundamentalmente de áreas urbanas y peri urbanas, y en menor medida de zonas rurales. Se trata de personas que poseen mayor información acerca de sus derechos y de los trámites de residencia, y que traen consigo desde origen toda la documentación requerida para regularizar su situación:

*"Ellos saben dónde está yendo y qué van a necesitar allá. Entonces vienen ya con toda la documentación, inclusive legalizadas. Y cuando vienen aquí inclusive no tienen problema en apersonarse en las instituciones correspondientes para ponerse en regla, en blanco o en legal y adquirir su documentación. Pero es el 20%, el 80% de la población inmigrante de Bolivia, también en Buenos Aires, está con serios problemas de estar indocumentado, expuesto a ser explotado, abandonado, expuesto a ser maltratado..."* (H., trabajador del Consulado de Bolivia en Buenos Aires)

Indagando un poco más en torno al perfil de la población migrante de países limítrofes (y Perú), se puede recurrir a los datos arrojados por la Encuesta Complementaria de Migración Internacional hecha por el INDEC (2001) y dar cuenta de las siguientes variables:

- Sexo: predominancia de mujeres en todos los colectivos, excepto entre los bolivianos donde la relación es equilibrada.

[1] Fuente: eentrevista a la Cónsul Adjunta, abril de 2008.

- Edad: la edad de ingreso al país se ajusta en todos los colectivos dentro de los 15 y los 24 años.

Centrándonos en el colectivo boliviano, se detallan a continuación las principales ciudades de origen y etnias de pertenencia de los inmigrantes:

*Cochabamba: quechuas
*La Paz: aymarás
*Potosí: quechuas
*Sucre: quechuas
*Oruro: quechuas y aymarás

En cuanto a la organización social de la migración boliviana, esta se basa fundamentalmente en las redes y cadenas migratorias. La dinámica de estas redes y cadenas supone un proceso ascendente que va de la familia nuclear a la familia extensa, y de ahí a la comunidad y los lazos de amistad:

"Se entiende por "cadena migratoria" a la transferencia de información y apoyos materiales que familiares, amigos o paisanos ofrecen a los potenciales migrantes para decidir, o eventualmente, concretar su viaje. Las cadenas facilitan el proceso de salida y llegada, pueden financiar en parte el viaje, gestionar documentación, empleo y conseguir vivienda. También son fuente de comunicación de los cambios económicos, sociales y políticos que se producen en la sociedad receptora, que pueden afectar a los potenciales migrantes. Como generalmente tienden a atenuar el aterrizaje en la sociedad de recepción, las cadenas migratorias se estructuran en base a una fuerte presencia del grupo étnico-cultural en el lugar de llegada, lo que puede en ocasiones limitar el proceso de movilidad social ascendente, o simplemente ofrecer menores oportunidades de empleo para los recién llegados. Las cadenas migratorias, a su vez, generalmente forman parte de una estructura mayor: las "redes migratorias". Estas son más extendidas y relativamente afianzadas, desarrollan una dinámica propia, pudiendo incluso desprenderse de los estímulos y desestímulos de la sociedad receptora. Estudiando las redes utilizadas por los migrantes, tanto las que actúan en la salida del país de origen como las que funcionan para insertarse en el lugar de llegada, se puede reconstruir, por ejemplo, la manera en que los migrantes "burlan" o sortean los obstáculos que interponen las políticas estatales que pretenden moldear y controlar los procesos migratorios" (Goldberg, 2007ª: 28-29)

A través de los relatos obtenidos mediante las entrevistas realizadas, he podido comprobar la dominancia de este mecanismo como dinámica de organización social del proceso migratorio de los bolivianos:

*"Mis amigos que tenía, han vivido muchos años aquí ellos más antes, ellos han venido en el 92, 90 más o menos, entonces ellos me hablaron nos vamos allá, y como yo no estaba trabajando, estaba ganando poca plata, como para mi no había trabajo, no podía en qué trabajar... Mi amigo me decía <<Vamos allá, como sabes coser con la máquina allá vas a trabajar, algo vas a ganar, nos vamos>>. Entonces me traió [trajo]".* (E., trabajador en un taller textil de Floresta)

Se trata de movimientos, desplazamientos permanentes y continuos entre destino y origen. La extensa frontera que tiene Argentina con Bolivia ha posibilitado el ingreso y egreso de inmigrantes con relativa facilidad a nuestro país por diversos pasos, no necesariamente por los oficialmente establecidos. Por lo tanto, se trata de una migración que se ha movido constantemente, incluyendo los desplazamientos vinculados a los itinerarios terapéuticos seguidos por los sujetos ante determinados padecimientos sufridos en nuestra sociedad, tal como se analizará posteriormente.

Como he planteado en trabajos anteriores (Goldberg, 2008, 2007ª, 2007b, 2006), las redes y cadenas migratorias constituyen flujos de información permanente entre origen y destino, incidiendo notablemente en las representaciones sobre el proceso migratorio y ocupando un

lugar preponderante en las construcciones sociales que se hacen los migrantes sobre el país receptor:
*"Yo tengo gente allegada a mi familia, a la vecindad y a mi pueblo que han estado siempre migrando siempre hacia la Argentina, principalmente hacia Buenos Aires por períodos, por etapas. Cada uno de estos que volvía a Bolivia nos daba algún mensaje, de manera que yo ya, como podríamos decir, de memoria empecé a conocer lo que es Buenos Aires, ya tenía una idea..."* (B, médico de una clínica privada de Liniers que atiende una gran proporción de población boliviana)
En lo que respecta a la inserción laboral, en la rama de la construcción existe una marcada presencia, cada vez más acentuada, sobre todo de paraguayos, y de algunos bolivianos. Sin embargo, estos últimos predominan en actividades como el trabajo en talleres textiles del AMB y tareas agrícolas en las huertas que componen los llamados "cinturones verdes" que circundan las principales ciudades del país. También en el comercio de venta ambulante. Así, tenemos que del total de personas de 14 o más años ocupadas, nacidas en Bolivia y relevadas en el AMB (63964), 652 trabajaban en el sector primario de la economía (agricultura, ganadería, caza, silvicultura, pesca y servicios conexos, explotación de minas y canteras); 14576 en el sector secundario (industria manufacturera); 29202 en el sector terciario sin contar el servicio doméstico; 11500 en el sector de la construcción; y 7764 personas en el servicio doméstico. (Fuente: INDEC, 2001)
Por último, es importante remarcar que de un total de 49.475 residentes bolivianos de la C.A.B.A. hasta 2003, 40.848 carecían de cobertura médica a través de obras sociales y/o planes de salud privado o mutual (Fuente: ídem). En tal sentido, vale señalar que la mayor parte de los sujetos entrevistados en este estudio se encuentran en situación administrativa irregular: trabajan sin contrato de trabajo, no poseen su documentación en regla y, por lo tanto, legalmente, para la administración, no constituyen sujetos de derecho. Las observaciones y las entrevistas realizadas muestran que este conjunto sufre una variedad de problemas de distinta índole, entre los que se destacan aquellos relacionados con las dimensiones de la salud/enfermedad/atención. De acuerdo a la información obtenida, los padecimientos/enfermedades con más prevalencia entre los inmigrantes bolivianos del AMB, vinculados con las condiciones de vida/de trabajo en la sociedad de destino, son: a) Trabajadores de los talleres textiles: fundamentalmente la tuberculosis y otras patologías respiratorias, el Chagas (importada desde origen), parasitosis agudas, anemias severas, dermatosis, etc. Es decir, se trata de un conjunto de padecimientos/enfermedades que no difieren mayormente de los de la población del AMB con las mismas condiciones de vida/de trabajo, caracterizadas en muchos casos por las necesidades básicas insatisfechas, el hacinamiento y la precariedad, entre otros elementos. b) Trabajadores agricultores de las quintas: problemas de salud vinculado con las condiciones de trabajo, problemas de columna debido al esfuerzo físico y la postura; padecimientos ligados a la utilización de herbicidas, pesticidas y otros productos fitosanitarios sin la debida protección.

