

Contextos de vulnerabilidad social y situaciones de riesgo para la salud: tuberculosis en inmigrantes bolivianos que trabajan y viven en talleres textiles clandestinos de Buenos Aires

Autor:

Goldberg, Alejandro

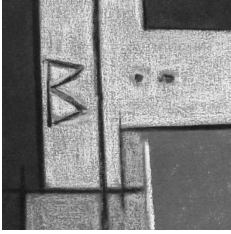
Revista:

Cuadernos de antropología social

2014, N°39, pp. 91-114



Artículo



Contextos de vulnerabilidad social y situaciones de riesgo para la salud: tuberculosis en inmigrantes bolivianos que trabajan y viven en talleres textiles clandestinos de Buenos Aires



Alejandro Goldberg*

Resumen

El presente trabajo aborda un caso específico dentro de la variedad de procesos migratorios de los bolivianos en Argentina: el de hombres y mujeres jóvenes, reclutados en origen por medio de redes transnacionales de trata y tráfico de personas, que fueron reducidos a la servidumbre ilegalmente con el fin de trabajar en talleres textiles clandestinos del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA). Reconociendo las complejas dimensiones de análisis que interactúan en este proceso, se focaliza particularmente en el contexto de vulnerabilidad social y en las situaciones de riesgo para la salud que supone el modo de vida y trabajo en los talleres, identificando los distintos tipos de padecimientos que estos provocan, entre los que se destaca la tuberculosis, su contagio y transmisión.

Palabras clave: Inmigrantes bolivianos; Vulnerabilidad social; Talleres textiles clandestinos; Situaciones de riesgo; Tuberculosis

* Doctor y Master en Antropología de la Medicina (URV). Investigador Adjunto del CONICET en el Instituto de Ciencias Antropológicas-Seanso. Profesor del Seminario Antropología y Migraciones Internacionales (UBA). Correo electrónico: alejandro.goldberg@gmail.com, alejandro.goldberg@conicet.gov.ar

CONTEXTOS OF SOCIAL VULNERABILITY AND HEALTH RISKS: TUBERCULOSIS IN BOLIVIAN IMMIGRANTS WHO WORK AND LIVE IN CLANDESTINE TEXTILE WORKSHOPS OF BUENOS AIRES

Abstract

This paper addresses a specific case within the range of migration processes of Bolivians in Argentina: the young men and women, originally recruited through transnational networks of trafficking in persons, which were reduced to servitude illegally in order to work in clandestine textile workshops of the Buenos Aires Metropolitan Area (BAMA). Recognizing the complex dimensions of analysis that interact in this process, we particularly focus on social vulnerability contexts and health risks posed by their work and living conditions in workshops. We identify the diverse sufferings these conditions cause, among which tuberculosis infection and transmission.

Key words: Bolivian immigrants; Social vulnerability; Clandestine textile workshops; Situations of risk; Tuberculosis

CONTEXTOS DE VULNERABILIDADE SOCIAL E SITUAÇÕES DE RISCO À SAÚDE: A TUBERCULOSE EM IMIGRANTES BOLIVIANOS TRABALHADORES E MORADORES DE OFICINAS DE COSTURA ILEGAIS DE BUENOS AIRES

Resumo

O presente trabalho aborda um caso específico dentro de um conjunto variado de processos migratórios de bolivianos na Argentina: o de homens e mulheres jovens recrutados em seu país de origem por redes transnacionais de trata e tráfico de pessoas. Esses imigrantes são submetidos à situação de servidão, trabalhando como mão de obra escrava na indústria têxtil ilegal na cidade de Buenos Aires e sua região metropolitana. A partir do reconhecimento das complexas dimensões de análise que interagem neste processo, o texto enfoca, particularmente, o contexto de vulnerabilidade social e as situações de risco à saúde resultantes das condições de habitação e de trabalho nas oficinas de costura e suas consequências à saúde dessas pessoas em particular a tuberculose, suas formas de contágio e transmissão.

Palavras chave: Imigrantes bolivianos; Vulnerabilidade social; Oficinas de costura ilegais; Situações de risco; Tuberculose

Fecha de recepción: octubre de 2012

Fecha de aceptación: abril de 2014

INTRODUCCIÓN. ANTROPOLOGÍA, TUBERCULOSIS E INMIGRACIÓN

La tuberculosis (de ahora en adelante, TBC) sigue siendo una de las enfermedades infecciosas que más muertes produce en el mundo. Actualmente es la segunda enfermedad infecciosa causante de mortalidad. De acuerdo a los últimos datos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (WHO, 2009); cerca de dos mil millones de personas están infectadas por el bacilo de la TBC, lo que supone un tercio de la población mundial. Cada año, ocho millones de personas se enferman de TBC y dos millones mueren por su causa, localizándose mayoritariamente en los otrora llamados “países en vías de desarrollo” (Goldberg, 2011).

Sin embargo, la situación de esta enfermedad en el mundo es un fiel reflejo no sólo de las enormes diferencias políticas, 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. Esto último refiere justamente a este trabajo, producto de distintas investigaciones efectuadas y en curso, en el que se aborda un conjunto sociocultural subalterno específico cuyos modos de vida en nuestra sociedad se desarrollan dentro de un contexto de vulnerabilidad social (Grimberg, 2008) que supone relaciones de subordinación de tipo esclavistas, derechos vulnerados (falta de documentación y de atención sanitaria pública gratuita) y situaciones de riesgo para la salud de los trabajadores y –con frecuencia– de sus hijos (TBC y otros padecimientos).

Por medio de un abordaje etnográfico se analizaron prácticas, experiencias cotidianas y narrativas de los sujetos de estudio, reconstruyendo sus trayectorias de vida, migratorias, laborales y de salud, identificando contextos específicos de vulnerabilidad –los talleres textiles clandestinos (de ahora en adelante, TTC) como unidades productivo-habitacionales centrales de sus modos de vida y de trabajo– en relación a procesos sociales, políticos y económicos de nivel macrosocial.

De esta forma, se cruzaron trayectorias personales y colectivas en contextos históricos sociales específicos, lo que permitió comprender las modalidades y las dimensiones político-sociales de las experiencias subjetivas. Esto permitió dar cuenta de las relaciones, vínculos y articulaciones entre los procesos macrosociales y los recorridos individuales de los sujetos migrantes.

Asimismo, se retomaron distintas producciones recientes en Antropología Médica que han contribuido –a través de conceptos como los de “violencia estructural” (Farmer, 2004), “sufrimiento social” (Das et al., 2001) y “trauma” (Fassin y Retchman, 2009)– al análisis de múltiples procesos de desigualdad social y diversas formas de violencia. Dichos trabajos constituyen un aporte a la comprensión de ciertos procesos de violencia estructural (Scheper-Hughes y Bourgois, 2004; Fassin, 2007), revelando en algunos casos los diferentes tipos de padecimientos cotidianos sufridos por sujetos pertenecientes a conjuntos socioculturales específicos, quienes experimentaron situaciones traumáticas y diversas formas de violencia a nivel de las prácticas locales, las relaciones interpersonales y las trayectorias personales en contextos de vulnerabilidad, en relación con las variables de género, raza y pertenencia étnica (Goldstein, 2003).