### *4. a. Trabajadores en los talleres textiles*

La investigación desarrollada partió de una premisa fundamental: el reconocimiento de las condiciones de vida y de las características del proceso de trabajo como determinantes en el desgaste de la salud, como fuentes de enfermedades, padecimientos y malestares, como causas de muerte, en suma, como agentes importantes de influencia en el cuadro de morbilidad de los trabajadores:
"Si reconocemos que el trabajo constituye todavía el principal articulador de la vida de los trabajadores, si aceptamos que las condiciones generales de trabajo siguen siendo el ordenador del tiempo de trabajo y de no trabajo, del tipo de relaciones intra y extra-laborales,

de los niveles posibles de consumo, etc., debe implicarse necesariamente que las condiciones de trabajo afectan la salud del trabajador." (Menéndez, 1986: 52)

En ese sentido, las condiciones de precarización laboral que impuso desde la década de 1990 en adelante la globalización neoliberal vienen repercutiendo de forma negativa en la salud de los trabajadores de las distintas ramas productivas. Sin embargo, los riesgos y las consecuencias que tiene la situación descrita para la salud de los trabajadores que desarrollan su labor en el ámbito de la economía "informal", "sumergida" o "irregular", especialmente en determinados sectores, se potencian.

Uno de esos sectores lo constituye el de los talleres textiles de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires especializados en la costura, la elaboración y la confección de prendas de vestir. En muchos casos, estas actividades, cuyo negocio rondaría los US$ 700 millones anuales (Boccia et. al., 2007) son desarrolladas clandestinamente, al margen de las disposiciones y procedimientos establecidos por la normativa vigente:

*"Nosotros hacemos remeras para las mujeres, para los hombres. Hay otros que hacen camperas, hay otros talleres que hacen pantalones, dependen qué maquinas tendrán. Los dueños también son paisanos, si, como los talleristas. Y después esos les venden a los fabricantes que son coreanos. Le entregamos al coreano hecho, todo terminado. Hay talleres por todo Avellaneda [por la calle], todo Bajo Flores, Mataderos..." (*S., trabajador en un taller textil de Flores)

Como consecuencia de lo descrito se explota a los trabajadores, en una alta proporción inmigrantes bolivianos, en condiciones que en algunos casos se aproximan a la esclavitud, sin relación contractual, en un ambiente de insalubridad y hacinamiento, mediante jornadas intensas, de sobrecarga y con descanso nulo, y sin que se efectúe la correspondiente revisión médica ocupacional de las personas que trabajan y viven en los talleres:

*"Yo trabajo, convivo con migrantes bolivianos. Casi somos veinte, cocinar tenemos que cocinar comidas bolivianas. Son de diferentes lugares los chicos. Son de de Tarija, otros de Cochabamba, otros la Paz, Potosí... todos juntos comemos, tipo boliviano, comida boliviana. En el taller estamos trabajando actualmente, antes era mucho, ahora hemos reducido un poco el horario... hay más controles, estamos trabajando de 8 a 10 hs. Una hora de descanso de almuerzo... vivimos, comemos, trabajamos allí. Hay otros que trabajan cama afuera también pero nos conviene actualmente trabajar cama adentro porque no pagamos alquiler, ni luz, ni nada".*[2] (U., trabajador en un taller textil de Flores)

La situación descrita supone la interacción de un conjunto de factores que generan un proceso destructivo/deteriorante de carácter permanente en la salud/enfermedad de los trabajadores que puede llevarlos a la muerte por enfermedades infecciosas como la tuberculosis, o tal como sucedió en 2006 con los dos trabajadores y los cuatro niños bolivianos fallecidos en el incendio de un taller textil clandestino de la calle Viale, de esta ciudad.

La envergadura del problema ha llevado a que la cuestión, sobre todo después de haberse destapado como consecuencia de la tragedia anteriormente referida, sea tratada por diferentes entidades y actores implicados.

Por ejemplo, en un apartado específico sobre talleres textiles de la web del Consulado General de la República de Bolivia en Buenos Aires, se advierte a los ciudadanos inmigrantes de ese país:

"Debemos tener en cuenta que en muchos talleres de costura se presenta la enfermedad de Tuberculosis, producida por una bacteria que afecta principalmente a los pulmones y al sistema respiratorio. Esta enfermedad es contagiosa (la persona tose y expulsa la bacteria en el aire que es respirado por las personas que trabajan en el mismo ambiente) y por ello se debe prevenir. Esta enfermedad se cura totalmente cuando es detectada a tiempo pero

[2] Retomando el hilo testimonial del relato, cabe señalar que generalmente estos trabajadores comparten una habitación en el mismo taller con cuatro, cinco o seis personas, dependiendo de la habitación, provistas todas ellas de camas marineras.

cuando no se trata adecuadamente afecta otros órganos y produce la muerte. Es importante que los talleres de costura observen las siguientes normas y recomendaciones:
- Separar los ambientes de vivienda y de trabajo.
- Cuidar de no tener a niños en el ambiente de trabajo.
- Buena ventilación del ambiente físico.
- Higiene en toda el área y fundamentalmente en baños, cocina y dormitorios.
- Alimentación adecuada y balanceada acorde a la carga de trabajo.
- Contar con una caja de primeros auxilios.
- Revisión Médica Ocupacional: cada trabajador debe conocer el estado de salud en el que se encuentra. Para ello esta revisión puede ser efectuada en cualquier centro de salud u hospital, público o privado, el que otorgará el Certificado de Salud o Constancia Médica". (Fuente: www.consuladoboliviano.com.ar)