Sobre la base del enfoque propuesto, entonces, se concibieron las situaciones de precarización social, simultáneamente, como procesos histórico-políticos y experiencias de vida. Partiendo de lo anterior, se profundizó en el análisis de cómo los procesos de desigualdad social y las diversas formas de violencia se traducen en maneras particulares de sufrimiento social e inequidades específicas en salud (Quaranta, 2006); tal como se manifiesta en nuestro caso de estudio: inmigrantes bolivianos de ambos sexos –reclutados desde origen por medio de redes de tráfico y trata de personas– reducidos a la servidumbre en condiciones de esclavitud en TTC en un contexto de vulnerabilidad social que limita el acceso al sistema de salud para tratar dolencias, malestares y padecimientos. En tal sentido, el caso abordado permite comprobar el impacto que éstas y las diversas situaciones de riesgo para la salud presentes, tienen en sus cuerpos (Csordas, 1994).

Resultó interesante, a su vez, aplicar la dimensión histórica comparativa de análisis, indagando en casos históricos y actuales del fenómeno abordado. En este sentido, el deterioro físico, psicológico y anímico relacionado con la explotación esclavista a la cual se somete a estos sujetos plantea una situación similar a la que aconteció durante la primera mitad del siglo XX en nuestro país, donde los trabajadores inmigrantes eran europeos. Al igual que en aquel entonces, la TBC puede ser considerada como “la enfermedad emblemática” (Fassin, 1996) que incorpora la desigualdad social y cultural existente.¹

En relación a los procesos asistenciales de los sujetos con TBC, los trabajos que abordan como objeto de estudio el acceso a la atención sanitaria de “poblaciones vulnerables” en nuestro país, por lo general se centran en las

barreras de acceso (Garbus, Solitario y Stolkiner, 2008; Comes et. al., 2007) y los obstáculos presentes en la comunicación intercultural entre personal de salud y usuarios inmigrantes (Jelin, 2007). Uno de los límites que posee este tipo de abordajes en salud pública es que el acceso a la consulta para atender un problema de salud por sí solo no implica necesariamente la resolución del problema para los sujetos quienes, por otro lado, efectúan diversos itinerarios terapéuticos simultáneos/complementarios/alternativos a los del sistema biomédico hegemónico (Goldberg, 2010).

Dos han sido las líneas de trabajo principales de la investigación: 1) trabajo de campo con las estrategias de investigación basadas en a) observaciones de campo; y b) entrevistas en profundidad; y 2) trabajo con fuentes secundarias.

1.a. Observaciones de campo en distintos ámbitos de la vida cotidiana de los sujetos: Centro Demostrativo de Indumentaria (CDI) de Barracas, integrado por distintas cooperativas textiles de ex trabajadores en los talleres (laboral); Cooperativa Textil 20 de Diciembre-La Alameda (laboral); Parque Avellaneda (tiempo libre, recreación, esparcimiento); manifestaciones, actos y otros espacios reivindicativos de lucha contra el trabajo esclavo; consultorios externos y pabellones de internación del Instituto Vaccarezza-Hospital Muñiz (de ahora en adelante, IVHM), entre otros.

1. b. Entrevistas en profundidad: a “trabajadores en la actualidad” y “ex trabajadores” en TTC. A los fines de cumplir con los objetivos del estudio y en función de la información que se persiguió obtener a partir de sus propios relatos, no resultó relevante la distinción entre estos dos grupos de entrevistados. Lo que sí supuso una variación fue el contexto de realización de la entrevista: en la mayoría de los casos, los primeros fueron entrevistados en el IVHM. En algún caso también, y por medio del acceso a informantes clave, se entrevistaron a estos trabajadores en el Parque Avellaneda (espacio público con una gran presencia de personas pertenecientes a la comunidad boliviana), preferentemente los días domingo, que es cuando tienen descanso.

En lo que respecta a los segundos, al momento de haber sido entrevistados participaban mayoritariamente en organizaciones sociales o cooperativas de trabajadores integradas, en buena medida, por ex trabajadores de esos talleres, en una alta proporción inmigrantes bolivianos (Cooperativa Textil 20 de diciembre-La Alameda y algunas de las que funcionan en el CDI de Barracas: 1° de Julio, Cildáñez, etcétera).

Asimismo, se realizaron entrevistas en profundidad a integrantes del equipo de salud del IVHM, entre médicas, asistentes sociales, enfermeros, farmacéuticas y psicólogas, así como a miembros de asociaciones e instituciones vinculadas con la inmigración boliviana en Argentina, entre ellos: personal del Consulado General del Estado Plurinacional de Bolivia, Agrupación Simbiosis Cultural, radios, periódicos, organizaciones, etcétera.

2. Fuentes secundarias: a) actas judiciales, denuncias, testimonios ante la justicia y demás documentación existente vinculada tanto con TTC allanados por la justicia como por las denuncias presentadas por ex trabajadores contra estos talleres y las empresas que tercerizan su trabajo en ellos. En estos documentos, a los que he accedido a través de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) o determinados juzgados de esta misma ciudad, se pueden encontrar descripciones completas de los talleres, sea por parte de los ex trabajadores (denunciantes) o del funcionario judicial que labra el acta al momento de efectuar un allanamiento; b) diversos materiales confeccionados por organizaciones sociales ligadas a la lucha contra el trabajo esclavo y el cierre de estos talleres, como La Alameda (videos con cámaras ocultas, testimonios, material fotográfico, etcétera).

INCORPORACIÓN DE TRABAJADORES MIGRANTES BOLIVIANOS A LOS TALLERES TEXTILES

El proceso migratorio que se aborda en este trabajo se asume como parte de la llamada “globalización”, concebida como la etapa actual de desarrollo del sistema capitalista a escala mundial; por lo que debe enmarcarse dentro de los cambios políticos y económicos mundiales/locales que se activaron y profundizaron como parte del referido proceso. Teniendo en cuenta dicho contexto, en el cual el sistema capitalista en su etapa neoliberal intentó reactivar y profundizar la explotación de la fuerza de trabajo a través de un mercado ilimitado y transnacional, se puede apreciar la importancia que adquieren entonces para la implementación de esta nueva forma de acumulación del capital, no sólo la libre circulación de bienes, capitales e ideas; sino también el movimiento (regulado o no) de personas a través de estos flujos migratorios internacionales (Castles, 1997).