Como primer elemento a remarcar alrededor del problema tuberculosis/inmigración es aquel referido a la vinculación entre las condiciones de vida precarias, las crisis económicas, las infecciones por HIV, las guerras y los procesos migratorios, entre otros factores, y el resurgimiento de la tuberculosis en determinados contextos urbanos caracterizados por la marginación, las NBI insatisfechas, y el hacinamiento:

"En general, la mala condición socioeconómica de la población se ha relacionado con un peor estado de salud y con un amplio espectro de patologías transmisibles; entre ellas la tuberculosis. En países con baja prevalencia de infección tuberculosa, los llamados países desarrollados, países del 1º mundo, actualmente la infección por VIH ha disminuido el impacto que tenía sobre la tuberculosis debido a los tratamientos antiretrovirales de alta eficacia (HART), pero en cambio factores como la inmigración procedente de países pobres, ha favorecido el desarrollo de la enfermedad en los mismos". (Cragnolini de Casado et. al., 2006: 1-2)

En el mismo sentido, en una investigación previa que realicé en España (Goldberg, 2007a: 11-12), señalaba:

"Cualquier persona que haya caminado por las calles del distrito de Ciutat Vella (Barcelona), fundamentalmente por el barrio del Raval, puede inferir al menos tres cuestiones: primero, exceptuando la zona del Raval alto, la mayoría de la población que lo habita es de origen inmigrante (alrededor del 45%); segundo, buena parte de los pisos que estos habitan no se encuentran en condiciones de habitabilidad y saneamiento dignas, sino más bien de hacinamiento; y tercero, las pequeñas calles del corazón del barrio constituyen potenciales focos infecciosos debido a la concentración de basura y suciedad existente. Ante semejante estado de cosas, la incidencia de la tuberculosis, una de las llamadas enfermedades de la pobreza, va en aumento (...) el porcentaje de casos de tuberculosis aumentó significativamente en inmigrantes a partir de 2000 (...) Según recomendaciones del Instituto Municipal de Salut Pública (IMSP), más que asociar tuberculosis con inmigración (del mismo modo que se relaciona esta última con delincuencia) el fenómeno remite sobre todo a las condiciones de pobreza y marginación en las que los inmigrantes viven. Es baja la probabilidad de que una persona que habita en Sarriá, uno de los barrios más ricos, ubicado en la parte alta de la ciudad, contraiga la enfermedad. La tuberculosis ataca a organismos con defensas deficitarias y mal alimentados. Por lo tanto, no se trata solamente de una enfermedad "importada" por los inmigrantes, sino que mayoritariamente se la contrae aquí, en contextos urbanos con un status de vida de "Cuarto Mundo", en los cuales existen altos grados de patrones de exposición para las personas que los habitan (en su mayoría inmigrantes)".

Contextos de "cuarto mundo" como el Raval de Barcelona (España) y los barrios del conurbano o del suroeste de la C.A.B.A. como Flores, Floresta, Pompeya, Soldati, Lugano, etc., donde se concentra territorialmente la población residente inmigrante: en Barcelona, africanos; en Buenos Aires, provenientes de países limítrofes, mayoritariamente bolivianos.

Tal como permite ver el cuadro que se presenta a continuación, la incidencia de la tuberculosis en inmigrantes de la C.A.B.A. ha aumentado significativamente en el transcurso de los últimos años.

**Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Tratamiento en la red de hospitales públicos por diagnóstico de tuberculosis. Porcentaje población inmigrantes limítrofes y Perú por años.**

| | Año 2002 | Año 2003 | Año 2004 | Año 2005 |
|---|---|---|---|---|
| Inmigrantes tratados por TBC | 27% | 25,8% | 33,7% | 48% |

No obstante estos datos, vale destacar que en algunos hospitales esa proporción aumenta considerablemente, como en el caso del Hospital Santojanni (casi el doble): en 2005, los inmigrantes representaron el 79,48% de los atendidos por TBC (71,79% bolivianos; 7,69% peruanos). (Fuente: Red para la Atención de la Tuberculosis de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires)
El siguiente cuadro extraído de uno de los estudios anteriormente citados (Cragnolini de Casado et. al., 2006: 6) permite ver que durante 2004[3] se diagnosticaron en el Instituto "Prof. Dr. Raúl Vaccarezza" del Hospital F. Muñiz, 894 casos de tuberculosis, de los cuales 241 eran mayores de 15 años residentes en la C. .B.A. De estos, más de la mitad eran inmigrantes (75,8% bolivianos).

**Pacientes extranjeros con diagnóstico de Tuberculosis según país de procedencia. Instituto "Prof. Dr. Raúl Vaccarezza" (UBA), 2004**

| LUGAR DE NACIMIENTO | Frecuencia | Porcentaje |
|---|---|---|
| BOLIVIA | 69 | 75,8% |
| OTRO | 2 | 2,2% |
| PARAGUAY | 1 | 1,1% |
| PERU | 19 | 20,9% |
| Total | 91 | 100,0% |

[3] En 2004, Argentina presentaba una tasa de morbilidad por tuberculosis de 31.1 casos por cien mil habitantes, con grandes diferencias regionales; mientras que países como Bolivia y Perú contaban con tasas más altas de alrededor de 85 casos por cien mil habitantes. (Fuente: Cragnolini de Casado et. al., ob. cit: 21)

Asimismo, por medio de una encuesta personal que realizaron los médicos a pacientes bolivianos con diagnóstico de TBC bacteriológicamente confirmada, se pudo recoger y sistematizar la siguiente información:
- Más de 60% de los pacientes vivía en el Bajo Flores.
- Cerca de 68% trabajaba como costurero en talleres textiles ubicados en el mismo barrio.
- 37% de ellos confesó que dormía en el lugar de trabajo.
- Un 89% tenía las NBI; 62% vivía en condiciones de hacinamiento y 75% comía en el mismo lugar de trabajo.
- Tres de cada cuatro personas trabajaban más de 40 horas semanales, compartiendo el ambiente laboral con más de cuatro personas.
- El 94% carecía de cobertura médica.
- Aproximadamente el 90% de los trabajadores había arreglado su vinculación laboral de palabra, sin contratos ni recibos de sueldo; mientras que un 77% estaba indocumentado.
- El 85% de los encuestados llevaba, como mínimo, cinco años de antigüedad en su lugar de trabajo.