Caracterizada en décadas anteriores por concentrar el proceso de generación del valor en la fabricación de prendas de vestir, a partir de la década de 1990 —con la aplicación del plan de convertibilidad y la consecuente sobrevaluación del peso— las industrias argentinas del sector de la indumentaria comenzaron a cerrar sus líneas productivas y a centrarse en la comercialización, actuando como importadores. Así, las principales empresas sustituyeron los eslabones nacionales por extranjeros a partir de la subcontratación de terceros para las etapas de corte, bordado, costura, etcétera y la importación de productos terminados. Esto agudizó la desarticulación del sector y permitió a las grandes marcas trasladar a los productores los bajos precios impuestos por la importación, centrando sus actividades en el diseño y la publicidad (Lieutier, 2010).

En efecto, a tono con un proceso global, dentro de esta modalidad de producción “flexibilizada”, las grandes marcas locales e internacionales de indumentaria orientaron su estrategia comercial al marketing en un intento de desligarse de las responsabilidades, riesgos y costos de la reproducción de mano de obra. Tal como sostiene Klein (2001) y como parte del axioma estratégico “marcas sí, no productos”, las marcas persiguen mantener una identidad definida por medio de su imagen particular dirigida a los distintos sectores de consumidores; al tiempo que intentan aparecer como “sociedades comercializadoras” sin responsabilidades directas sobre la organización de la producción en los emplazamientos en los cuales la tercerizan. De esta manera, se combinan, dentro de la cadena de valor, segmentos legales con otros clandestinos o sumergidos, como sucede con el caso de los TTC que se abordan en este trabajo.

Lo anterior se vincula con el hecho de que si bien se ha identificado al capitalismo con el “trabajo asalariado, localizado fuera de la unidad familiar”, es posible detectar a lo largo de su historia la manera en que este sistema, en su propia dinámica de reproducción y expansión, ha creado y recreado diversas formas productivas según las circunstancias y las necesidades económicas particulares, incluso aquellas que se creían ya extintas. En este marco, la aparición y desaparición de distintas formas de producción como la economía doméstica-familiar o el esclavismo deben interpretarse como la capacidad del capital de desarrollar distintas estrategias en función de su lógica de acumulación. Se trata de una nueva forma de acumulación flexible, en un contexto post-fordista, que demanda continuos cambios en la línea de producción y en la contratación de trabajadores. En el caso abordado de la industria de confección de

indumentaria, la descentralización y tercerización de la producción, sumado a lo anterior, lleva a los talleres a producir en esas condiciones de clandestinidad y de sobreexplotación de la mano de obra.

De modo que, siguiendo con la línea de análisis propuesta, el aumento del trabajo esclavo se ubica como parte de la creciente tendencia a la precarización en la que se fue sumiendo el sector textil en las últimas décadas, tanto en Argentina como en otras partes del mundo. La reducción de trabajadores a la servidumbre ha sido interpretada como un imperativo para el sostenimiento actual de la producción de indumentaria, cada vez más descentralizada y tercerizada (Adúriz, 2009; D'Ovidio et. al., 2007).

La servidumbre, como recurso para garantizar la subsistencia, reduce el costo del capital variable al mínimo imaginable, incluso a través de la transgresión de la legislación laboral vigente.² El TTC surge entonces, no como un efecto marginal, sino como una pieza clave en la cadena de valor de la industria de la confección, según la cual por una prenda que en el mercado se vende a \$ 100, el trabajador recibe como paga \$ 1,80; mientras que al dueño del taller le corresponde \$ 1,30. El resto se distribuye de la siguiente manera: \$ 64 quedan en el circuito de comercialización, \$ 11 representan el costo de las materias primas y \$ 22 corresponden a los impuestos (Lieutier, 2010).

A diferencia de lo que sucede con otros procesos migratorios (tanto de bolivianos como de otras nacionalidades en nuestro país, así como en distintas partes del mundo), en el caso analizado son las propias redes y cadenas migratorias, creadas y reproducidas por miembros de la colectividad boliviana (familiares, parientes, amigos, vecinos, paisanos, etcétera) las que articulan mecanismos de tráfico, trata y reducción a la servidumbre de adultos y menores, utilizadas en un doble sentido: tanto para la captación de trabajadores en origen –la mayor parte de las veces engañados– como para su sujeción posterior a los TTC del AMBA,³ en muchos casos junto a sus hijos.

Vale la pena mencionar que un fenómeno similar al que se aborda en este trabajo –en el cual la producción de la industria indumentaria está ligada a la explotación de personas migrantes en situación irregular, el trabajo forzoso y la trata de personas como sistema central de reclutamiento– puede encontrarse también en distintas áreas metropolitanas de diferentes ciudades del mundo (y no sólo del llamado “Tercer Mundo”, como lo demuestran los casos de Barcelona o Nápoles, para enumerar sólo algunos). Una de las manifestaciones que

más se asemeja a nuestro caso, tratándose de una realidad regional a nivel del MERCOSUR –y por ello, relevante en términos de exploración comparativa– refiere al área metropolitana de la ciudad de San Pablo, Brasil.⁴

A través del trabajo de campo etnográfico, ha sido posible identificar, al menos, dos tipos de TTC en el AMBA:

1) Aquellos, mayoritarios en el conjunto, cuyos propietarios son inmigrantes bolivianos llegados al país principalmente durante la década de 1990, que reclutan la mano de obra en Bolivia por medio de las mencionadas redes de tráfico y trata. Una proporción importante de ellos fueron con anterioridad trabajadores costureros con altas probabilidades de haber sufrido los abusos, los malos tratos y la explotación que actualmente reproducen con otros bolivianos, en muchos casos parientes, amigos o vecinos.

2) Propietarios coreanos (o argentinos descendientes de inmigrantes coreanos) que contratan verbalmente a trabajadores, mayoritariamente bolivianos, en la esquina de Cobo y Curapaligüe (Bajo Flores), concretamente en una plaza a la que se la conoce, en forma simbólica e informal, como “Plaza de la Esclavitud”. Estos talleres se concentran casi en su totalidad en la zona suroeste de la CABA.

Debido a sus características, es muy común que los TTC localizados en zonas urbanas o periurbanas se instalen en departamentos de Propiedad Horizontal (PH) de varios y amplios ambientes que, en general y dependiendo de su antigüedad y mantenimiento, se encuentran deteriorados en forma parcial o total, con humedades en los cimientos, las paredes con revoques desprendidos, los pisos con huecos por la falta de baldosas, por su hundimiento, por la rotura de algún caño, etcétera. En el caso de aquellos que se improvisan dentro de villas miserias, en general no cuentan con los servicios básicos de agua y gas (pero sí de electricidad que es esencial para la producción) y las condiciones de hacinamiento e insalubridad se potencian como parte de las situaciones de riesgo para la salud.

La experiencia de R.S. grafica los riesgos para la salud que supone el modo de vida, trabajo y vivienda en aquellos talleres que, para eludir los posibles controles e inspecciones, se localizan en algunas de las villas miserias del AMBA. R.S. llegó a Buenos Aires en 2010 a través de una amiga, conocida del lugar de origen, que le mandó el pasaje a ella y a su esposo, a través de un familiar que viajó a Bolivia, para que fueran a trabajar en la costura, fabricando camperas

en su taller situado en el interior de la Villa 1-11-14 del Bajo Flores, en el que trabajaban ocho personas en total:

Ahí adentro [en la villa] hay muchos talleres... yo no sabía que era en la villa, que vivía en la villa. Cuando llegué, ahí me dieron una pieza. No tenía puerta, tenía solamente cortina y era en el patio... Trabajé como un mes nomás. Como era invierno, el frío entraba grave de abajo, y parece que eso me hizo mal a mí. Trabajábamos desde las seis de la mañana hasta las diez de la noche... Un día de esos empecé a toser mucho y mi amiga me dio un jarabe, compraron de la farmacia... *Pulmosán*, eso me hizo pasar... Y a la siguiente semana con fiebre estuve y la espalda me empezó a doler... Seguía trabajando, por mi capricho yo seguí haciendo. Y después, mi esposo me obligó ya: “vamos al hospital” —me dijo. (Entrevista a R.S., inmigrante boliviana con TBC internada en el Pabellón Koch del IVHM)

En cuanto a los procesos de trabajo al interior del taller, en líneas generales es posible clasificar dos grandes ámbitos con diversas personas realizando tareas específicas en cada uno: 1) El de la preparación de las comidas (desayuno, almuerzo, cena, y a veces merienda) y la limpieza del lugar al finalizar la jornada laboral. 2) El del trabajo productivo con las máquinas (cortadoras, *over*, rectas, collaretas, etcétera).

1) Las encargadas de limpiar el recinto del taller, una vez que terminaron su trabajo los costureros, son las “aprendices”, generalmente esposas de los costureros que aún no han terminado de aprender a manejar las máquinas. En consecuencia, son las últimas en terminar de hacer sus tareas y las primeras en levantarse bien temprano en la mañana para preparar el desayuno que posteriormente sirven a los costureros, y que casi siempre consiste en alguna infusión (principalmente mate cocido) y un pedazo de pan o galletitas. Luego, la tarea de estas mujeres continúa con la preparación del almuerzo.

Entre una y otra actividad trabajan como “costureras” practicando el aprendizaje del oficio: de no hacerlo no tendrían “derecho” a cobrar nada de dinero por su trabajo, ya que, según la lógica que rige en los talleres, la limpieza y la cocina son parte de las “obligaciones naturales” de las mujeres. Aquí interviene un elemento simbólico (y en muchos casos no tan simbólico) de presión por parte del dueño del taller relativo al “compromiso” que tienen los trabajadores, expresado en la deuda que estos han “contraído” con él, desde el momento en que éste ha costeado de su bolsillo el traslado desde el origen y les ha proporcionado trabajo y vivienda a su llegada:

El trabajo era muy duro. Empezábamos a las siete de la mañana, almorzábamos en el taller y después seguíamos hasta las dos, tres de la mañana [...]. Los costureros trabajaban hasta las doce, una... Yo tenía que limpiar todo, como no cosía, era ayudante [...]. Tenía que baldear todo el taller desde arriba; tenían un perro, así que estaba todo sucio... Yo tenía que baldear ni bien terminaban para que se secase, para que cuando empezaran de nuevo al otro día estuviera todo seco... A veces me quedaba hasta las tres, cuatro de la mañana, y al otro día a las siete empezaba de nuevo. (Entrevista a M.A., inmigrante boliviana, ex trabajadora en un TTC de la CABA, integrante de la Cooperativa Textil 20 de Diciembre - La Alameda)

2) La *over* es la máquina más usada en los TTC. Por cada *recta*, suele haber, al menos, de cuatro a cinco *over*. Ya sea en una u otra máquina, los costureros pasan jornadas que pueden ir desde quince hasta dieciocho horas en asientos que no son los más indicados para la tarea. A la hora del almuerzo, paran quince o veinte minutos y comen –sobre la misma máquina– escasas raciones de alimentos. Como los pagos se establecen por prenda terminada, se ven obligados a producir la mayor cantidad de horas posibles:

Me pagaban por prenda, \$ 0,15 por remera [...]. Tenía que coser un mínimo de cien remeras para ganar \$ 15 [...] pero como tenía que pagarle al patrón el pasaje para venir, cobraba alrededor de \$ 150 por mes [el equivalente a US\$ 43 en su momento]. (Entrevista a M, inmigrante boliviano, ex trabajador en un TTC del AMBA)

La variabilidad existente en cuanto al tamaño, la inversión en maquinaria y, por ende, la producción de los distintos tipos de TTC, queda reflejada en el testimonio de J.C., inmigrante boliviano que trabajó en un taller de Floresta, cuyo dueño era coreano, quien lo contrató en la esquina de Cobo y Curapaligüe, del mismo barrio, por recomendación de su hermano menor:

Había máquinas inmensas, veinte cabezales por cada una, en total eran tres y cada máquina con veinte cabezales: saca una remera por vez, es decir, veinte remeras por máquina al mismo tiempo... y no nos quería aumentar el sueldo... ¿Sabés cuánto vale cada máquina? ¡Cinco mil dólares! Esas máquinas tienen un panel de control computarizado.

Una de las particularidades del taller textil clandestino es que constituye no sólo la unidad productiva, sino también, al mismo tiempo, la unidad habitacional central del modo de vida de estos inmigrantes y sus hijos. Por lo tanto, las situaciones de riesgo para su salud, derivadas de las condiciones de subordinación y explotación de tipo esclavista, tratándose generalmente de un mismo recinto, se encuentran entrelazadas.

Lo anterior se manifiesta, por ejemplo, al producirse los allanamientos judiciales en los talleres como consecuencia de las denuncias realizadas por La Alameda, la Defensoría del Pueblo de la CABA u otras instancias. Hay casos en los cuales, durante los procedimientos, son los mismos costureros los que enfrentan a la policía para que no confisque las máquinas y clausure el taller. R.E., ex trabajador en un TTC y miembro de la Cooperativa 1° de Julio” que integra el CDI, lo narró de la siguiente manera:

Los costureros no están ahí defendiendo a los talleristas. Es que no tienen un techo y algo de comida después del allanamiento. Yo llegué a la Argentina hace veinte años y estaba en esa situación de desesperación. No tenés documentos y los alquileres son caros. Entonces, no te queda alternativa que entrar a un taller clandestino. (Entrevista a R.E.)