En las entrevistas realizadas a inmigrantes bolivianos que trabajan o trabajaron en talleres textiles, muchas de las problemáticas expuestas han sido recurrentes:

*"Ahora más bien estoy en tratamiento. Hay uno de mis compañeros del trabajo, un joven se ha enfermado… había tenido contacto con la tuberculosis. A base de esto estamos todos complicados en esto, todos estamos en tratamiento seguido, estamos"*. (F., trabajador en un taller textil de Flores)

*"La leche de la burra es muy buena para pulmón. Para tuberculosis, hoy en día, están usando, captando para tuberculosis. ¡En La Paz se vende! En La Paz, un vasito cuesta un peso, dos pesos, un vasito. Lo traen, lo llevan, venden. Leche de burra... tiene que ser burro negro"*. (P., inmigrante boliviano con conocimientos en plantas medicinales y terapia herbolaria andino-boliviana)

*"Los trabajadores tenemos en el pulmón, el pulmón, tuberculosis en el pulmón. Porque hay mucho polvillo, polvillo, la 'prenda' bota polvillo. Después, el otro puede ser por falta de alimenticios, no atienden bien a la hora de comer… más o menos, eran esclavos también, no es que no..."* (C, trabajador en un taller textil de Floresta)

Esto último en cuanto a las representaciones de los propios trabajadores. Ahora bien, desde el punto de vista médico-científico, ¿existe algún tipo de vinculación "objetiva" entre las condiciones de vida y de trabajo de los inmigrantes bolivianos en los talleres textiles de la ciudad y la incidencia de la tuberculosis?

"(...) creemos que las características de los talleres y de las condiciones de trabajo que se desarrollan en ellos constituyen un factor relevante en la transmisión de la TBC en esta población. Sabemos por los relatos de los pacientes durante estos años, que son casas regenteadas por una persona de la misma comunidad, donde trabajan aproximadamente 15 hs. por día y que la mayoría de los operarios vive donde trabaja, es decir que comen y duermen en el mismo lugar; el nº de operarios no pudo ser determinado, pero inferimos por relatos informales entre 10 y 30 personas; los que tienen familia viven con la misma también en los talleres. La condición de hacinamiento, es reconocida como factor de riesgo mayor para la transmisión de la enfermedad desde que esta se conoce como enfermedad infecciosa con una transmisión interhumana de tipo aerógena". (Boccia, et. al, 2007: 2-3)

"Siendo el hacinamiento y la desnutrición los aliados de la tuberculosis en todo el mundo, no es de extrañar que los inmigrantes encuentren sus tasas de enfermedad a medida que pasan los años viviendo en esa situación social en el país de acogida. La suma de estos factores: pobreza, vulnerabilidad social, vivienda y trabajos indignos, favorecen el desarrollo de la enfermedad en inmigrantes a medida que pasan los años viviendo en nuestra Ciudad en esa situación social". (Cragnolini de Casado et. al., ob. cit.: 23)

¿Qué sucedería si mejoraran esas condiciones precarias de vida y de trabajo? ¿Disminuiría el riesgo de infección para los trabajadores?
Según Boccia et. al. (2007: 4-5) los riesgos de contraer tuberculosis disminuirían en estas personas del 4 al 6% anual, a lo que habría que añadirle una disminución adicional del 7 al 9% con un tratamiento adecuado. En cuanto al contexto laboral, los médicos autores del artículo creen que "la mejora en las condiciones socioeconómicas parece implicar la erradicación de los talleres clandestinos y en facilitar la documentación de los inmigrantes indocumentados, lo que permitiría desde exámenes pre-ocupacionales, condiciones dignas de trabajo, agremiación de los trabajadores para su autodefensa, prevención, tratamiento en etapas tempranas, control gubernamental de la infraestructura, con la repercusión inmediata en las condiciones sanitarias. La inclusión en el sistema hace la diferencia".

***4. b. Trabajadores quinteros***

Como parte de los procesos de relativo ascenso social que experimentan los inmigrantes a partir del trabajo y su adaptación a la "nueva" sociedad -aún en situaciones sumamente adversas-, podríamos afirmar que en Argentina los bolivianos se han insertado, y en muchos casos también gestionan, los llamados "cinturones verdes" que rodean las ciudades; esto es, la horticultura de esas zonas.
Para ejemplificar lo anterior: a través de la inclusión de la variable "nacionalidad" en el Censo Hortícola de la Provincia de Buenos Aires (2005), se pudo comprobar que el 40% de aquellos inmigrantes bolivianos que ingresaron décadas atrás como peones, en la actualidad son productores. Se trata de un 40% de productores bolivianos en un cinturón hortícola que produce la verdura fresca que consumen alrededor de 15 millones de personas.[4]
El llamado "Cinturón Verde Bonaerense" comprende un radio de 50 kilómetros alrededor de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Está conformado por 13 partidos que abarcan unos 7.000 Km. cuadrados, de los cuales la superficie dedicada a la actividad hortícola -fundamentalmente el cultivo de hortalizas y flores- es aproximadamente de 18.000 hectáreas (SAGPyA, 1998):
"La horticultura se ha caracterizado por la producción de cultivos a campo para el consumo en fresco de la población asentada en las zonas urbanas de los partidos mencionados y de la Capital Federal. El destino de la producción es fundamentalmente el consumo interno, siendo el tomate, el pimiento, la frutilla, el alcaucil y el zapallito los principales cultivos". (Benencia et al, 1997; citado en Ministerio de Salud. Secretaría de Ambiente y Desarrollo Sustentable, 2007: 32, 43).
En cuanto a la estructura social, el cinturón verde de Buenos Aires ha venido mostrando una conformación heterogénea de productores, en la que se destaca un conjunto de horticultores del tipo familiar, que poseen explotaciones entre 10 y 15 ha. y representan algo menos del 50% del total. Luego les sigue un número mas reducido de productores de tipo empresarial, propietarios de superficies mayores a 20 ha. que representan alrededor del 10% del total. En lo que concierne específicamente a la zona norte del cinturón verde, donde realicé una parte del trabajo de campo de la investigación (Escobar y Capilla del Señor), un promedio aproximado que ronda el 55 % de los productores poseen menos de cinco hectáreas, cultivadas por lo general intensivamente, en muchos casos a través de invernaderos.
La mano de obra que desarrolla las tareas agrícolas en el cordón hortícola puede asumir tres modalidades diferentes de contratación y remuneración, resultando la más común entre los trabajadores inmigrantes bolivianos entrevistados la mediería:
"En esta modalidad de contratación de la mano de obra se realiza un contrato, por lo general verbal, entre el dueño del predio y el trabajador. A este ultimo se lo conoce con el nombre de

[4] Una situación semejante se da en Córdoba, Rosario, La Plata o incluso en Río Cuarto, donde además de satisfacer las necesidades de verduras frescas de la ciudad, las unidades productivas exportan verduras a otras regiones del país.