En la misma línea, Domínguez (2010: 89) se refiere a ello cuando sostiene que dentro del taller se perpetúan

toda una serie de relaciones de dominación, de violencia física y simbólica cotidiana, de presiones y amenazas sutiles (y no tanto) hacia los trabajadores que [...] ante la falta de desconocimiento sobre las formas de trabajo en el país y otro tanto por la falta de opciones y alternativas con las que cuentan para vivir, “aceptan” tales condiciones laborales de explotación y precariedad.

En consecuencia, al igual que en otros tantos casos históricos y actuales, lo prioritario para estos inmigrantes es el trabajo y la vivienda, y poder conservarlos para ellos y sus hijos. No obstante, al momento de explorar los elementos interactuantes en la decisión de aquellos que “se salen” y “rompen” con el circuito de los TTC (algunos de los cuales se insertan posteriormente en cooperativas textiles), aparece reiteradamente en sus narrativas un padecimiento –propio o de sus hijos– y el impedimento por parte del dueño del taller de que acudan a la consulta médica, o bien la amenaza de echarlos a la calle con sus familias sin pagarles y reteniéndoles la documentación.

Es decir que las mismas formas de subordinación y dominación a través de la amenaza, la presión y el hostigamiento que posibilitan la reproducción y el mantenimiento de determinadas relaciones de hegemonía al interior del taller textil entre talleristas y costureros, son las que en algún momento inducen también al desafío, a las resistencias y a formas de organización y acción por parte de los trabajadores. Por eso, son las mujeres quienes mayoritariamente se rebelan ante el tallerista a partir del sufrimiento social experimentado y las

situaciones de violencia vividas; en particular frente a agresiones o malos tratos de aquel hacia sus hijos. De modo que, para ellas, salirse del taller implica, ante todo, intentar brindarles una mejor calidad de vida a sus hijos.

SITUACIONES DE RIESGO PARA LA SALUD DE LOS TRABAJADORES Y SUS HIJOS

Distintos, y de diversa índole y gravedad, fueron los problemas de salud relevados entre los sujetos entrevistados que experimentaron modos de vida, vivienda y trabajo en los TTC: desde problemas visuales y auditivos, pasando por los de columna y posturales, artrosis, artritis reumatoide, histerectomía y estrés crónico, hasta aquellos padecidos durante el embarazo como anemias; sólo por mencionar algunos y abordar posteriormente en particular la TBC.

Retomando la descripción de los talleres instalados en viviendas tipo PH, tenemos que en uno de los ambientes se ubica el taller; y en función del tipo de producción que se realice, se completa la distribución del resto de los ambientes. Estos son subdivididos en pequeños espacios con tabiques improvisados de paños de lienzo, nylon, cartón y madera. Es en estos pequeños espacios (de aproximadamente 2 x 2 metros) donde son alojados y duermen varios trabajadores, o los trabajadores con sus hijos. Vale señalar que no sólo no existen salidas de emergencia en estos recintos, sino que muchas veces el único medio de evacuación se encuentra cerrado y encadenado desde afuera, bajo llave, por el dueño del taller. Justamente esto último se comprobó al realizarse los peritajes posteriores al incendio del taller de la calle Luis Viale en 2006.⁵

Los niños pequeños son por lo general encerrados en alguna pieza del taller, debiendo permanecer allí mientras sus padres trabajan; las más de las veces con la televisión encendida. Los adolescentes, de 13 años en adelante, son puestos a coser: de ser posible, al mismo ritmo que los adultos (caso relevado de un joven que fue rescatado de uno de estos talleres y actualmente se encuentra a cargo del Instituto del Menor y la Familia), o bien realizando tareas de aprendices como ser: lavar las prendas, doblarlas, embalarlas; que variarán según el tipo de producción de la que se trate. En estrecha relación con la situación de subordinación que marca la existencia de los trabajadores y sus hijos dentro del taller, se han manifestado también diversas situaciones de abusos contra menores.

Por otro lado, en estos recintos no suelen existir instalaciones de extractores de aire para mantener una buena ventilación, lo que provoca que se esparzan en el aire partículas de polvo y pelusas que afectan las vías respiratorias. Adicionalmente, es común que se tapien (con muros de ladrillos) las ventanas que dan a la calle para que desde el exterior no se evidencie la existencia de esta actividad ilegal. El polvillo que despiende la tela al trabajarse es aspirado constantemente por todos los que están en el recinto cerrado, ya sea durante las intensas jornadas laborales como al dormir; a lo que los trabajadores le atribuyen los problemas respiratorios, que a su vez, vinculan con la TBC:

El polvillo... lo vas aspirando y el pulmón tira mucho, jala mucho polvillo ahí del taller [...] Al hacer la tela, el polvillo siempre sale y sale más cantidad [...] En cinco minutos ya tenés la cara toda llena de polvillo: si en cinco minutos tenés la cara llena de polvillo, imagináte cuánto estás aspirando, ¡es un montón! (Entrevista a L.I., inmigrante boliviana con TBC internada en el Pabellón Koch del IVHM, ex trabajadora en un TTC de la CABA).

Hay mucho polvillo y como la mayoría de los talleres que vive ahí adentro del taller, porque el taller solamente está dividido con maderas, entonces todo el polvillo cuando se apagan las máquinas va cayendo y eso es lo que vamos aspirando todo el tiempo, y nuestros hijos también. (Entrevista a S.I., inmigrante boliviana, ex trabajadora en un TTC del AMBA).

Temiendo que en este punto parezca casi una obviedad, vale apuntar que la mayoría de los sujetos entrevistados para esta investigación, al interrogarlos por las medidas de protección e higiene en el trabajo, respondieron que los dueños de los talleres en ningún caso los proveyeron de esos elementos (barbijos, guantes, calzado y vestimenta apropiados). En alta proporción, los trabajadores desconocían la normativa al respecto en el transcurso de su experiencia de vivir y trabajar en los talleres. Sólo aquellos que rompieron con ese mundo y se insertaron en cooperativas textiles u organizaciones sociopolíticas, o bien han demandado ante la justicia a sus antiguos empleadores, han incorporado la información relativa al derecho –y la obligación legal– de exigir los instrumentos y accesorios necesarios para desarrollar su trabajo de manera preventiva y con la mayor seguridad e higiene posibles. En efecto, tratándose de una unidad productiva, una vivienda, unas condiciones de contratación, una forma de traslado e inserción y una reducción a la servidumbre absolutamente ilegales

donde tienen lugar diversos tipos de delitos, es difícil pretender que se respete la normativa vigente sobre seguridad e higiene en el trabajo:

Nosotros no usamos [guantes y barbijos] porque no tenemos. Igual estamos acostumbrados a trabajar así; es molesto, con el barbijo no se puede ver bien la tiza y con los guantes no se puede manejar bien la máquina, y podés estropear la prenda... Cuando tenés que sacar producción no podés estar pensando en eso. (Entrevista a E.D., inmigrante boliviano, trabajador en un TTC del AMBA).