mediero o medianero. A partir del vinculo se establece que el productor entregará una parcela de terreno -por lo general entre 2 a 3 ha.- al mediero para que este y su familia realicen la totalidad de las tareas que el cultivo demande. Luego de la venta de las hortalizas, se reparten los ingresos brutos en general un 40% para el mediero y un 60% para el productor. Todos los insumos necesarios -abonos, fertilizantes, plaguicidas- son aportados por el productor. De ser necesario contratar mano de obra adicional, será remunerada por el mediero. Mientras que el productor supervisará el estado del cultivo determinando las estrategias para el control de plagas, el medianero será quien aplique los plaguicidas". (Ministerio de Salud. Secretaría de Ambiente y Desarrollo Sustentable, 2007: 36)

*"¡Somos todos bolivianos! Eso sí, el jefe, el patrón, pone plata, el tractor, aunque diga no, para sacar hierba, no es así nomás porque hay que trompearla, hay que cuidarla, hay que curarla. Cuando hay sol, no trabajamos... ¿Sabe en qué horario hay que trabajar? Sembrar desde las 4, 5 de la mañana, sembrar hasta las 9 digamos, hasta las 10 digamos, por menos. Ya ahí a descansar, ya soleando calor, con el tiempo de calor. Desde la tarde, para ser las 5 y a trabajar..."* (L., trabajador en una huerta de Capilla del Señor)

En trabajos anteriores analicé la problemática de salud ligada a la manipulación por parte de los trabajadores de agroquímicos y otros productos fitosanitarios (Goldberg, 2007ª, 2007b).

En el caso abordado, uno de los principales problemas radica en el hecho de que la mayor parte de los inmigrantes bolivianos que trabajan en este ámbito (en el cual casi un 90% de los trabajadores son originarios de ese país) no tienen la percepción del riesgo que tiene para su salud el uso de agroquímicos. Esto último, a su vez, constituye uno de los motivos por los cuales, en general, las aplicaciones no se realizan con las normas de seguridad y protección recomendadas. En este marco, los inmigrantes que trabajan -y con frecuencia viven- en las quintas hortícolas del AMB experimentan cierto tipo de padecimientos que no son asumidos como patologías, ni por ellos ni por los médicos de los hospitales públicos a los que acuden, sino simplemente como aspectos cotidianos del trabajo. Lo anterior se explica, en parte, porque el conjunto de malestares que sufren y los síntomas con los que conviven, sin embargo, no les impide de manera significativa, en lo inmediato, continuar con el trabajo de todos los días.

Otro de los aspectos relevantes que hacen al incumplimiento de la legislación vigente hace referencia a los aspectos laborales. Casi la totalidad de los trabajadores hortícolas realizan sus tareas sin un registro adecuado, sin ningún tipo de contrato, "en negro".[5] En un contexto marcado por la flexibilización laboral, los trabajadores realizan sus tareas sin un horario fijo y, dependiendo de su status, obtienen los salarios en base a la productividad o en relación a los ingresos globales producto de su trabajo, aplicando agroquímicos sin un conocimiento acabado de su composición y sin la protección necesaria:

"De los principales insecticidas utilizados en el área, el 50% se corresponde con productos categorizados como muy o sumamente peligrosos. Si a ellos se agregan los moderadamente peligrosos se alcanza al 80%. Esta situación indica que en el área hortícola se utilizan mayoritariamente productos peligrosos que requieren adecuadas condiciones de uso con la finalidad de disminuir el riesgo de padecer una intoxicación (...) Al introducirse masivamente estas sustancias al ambiente se produce una exposición casi continua a productos químicos persistentes y no persistentes. Se hace notable entonces la falta de información sobre los efectos tóxicos, la exposición a bajas dosis a largo plazo, la exposición química múltiple, el seguimiento a largo plazo de los efectos, bio-monitoreo y que están escasamente estudiados

[5] Así como el mencionado incendio del taller textil clandestino de la calle Viale fue la punta del iceberg para que se comenzara a dar a conocer a la opinión pública –no tanto para que se tomen las medidas correspondientes-, la información que circuló por los medios de comunicación sobre la explotación de menores y sus familias bolivianas en la granja agrícola "La Mimosa", ubicada en Pilar, propiedad de la empresa "Nuestra Huella S.A.", destapó algunas de las condiciones de vida y de trabajo de los inmigrantes bolivianos del cinturón verde de Buenos Aires: "Los tienen como a animales, comen en el mosquerío, los chicos revuelven el veneno con las manos". (Fuente: www.renacerbol.com.ar)

para efectos sobre la salud y el desarrollo humano (...) Un medianero de origen boliviano manifestó que desde hace cinco años se le presentan manchas y costras en la piel luego de aplicar tóxicos. En ocasiones las manchas le producían ardor, impidiéndole realizar la tarea en forma adecuada". (Ministerio de Salud. Secretaría de Ambiente y Desarrollo Sustentable, 2007: 47, 15, 56)

Los agroquímicos constituyen factores de riesgo ligados al proceso de intoxicación de los trabajadores quinteros bolivianos, no desde el punto de vista que sean los únicos determinantes de problemas en su salud, sino porque la explotación hortícola intensiva en el cinturón verde de Buenos Aires supone el uso de plaguicidas y otras sustancias tóxicas altamente perjudiciales para un organismo sin protección. La situación descrita ha provocado distintos tipos de patologías y un conjunto de padecimientos inespecíficos, muchos de difícil filiación, entre los trabajadores -casi en su totalidad- inmigrantes bolivianos.[6]

La exposición a dosis bajas de intoxicación por estas sustancias, prolongada en el tiempo, puede no llegar a provocar efectos ostensibles inmediatos en la persona, pero en cambio genera un proceso fisiopatológico que puede ir destruyendo algunos órganos vitales (hígado, riñones, médula ósea, glándulas endocrinas y gónadas, etc.), así como producir una fuerte neurotoxicidad[7] que deteriore el sistema nervioso a largo plazo o actuar como promotores o detonantes de Cáncer. (Breilh, ob. cit.: 255, citado en Goldberg, 2007a)

El análisis del proceso de trabajo supone la consideración de los diversos factores que, desde un enfoque socioepidemiológico, impactan en la salud/enfermedad del trabajador. Aparte de aquellos referidos a las condiciones de vida que marcan la existencia cotidiana del conjunto social específico de los inmigrantes bolivianos del AMB, el hecho de que el trabajo agrícola esté mal remunerado, supeditado a ritmos productivos intensos, bajo condiciones estresantes, de sobrecarga física, con el agregado de la exposición crónica a sustancias tóxicas, constituyen facetas destructivas/deteriorantes de la salud. En este sentido, se ha enfatizado en la necesidad de un abordaje integrador, desde una perspectiva holístico-relacional, que tenga en cuenta el análisis de la salud laboral como relación social, y en el que se incluyen también factores históricos, geográficos, ecológicos y culturales como parte del estudio del proceso de salud/enfermedad/atención de los trabajadores. (Goldberg, 2007b, 2006)

### *5. Itinerarios terapéuticos en un contexto de pluralismo asistencial*

La perspectiva metodológica adoptada en este trabajo, basada en un enfoque cualitativo de aproximación e interacción con distintos actores (trabajadores inmigrantes bolivianos, personal sanitario, etc.) me ha permitido identificar la realidad plural desde el punto de vista asistencial en los contextos estudiados. En ellos se produce una articulación y

---

[6] Es preciso tener en cuenta que las rutas de absorción de sustancias potencialmente tóxicas son tres: inhalación, ingestión y penetración dérmica. Al parecer, esta última constituye la vía más frecuente de intoxicación por el uso intensivo de pesticidas, además de provocar un vasto conjunto de dermatosis (Breilh, 2003: 252-257). De cualquier modo, en la práctica hay casos en los cuales la intoxicación por un plaguicida, por ejemplo, se efectúa por dos o más vías simultáneamente, que en general son la dérmica e inhalatoria (Dierksmeier, 2001: 332). En los casos de fumigación de plaguicidas en ambientes cerrados como el de los invernaderos del Poniente almeriense, la exposición inhalatoria puede llegar a ser hasta 65 veces superior a la de campo abierto. Lo mismo sucede con la exposición dérmica. (Dierksmeier, ob. cit.: 374). En cuanto a los insecticidas organofosforados, considerados también agentes neurotóxicos, actúan en el organismo modificando el nivel de la enzima colinesterasa, lo que provoca una distorsión de la función normal de transmisión del impulso nervioso, trayendo como consecuencia daños en las funciones regidas por éste que pueden provocar la muerte. Otros factores que influyen en el nivel de la colinesterasa, relevantes para el caso que se trata, son el estado nutricional y la actividad física de una persona. (Dierksmeier, ob. cit.: 320-322) (Citado en Goldberg, 2007a)

[7] Por neurotoxicidad se entiende "el efecto tóxico de un plaguicida que aparece retardadamente (varios días después de la aplicación) y se manifiesta, fundamentalmente, por una parálisis, casi siempre irreversible". (Dierksmeier, ob. cit.: 351). Entre los plaguicidas, vale destacar la neurotoxicidad del DDT, cuya acción va dirigida directamente al sistema nervioso central causando una subida en el nivel de acetilcolina, como lo demuestran los síntomas de envenenamiento por este producto: temor, hiperexcitabilidad, ataxia (pérdida de movimiento) y parálisis. (Dierksmeier, ob. cit.: 330) (Citado en Goldberg, 2007a)

complementación entre representaciones y prácticas distintas en torno a la salud/enfermedad/atención, correspondientes a diferentes sistemas médicos.
En la segunda fase de la investigación en curso abordaré en profundidad la complejidad de los procesos de salud/enfermedad/atención de inmigrantes bolivianos del AMB sobre la base del pluralismo asistencial detectado, incorporando como elemento central el análisis del reconocimiento y la articulación de diferentes sistemas/modelos médicos interactuando en los procesos asistenciales de los conjuntos sociales (Kleinman et. al., 1997; 1980; Menéndez, 2003).
Resulta adecuado el enfoque de Menéndez (ob. cit.) de una dialéctica relacional entre los niveles micro y macrosociales, articulando la estructura social y la de significados en el proceso de salud/enfermedad/atención. Este autor propone la noción de "modelos de atención a los padecimientos", aludiendo a un "modelo" como instrumento metodológico, un modelo abstracto e ideal que sí está presente en la realidad ya que contiene aspectos de ella, pero esta última es más conflictiva que lo que representa el mismo. Los modelos son construcciones que, a partir de determinados rasgos estructurales, suponen la consideración no sólo de la producción teórica, técnica e ideológica de las instituciones específicas (incluidos los "curadores"), sino también la participación en todas estas dimensiones de los conjuntos sociales implicados en su funcionamiento. A partir de esta propuesta teórica define tres modelos: Modelo Médico Hegemónico (MMH); Modelo Alternativo Subordinado (MAS); y Modelo de Autoatención (MA).
Relacionado con esto último, se pondrá el foco en el ámbito de las transacciones y la articulación entre representaciones y prácticas (Grimberg, 2005). En tal sentido, uno de los principales ámbitos de indagación es el seguimiento de los itinerarios terapéuticos que realizan los sujetos. Estos permiten identificar la manera en que ponen en práctica distintos procedimientos para enfrentar sus problemas de salud, en el marco del pluralismo médico asistencial reconocido. A partir de lo anterior, resultará posible analizar la articulación entre las representaciones y las prácticas efectuadas.
Hasta el momento, por medio de las observaciones en terreno he podido registrar saberes y prácticas utilizados en el ámbito de la unidad doméstica por miembros del grupo familiar para prevenir, explicar y/o resolver padecimientos de manera eficaz, sin la concurrencia directa de un especialista. En el caso de no poder solucionar el malestar que ellos interpretan como problema de salud mediante sus propios saberes y prácticas (autoatención[8]), recurren a un terapeuta especialista representante de la medicina andina, aymará o quechua, dependiendo del origen y la etnia de pertenencia del inmigrante –y a las condiciones de accesibilidad a los mismos en el contexto migratorio-, o al médico de un servicio público de salud. En el caso de no poder resolver el problema, en muchas ocasiones optan por acudir a las clínicas privadas con personal de salud boliviano (por ejemplo, Virgen de Urkupiña en Pompeya) o directamente regresar a su lugar de origen para ser tratados por un curandero o terapeuta, representante de la medicina andina:
*"En caso que hospital no sana siempre, no sabe algo, entonces ellos ya saben, lo llevan a Bolivia al curandero, van al curandero allá. Cuando no está enfermo, no pasa nada. Cuando*

[8] La autoatención permea la estructura de toda la sociedad y es su primer nivel real de atención. Está basada en el diagnóstico y atención (prevención) llevados a cabo por la propia persona o personas inmediatas pertenecientes al grupo familiar y/o a los diferentes grupos comunitarios, y en el que no interviene directamente un curador profesional (Goldberg, 2007a: 186). Menéndez (2002: 14) la define como "(…) las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención directa e intencional de curadores profesionales, aún cuando estos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención". Si bien la autoatención es una estructura que no puede ser erradicada, sí puede ser limitada. Esto último resulta un elemento importante al momento de analizar los itinerarios terapéuticos de los inmigrantes bolivianos en el contexto de la nueva sociedad de inserción.