Por último, un factor adicional a considerar por su relevancia en el análisis de los problemas de salud de los trabajadores es la inexistencia de controles médicos, sea en el recinto del taller como en lo relativo a la prohibición de salida y al impedimento de acudir a un centro de salud cuando sufren algún malestar, molestia o padecimiento específico (a menos que estos se encuentren en un estadio muy avanzado). Todo esto conlleva a la cronicidad de algunos padecimientos que, a su vez, les impiden en muchos casos poder volver a trabajar; con las consecuencias sociales, familiares y, por supuesto, para la salud física, mental y psicológica que ello implica en la persona.

TUBERCULOSIS: CONTAGIO, TRANSMISIÓN, ATENCIÓN

Según datos de la Red para la Atención de Tuberculosis de la CABA, dentro de la nacionalidad de los casos de TBC contabilizados durante 2009 (léase: atendidos en la red de hospitales públicos de la CABA), los argentinos seguían encabezando el ranking con el 43,8 % del total; seguidos por los bolivianos con un 37,8 %. No obstante ello, vale señalar que los casos correspondientes a inmigrantes bolivianos vienen mostrando un crecimiento, fundamentalmente desde 2004 en adelante (Goldberg, 2010).

En cuanto al ámbito de indagación de la investigación correspondiente al sector salud, el IVHM resultó ser el centro de salud pública que registró durante 2009 el mayor número de casos de TBC atendidos entre todos los hospitales de la CABA (el 33 % del total), y en cuyo laboratorio se diagnostican por lo menos mil casos de TBC cada año. Durante 2009 y hasta los últimos meses de 2010, sólo en este hospital, se ha podido corroborar el antecedente ocupacional y/o de residencia en TTC del AMBA en, por lo menos, 240 pacientes bolivianos con diagnóstico de TBC. Uno de los aspectos vinculados con esta realidad se

refiere a la tendencia de los inmigrantes bolivianos con síntomas de TBC del AMBA a acudir directamente a este centro, porque saben, se lo contaron o escucharon que allí es “el único que es de los pulmones”; o que “la mayoría casi de los paisanos nuestros, sabe que aquí atiende bien de los pulmones” (J, inmigrante boliviano ex trabajador en un TTC de la CABA). Otro de los motivos está ligado a que una parte de los sujetos entrevistados desarrollaron distintos itinerarios terapéuticos, en muchos casos de larga duración, que los “condujeron” finalmente al Hospital Muñiz, donde les diagnosticaron la TBC y quedaron internados:

La gente boliviana que viene de trabajar en un taller todo el día y los tienen hacinados [...]. Entonces cómo trabajan ellos, cómo están hacinados, la falta de alimentación y demás, las vitaminas adecuadas para poder mantener... Están sin ventilación adecuada y todo eso los lleva a enfermarse y cuando se enferma uno de ellos, se contagian todos los que están en los talleres. Entonces vienen unos tras otros a internarse. A veces hay cuatro o cinco bolivianos que son del mismo taller. (Entrevista a A, enfermero del IVHM)

La escasa renovación del aire, el encierro y la falta de luz solar, la acumulación de polvo, la humedad de paredes, suelos y techos, entre otras; sumado a que el trabajo se realiza en condiciones de hacinamiento, en habitaciones sin ventilación plagadas de retazos de tela, hilos, polvillo en el ambiente y pelusas que producen las máquinas; y sumado además a la cantidad de horas trabajadas y a las características intensas del trabajo, a la escasa y deficiente alimentación, en conjunto, puede generar una baja en las defensas de las personas que las llevaría a contraer la TBC.

La situación de presión psicológica y el estado emocional de muchos de estos inmigrantes que experimentan un proceso migratorio como el descrito, “obligado” además en muchos casos por la necesidad de venir a trabajar para pagar deudas asfixiantes en origen –en opinión de una de las psicólogas entrevistadas, integrantes del equipo de salud del IVHM– actuaría como factor determinante en el desarrollo de la enfermedad:

Por eso se enferman también. Vienen estresadas, vienen mal, deprimidas, no pueden desahogarse antes... Después, todo lo que les genera el trabajo en el taller, el encierro, la mala alimentación... todo eso las trae acá. (Entrevista a F, psicóloga integrante del equipo de salud del IVHM)

Por otro lado, la información recogida mediante las entrevistas en profundidad realizadas a los sujetos de estudio internados con TBC en el IVHM muestra

que, mayoritariamente, estos desconocían previamente la enfermedad en origen y que supieron de su existencia, así como de algunas de sus características, a través de algún episodio o relato en el taller; o directamente al momento de ser internados en el centro de salud:

Trabajaba en un taller de costura en Capital, en la villa 1-11-14... Y había una persona que tenía tuberculosis ahí, sí, y yo de seguro me contagié ahí porque había una pieza de 5 x 4, ahí dormíamos cuatro personas [...]. Primero me dolía la espalda, luego me afectó el corazón, me dolía ahí, y no me di cuenta que era tuberculosis; luego de un tiempo se pasó eso, luego tosí, empecé a toser mucho, luego boté flema con sangre... Mi marido me trajo aquí, al Muñiz, ahí me dijeron que tenía tuberculosis, que me tenía que internar, pero antes no me di cuenta, no sabía de la enfermedad, no sabía adónde ir. (Entrevista a N.E., inmigrante boliviana, trabajadora en un TTC del AMBA, internada con TBC en el Pabellón Koch del IVHM).

Otro de los aspectos a destacar, relativo a los itinerarios de salud de los sujetos, es aquel por el cual, en algunos casos, aquellos que enferman de TBC directamente optan por volverse a Bolivia a curarse... o a morir. Esto último se vincula, a su vez, con otros factores relevantes a considerar: el desconocimiento de los sujetos —y la negación por parte de los dueños de los talleres— de sus derechos,⁶ entre ellos el de la asistencia sanitaria pública gratuita; la desconfianza (prolongada desde origen) hacia el sistema biomédico y sus representantes en paralelo al uso extendido de los modelos médicos indígenas andinos tradicionales (quechua y aymará), sobre todo en las zonas rurales del país⁷ y el temor a ser deportados por las autoridades por carecer de documentación.