*está enfermo cualquier cosa pasa, el mejor es que van allá a la curación. Se hacen curar allá con el curandero, vamos a curar allá..."* (L., trabajador en una huerta de Capilla del Señor)
*"Hoy en día hay más bien clínicas particulares bolivianas. Ahora hay, antes no había, ahora hay. Los domingos está lleno, los sábados, hay mucho, muchos van. Tienen que pagar la consulta pero son doctores diferentes. Rápido atienden ellos y salvan mucho".* (F., trabajador en un taller textil de Flores)
*"Yo una vez me enfermé aquí, en aquí me enfermé. Y a Bolivia regresé... Fui a Bolivia a curarme, porque aquí no había cómo atención. Me agarró una enfermedad, diarrea, gómito, sueño, calentura, baja temperatura, frío también vuelve, casi para morir. Vino el curandero del pueblo, cuando llega la noche me curaron. Es muy sencillo, el [la] cura. Con linaza, una hierba, parecido molido de ají, una hierba le ponen al huevo batido, molido, ponen una capa digamos así, batido. Lo mezcló, me ha hecho comer y todo eso al cuerpo ponen. Aquí atrás, a mis manos, al cuerpo, a mis pies de talones. Esa noche dormí tranquilo, ya tenía apetito. Cuando quiero levantar me dolía, no podía levantar, pero yo dormí tranquilo esa noche. Siguiente mañana ya tenía mi apetito. Día por medio, día por medio, día por medio me recuperé. Ya otro más me ha hecho, uno más después de unos quince días, con ese basta. Esto ha sido en 2002. Entonces me curaron con ese curandero. Me cure allá y ya estaba bien, ya me volví a trabajar acá".* (R, trabajador en un taller textil de Flores)
En relación a esto último, he constatado que para los casos de patologías clasificadas por ellos como "populares"[9], los inmigrantes bolivianos creen que la biomedicina no reconoce cierto tipo de padecimientos, mismos que consideran y catalogan como "mágicos", "espirituales" y "culturales". Uno de los obstáculos que se presentan para atender este tipo de padecimientos y otros en el contexto de la sociedad de destino es que no cuentan con las plantas y hierbas medicinales que se encuentran en Bolivia:
*"Aquí no hay eso, no hay esas hierbas. Y no las dejan entrar. Nosotros traemos un poco de chuñito, una papita de allá digamos, un maíz, nos quitan en las fronteras... la coca también, no se puede. Deben traer a Liniers [por el mercado boliviano] por contacto de transportes que llevan, algo debe ser que puede traer pero no más de eso porque es muy difícil".* (P., inmigrante boliviano con conocimientos en plantas medicinales y terapia herbolaria andino-boliviana)
El otro de los obstáculos es que en esta sociedad aparentemente no les resulta tan fácil acceder a un especialista-terapeuta en medicina "tradicional" como en origen. Según los testimonios recogidos, hay "pocos" curanderos (como ellos mismo los designan), "cobran caro" y aparentemente no son tan "buenos" como los de "allá":
*"No son puros, solamente son curanderos para ánimos, asustadizos, hechicerías para quitar. Puede que haiga también pero muchas veces aquí no hay...".* (P., inmigrante boliviano con conocimientos en plantas medicinales y terapia herbolaria andino-boliviana)
Vinculado con lo analizado en este apartado, he podido identificar, al mismo tiempo, un cuarto ámbito de diagnóstico y curación (o "sanación") presente en los procesos de salud/enfermedad/atención de los sujetos de estudio, referido al sistema religioso-evangélico[10]:
*"Te curan [los pastores], hablan con Dios, si vos confías en el señor, si totalmente confías tu corazones a Dios, te cura Dios, no es que no. Digamos, si estás mal del pie, ya no puedes caminar, si vos te confías al Dios, te cura, te cura todo eso. Una pobreza te saca, si vos crees al señor, cualquier cosa te saca, por trabajo, todo. Si vos no crees nada no pasa nada. Puede*

[9] Entre otras, es posible mencionar las siguientes: el susto, wayra (el viento), el arrebato, el embrujo, la gloria, etc.
[10] Hablamos en términos de evangélicos o evangelistas. No obstante ello, muchos de los inmigrantes bolivianos entrevistados, se refieren también en términos de "cristianos", diferenciándolos de los "católicos": *"Mis hermanos son cristianos. Mi hermana me llevaba a la iglesia de los evangélicos... hasta hoy día mismo mi hermana es evangélica, se casó de evangélico, hoy día es evangélico, cristiano".* (R., trabajador en huerta de Pilar)

*curarme, no puede curarme, si estás medio dudoso ya no te curas. Si estás totalmente confiado a Dios, te cura, te sana"*. (J., trabajador en taller textil de Flores)

De todos modos, al interrogar a los sujetos sobre el tipo de sanación que realizaban los pastores, así como cuáles de las enfermedades curaban, en la mayoría de los casos identificaron aquellas con padecimientos de orden suprafísico:

*"Una persona está hechizado, embrujado. Tienen el diablo... lo sacan, hacen gritar como locos... con el 'tío' [el diablo], con el diablo compiten, cuál tiene poder. Como te digo, el diablo no está solito, está con la gente, es así. Por eso el señor es muy importante, es muy importante..."* (M., trabajador en huerta de Pilar)

El fenómeno referido será incorporado al análisis y abordado en toda su complejidad en la fase siguiente de esta investigación, cuyo objetivo central será identificar y analizar el proceso por el cual la articulación entre la biomedicina, las políticas sociosanitarias y las nuevas religiones, además de la medicina popular, generan transformaciones en las formas que los sujetos otorgan significado y dan sentido a los distintos padecimientos sufridos en el contexto de esta sociedad a la cual han migrado. (Ramírez Hita, 2005)

Por último, el análisis de las representaciones del personal sanitario del sistema público de salud, pone de manifiesto en algunos casos la construcción y reproducción del estereotipo estigmatizante: "paciente pobre-boliviano-tuberculoso". En ese sentido, los inmigrantes bolivianos aparecen como un conjunto social especialmente vulnerable, sometido a un triple proceso de estigmatización: por sus rasgos fenotípicos; por su condición minoría dentro de la clase subalterna en la sociedad de destino; y por el significado despectivo atribuido al "ser boliviano" (con sus connotaciones sociales y culturales implícitas).

## *6. Referencias bibliográficas*


Appadurai, A. 1988. "Introduction: Place and voice in anthropological theory". *Cultural Anthropology*, 3: 16-20.

Aracena, T. 1987. *Patología geográfica y antropológica médica en Bolivia*. La Paz: Serrano.

Atkinson, P. y Hammersley, M. 1994. "Ethnography and participant observation". In: Guba, E. y Lincoln, S. *Handbook of Qualitative Research*. London: Sage.

Barth, F. 1977. *Los grupos étnicos y sus fronteras*. México: FCE.

Bartolomé, M. 1997. *Gente de costumbre y gente de razón. Las identidades étnicas en México*. México: INI-Siglo XXI.

Benencia, R. et al. 1997. *Área Hortícola Bonaerense, cambios en la producción y su incidencia en los sectores sociales*. Buenos Aires: La Colmena.

Benencia, R. y Karasik, G. 1996. *Inmigración limítrofe: los bolivianos en Buenos Aires*. Buenos Aires: CEAL.

Berger, P. y Lluckman, T. 1973. *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.

Boccia, C., Plaul, H., Sancineto, A. 2007. "TUBERCULOSIS: reflexiones después de la tragedia". *Revista El Muñiz Hoy*, Hospital F. Muñiz.

Breilh, J. 2003. *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar.

Cragnolini de Casado, G. et. al. 2006. *Inmigración y Tuberculosis en la Ciudad de Buenos Aires. Tiempo de residencia y Factores socioeconómico-culturales*. Inédito, Instituto "Prof. Dr. Raúl Vaccarezza", Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.

Denzin, N. y Lincoln, S. (eds.) 1998. *Strategies of Qualitative Inquiry*. London: Sage.

Dierksmeier, G. 2001. *Plaguicidas. Residuos, efectos y presencia en el medio*. La Habana: Editorial Científico-Técnica.

Franco Agudelo, S. 1986. "La salud y el trabajo", *Cuadernos Médico-Sociales*, 35: 15-25.

Giménez Romero, C. 1996. "Proyectos de construcción nacional, política migratoria y

transnacionalismo en España" En: A. Kaplan (coord.) *Procesos migratorios y relaciones interétnicas*. Zaragoza: Congreso de Antropología Social.
Goldberg, A. 2008. "El proceso de salud/enfermedad/atención de los inmigrantes senegaleses en Barcelona" En G. Fernández Juarez (Dir.) *La diversidad frente al espejo: Salud, interculturalidad y contexto migratorio.* Quito-Madrid: Abya-Yala-Universidad de Castilla La Mancha. Pp. 385-396.
Goldberg, A. 2007ª. *Ser inmigrante no es una enfermedad. Inmigración, condiciones de vida y de trabajo. El proceso de salud/enfermedad/atención de los migrantes senegaleses en Barcelona.* Tesis de Doctorado (2004). Tarragona: Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social, Facultad de Letras, Universidad Rovira y Virgili.
Goldberg, A. 2007b. "'Fábricas de padecimientos'. La salud laboral de los trabajadores inmigrantes en los invernaderos del Poniente almeriense", En Comelles, J. et. al. (Eds.) *Migraciones y Salud* (en prensa).
Goldberg, A. 2006. "Las condiciones de vida y de trabajo de los inmigrantes en la sociedad de destino: su impacto en la salud/enfermedad (vida/muerte)". *Actas del 8 Congreso Argentino de Antropología Social.* Facultad de Humanidades, Universidad Nacional de Salta.
Grimberg, M. 2005. "En defensa de la salud y la vida. Demandas e iniciativas de salud de agrupamientos sociales de la Ciudad de Buenos Aires y Conurbano Bonaerense -2001 a 2003". *Revista Avá,* Nº 7, Universidad de Misiones.
Grimberg, M. 2003. "Narrativas del cuerpo. Experiencia cotidiana y género en personas que viven con Vih". *Cuadernos de Antropología Social,* 17: 79-100.
Grimberg, M. 2000. "Acción estatal y salud de los trabajadores en Argentina" En Moise. C y Cortazzo I (Comp.) *Estado, Salud y Desocupación. De la vulnerabilidad a la exclusión.* Buenos Aires: Paidós. Pp. 17-54.
Jelin, E. (Dir.) 2007. *Salud y migración regional. Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural*. Buenos Aires: IDES.
Kaplan, A. (coord.) 1996. *Procesos migratorios y relaciones interétnicas*. Zaragoza: VII Congreso de Antropología Social, Instituto Aragonés de Antropología, Federación de Asociaciones de Antropología del Estado Español.
Kleinman, A. Das, V. and Lock, M. 1997. *Social suffering*. Berkeley: University of California Press & Oxford University Press.
Laurell, A. C. 1986. "El estudio del proceso salud-enfermedad en América Latina". *Cuadernos Médico-Sociales*, 37: 3-17.
Laurell, A. C. 1984. "El carácter social del proceso salud-enfermedad y su relación con el proceso de trabajo" En Varios Autores *Vida y Muerte del Mexicano.* México: Folios.
Martínez Veiga, U. 1997. *La integración social de los inmigrantes extranjeros en España.* Madrid: Trotta.
Menéndez, E. 2003. "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas". *Ciencia y Saude Colectiva*, vol. 8, nro. 1. Río de Janeiro.
Menéndez, E. 2002. *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencia y racismo.* Barcelona: Bellaterra.
Menéndez, E. 1994. "La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?". *Alteridades*, 4; 7: 71-83.
Menéndez, E. 1992. "Grupo doméstico y proceso salud/enfermedad/atención. Del "teoricismo" al movimiento continuo". C*uadernos Médico Sociales*, 59: 3-18.
Menéndez, E. 1990. *Morir de Alcohol. Saber y hegemonía médica.* México: Alianza.
Menéndez, E. 1986. "Modelo médico, salud obrera y estrategias de acción del sector salud". *Nueva Antropología*, Vol. VIII, nro. 29.
Ministerio de Salud. Secretaría de Ambiente y Desarrollo Sustentable. 2007. *La problemática de los agroquímicos y sus envases, su incidencia en la salud de los trabajadores, la población*

*expuesta por el ambiente*. Buenos Aires: Secretaría de Ambiente y Desarrollo Sustentable-OPS-AAMMA.
Parramón, C. 1996. "Campo migratorio: un concepto útil para el análisis de las estrategias migratorias" En: A. Kaplan, coord.: *Procesos migratorios y Relaciones Interétnicas*. Zaragoza: VII Congreso de Antropología.
Ramírez Hita, S. 2005. *Donde el viento llega cansado. Sistemas y prácticas de salud en la ciudad de Potosí.* La Paz: Cooperazione Italiana.
Rossman, G. y Rallis, S. 1998. *Learning in the Field: An Introduction to Qualitative Research*. London: Sage.
SAGPyA. (Secretaria de Agricultura, Ganadería, Pesca y Alimentación). 1998. *Censo Hortícola del Cinturón Hortícola Bonaerense del Gran Buenos Aires. En* http://www. sagpya.mecon.gov.ar