Las situaciones de riesgo de infección, contagio y desarrollo de la TBC en contextos de vulnerabilidad social como el de los TTC se potencian en el caso de los hijos menores de los trabajadores. M.A., inmigrante boliviana de La Paz, relató que su hija se enfermó de TBC cuando tenía tan sólo un año de edad en uno de los talleres en los que trabajó y vivió durante unos meses:

Yo no me di cuenta, yo en ese entonces no sabía que existía esa enfermedad, ella lloraba, pero yo no me imaginaba que estaba enferma... veía que le dolía la panza, lloraba, tosía. Flaquita, un palito, muy delgadita se me puso; después la empecé a llevar a la salita para que le revisaran la panza y el doctor me dijo: “¡No! Mirá, tu hijita está enferma, llevala que la van a revisar” —y la llevé a otra parte de la salita dónde había otra doctoras, que ahí nomás me dijeron: “tu hijita tiene tuberculosis, se tiene que quedar”. La internaron ahí. Luego me preguntaron: “¿cuántos son de familia?” Yo les respondí: «son tres hermanitos”. Me dijeron: “Bueno, todos tienen que venir”; y todos fueron a hacerse los análisis.

M.A. narró que con posterioridad se dio cuenta que su hija se había contagiado de uno de los inmigrantes bolivianos que trabajaba en el taller. Según su testimonio, el joven jugaba con su pequeña hija todos los días, compartiendo —como suele suceder en estas unidades productivo-habitacionales, y tal como se describió con anterioridad— prácticamente los mismos ámbitos y espacios reducidos del recinto. En ese momento, percibió que el muchacho no se encontraba bien de salud y que parecía enfermo, notó que en el último tiempo estaba desmejorado pero pensó que era producto del cansancio debido a las prolongadas y agotadoras jornadas de trabajo en el taller.

El caso de S.I., también inmigrante boliviana nacida en La Paz que llegó al país en 1998, es infinitamente más grave y no tiene arreglo: uno de sus hijos trabajaba en un TTC de la CABA, enfermó de TBC y posteriormente falleció, a los 22 años:

Trabajaba en el taller más de catorce horas, yo lo veía que estaba desmejorado, tosía y tosía, por las noches no dormía bien y se levantaba empapado, todo transpirado. Un día conseguí que fuese al hospital a atenderse, yo me enteré después a la noche, cuando volví a mi casa, cuando le pregunté por qué no se había quedado; me dijo que se había ido porque no lo atendían, que estaba ahí esperando y no lo atendían más, así que agarró y se fue al taller [...]. Tosía cada vez más, parecía que se ahogaba, empezó a escupir sangre, estaba asustado, fueron un par de días que no podía levantarse de la cama [...]. Llamamos a la ambulancia y lo llevaron al Hospital Muñiz, pero al final falleció, estaba muy enfermo.

CONSIDERACIONES FINALES

A través del estudio de caso presentado, se indagó en torno a la manera en que determinados contextos de vulnerabilidad social, en los que se desarrolla el modo de vida, trabajo y vivienda fundamental de este conjunto sociocultural específico de inmigrantes, están marcados por situaciones de riesgo concreto para su salud.

El nivel de análisis macrosocial considera al contexto referido desde una perspectiva situacional no como marco externo a sujetos y acciones prefiguradas, sino como aquellas tramas en las que se desarrollan los procesos de inserción (en términos de violencia estructural y hegemonía / subalternidad) e interacción (en tanto relaciones sociales de subordinación) y se desenvuelven las prácticas

de los sujetos. Es decir, como determinante en la violencia estructural ejercida contra este grupo, a la vez que promotor de los procesos de desigualdad y precarización social que experimentan los sujetos en su condición de inmigrantes pertenecientes a las clases subalternas en la sociedad de destino. Mientras que al aplicar la perspectiva micro, en forma dialéctica, lo anterior se traduce en desigualdades en salud que se corporifican, inscribiéndose en los cuerpos de estos trabajadores a través de procesos de desgaste, padecimientos como la TBC y modos particulares de sufrimiento social.

Al igual que lo que ocurre con otros sistemas organizacionales de la sociedad capitalista a escala global, el rubro textil local se reproduce sobre la base de relaciones poder, dominación / subordinación y negociación entre actores, sectores corporativos y agentes, pertenecientes tanto al colectivo de inmigrantes como a la sociedad receptora, que imponen, mantienen y establecen su hegemonía (Domínguez, 2010).

Por eso, es imprescindible apuntar que la posibilidad de disminuir en parte las “situaciones de riesgo” para la salud abordadas, asociadas a los modos de vida, vivienda y trabajo de los sujetos en TTC del AMBA, depende fundamentalmente del cumplimiento de las leyes que se violan durante todo el proceso (trata, tráfico y reducción a la servidumbre) por parte de las distintas administraciones en competencia: la autonómica de la CABA, la provincial de Buenos Aires y las estatales de Argentina y Bolivia. Dicho de otro modo: si se hiciera cumplir la ley, estas unidades, tal y como funcionan actualmente, no podrían existir, sino únicamente como talleres legales de costura (inscripción en la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP), condiciones dignas de trabajo, documentación en regla de los trabajadores, ocho horas reglamentarias, inspecciones regulares de seguridad, higiene y medicina laboral, etcétera). Mientras eso en la práctica no suceda, los sujetos seguirán desplegando estrategias alternativas.

Por último, a través del seguimiento de sus itinerarios terapéuticos por TBC, he podido detectar en aquellos que son dados de alta tras una internación en el Hospital Muñiz 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 textiles con otras condiciones de trabajo, como parte de un proceso de ruptura a partir del “sufrimiento social” experimentado en los talleres.

Los integrantes de este último grupo con frecuencia llegan a la cooperativa por intermedio de un conocido o familiar integrante de la misma, en un estado de extrema precariedad y necesidad: no tienen donde vivir ni comer, fueron echados de los talleres —y en muchos casos brutalmente agredidos—, a veces con sus hijos. En este sentido, es importante subrayar que el hecho de abandonar el taller como lugar de trabajo y vivienda no resuelve por sí solo los problemas vinculados con las desigualdades sociales que sufren estos sujetos por pertenecer a un conjunto subalterno específico dentro de la sociedad, sometido además a procesos de estigmatización.⁸ Concretamente, en general transforman radicalmente sus condiciones de trabajo pero persiste un problema central como el de la falta de vivienda.

El caso de M.A. —mencionado anteriormente— es casi paradigmático en términos de las dimensiones de análisis abordadas en este trabajo: su hija se enfermó de TBC cuando tenía tan sólo un año de edad en uno de los TTC en los que trabajó y vivió durante unos meses. Ese acontecimiento fue el detonante para decidir abandonar “para siempre” el modo de vida y trabajo en los talleres y comenzar a participar en una cooperativa textil con condiciones de trabajo “dignas”.

NOTAS

- ¹ La asociación entre “trabajo excesivo” y tuberculosis formó parte de una realidad social que marcó los primeros años del siglo XX en Buenos Aires y otras grandes ciudades del país, refiriéndose principalmente a las mujeres costureras inmigrantes europeas o sus hijas argentinas. Dicha relación se reflejó en manifestaciones diversas: desde las artísticas como el poema de Evaristo Carriego *Residuo de fábrica*, pasando por estudios de médicos higienistas, hasta la promulgación de leyes laborales al respecto. Refiriéndose a ello, Armus (2007: 121-195) sostiene que: “En 1912 el 32,7 % de la mortalidad de las mujeres ocupadas en la industria de la vestimenta —tanto trabajadoras de las fábricas de confección como domiciliarias— (el 40,9 % si se consideran los casos catalogados como enfermedades del aparato respiratorio) se debía a la tuberculosis. Un índice que prácticamente doblaba al de la mortalidad tuberculosa promedio”.
- ² A diferencia de las maquilas del Sudeste Asiático, Centroamérica y el Caribe, la legislación laboral argentina no permite el trabajo forzoso ni a destajo. Adicionalmente, la Ley 12.713 de Trabajo a Domicilio, designa a los empresarios como los responsables de las condiciones en que se fabrican sus productos.

- ³ El tráfico refiere al traslado de personas desde su lugar de origen hacia uno de destino, en el que serán explotados. Para el caso, aquellos que son reclutados en Bolivia y cruzan la frontera de manera ilegal, para beneficio propio o ajeno. Por su parte, la trata consiste en el reclutamiento de personas en su lugar de origen mediante engaño, incluyendo un contrato verbal pagadero a fin de año por parte del dueño del taller (también boliviano), quien se encarga de los costos del pasaje y gastos de la vivienda reteniéndoles la documentación bajo coacción. Por último, el delito de reducción a la servidumbre está tipificado en el Código Penal: consta en el Título V (delitos contra la libertad), Capítulo I (Delitos contra la Libertad Individual) del Código Penal. Del mismo modo se encuentra la Convención Suplementaria sobre la Abolición de la Esclavitud de 1956 (ONU), ratificada por el Estado argentino mediante la Ley N° 11.925 que condena cualquier forma de reducción a la servidumbre. A esto se le agregan: el Protocolo Palermo (ONU) para “prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres y niños” que Argentina ratificó en 2002 mediante la Ley 25.632; y la Ley 26.364 de 2008 sobre Trata de Personas para fines de explotación sexual o laboral, extracción de órganos o sumisión a la servidumbre, para la prevención de trata de personas y asistencia a sus víctimas. Esta última concibe al delito de trata de personas como “captación, transporte y/o traslado”, ya sea adentro del país o hacia el exterior, y la acogida o recepción de personas con fines de explotación; estableciendo penas que van de los tres a los quince años de prisión. Todo esto se aplica al caso abordado desde el momento en que la persona llega de Bolivia, se pone a trabajar en el taller y es privada de su libertad, ya que la salida del mismo es impedida por la fuerza.
- ⁴ Al respecto, distintos trabajos focalizan en las redes de trata y tráfico de personas –inmigrantes bolivianos– (Novais, 2008); el trabajo informal y las redes de subcontratación en la industria de la confección (Freire da Silva, 2008); y la incidencia de la TBC en este conjunto social específico (Martínez, 2010). Respecto a esto último y al igual que lo que sucede con nuestro caso de estudio, los modos de vida y de trabajo de los *costureiros* bolivianos en Sao Paulo se caracterizan por su precariedad, en condiciones que se acercan a la esclavitud, y con una incidencia alta de la TBC (Fracasso Tambellini, Mascaro y Da Silva, 2009)
- ⁵ El 30 de marzo de 2006 se produce el incendio de un taller de confección de indumentaria ubicado en la calle Luis Viale 1269, CABA, en el que perdieron la vida seis personas, todas de nacionalidad boliviana; entre ellas, cinco menores.
- ⁶ La Nueva Ley Nacional de Migraciones N° 25.871, que entró en vigor en nuestro país el 6 de julio de 2010, constituye un gran avance a escala planetaria en materia de reconocimiento de los derechos de los sujetos migrantes. 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° 22.439 en vigencia desde 1981 –enmarcada en los preceptos de la “Doctrina de Seguridad Nacional”–, 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.

- ⁷ Esto tuvo su correlato en la narrativa de otro entrevistado, que afirmaba que en Bolivia cuando la gente acude al médico de un hospital es porque piensa que se va a morir; es decir que se trata de la última fase del itinerario terapéutico del sujeto, habiendo transitado previamente por los otros dos modelos médicos (de auto-atención y tradicional andino).
- ⁸ Los inmigrantes bolivianos están sometidos por una parte de la sociedad argentina (personas, medios de comunicación, instituciones, etcétera) a un triple proceso de estigmatización: 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, un cuarto estereotipo 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 su vez, con el trabajo en los TTC (Goldberg, 2010).

BIBLIOGRAFÍA

- ADÚRIZ, Isidro. 2009. *La Industria Textil en Argentina. Su evolución y sus condiciones de trabajo*. Buenos Aires: Foro Ciudadano de Participación por la Justicia y los Derechos Humanos del Instituto para la Participación y el Desarrollo.
- ARMUS, Diego. 2007. *La ciudad impura: salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires. 1870-1950*. Buenos Aires: Edhasa.
- CASTLES, Stephen. 1997. *Globalización y migración: algunas contradicciones urgentes*. Texto del discurso inaugural presentado en la Reunión del Consejo Intergubernamental del MOST, 16/6/97 (traducido del inglés), sin pie de imprenta.
- COMES, Camila; SOLITARIO, Romina; GARBUS, Pamela; MAURO, Mirta; CZERNIECKI, Silvina; VÁZQUEZ, Andrea; SOTELO, Romelia; STOLKINER, Alicia. 2007. “El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios”. *Anuario de Investigaciones Secretaría de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, Nro. 15: 201-210.
- CSORDAS, Thomas. 1994. *Embodiment and Experience*. Cambridge: Cambridge University Press.
- DAS, Veena; KLEINMAN, Arthur; RAMPHELE, Mamphela y REYNOLDS, Pamela (eds.). 2001. *Remaking the World: Violence, Social Suffering and Recovery*. Berkeley: University of California Press.

- DOMÍNGUEZ, Carolina. 2010. *Procesos de identificación y diferenciación en familias y jóvenes bolivianos del AMBA*. Tesis de Licenciatura en Antropología Social, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.
- D' OVIDIO, María; MALAMUD, Luciana; CREMONA, Mariana; MARTELLETTI Leandro y PEÑA, Juan. 2007. *Quién es quién en la cadena de valor del sector de indumentaria textil*. www.centroscomunitariosdeaprendizaje.org.mx/sites/default/files/Quien_es_quien_en_la_cadena.pdf (5 de setiembre de 2012)
- FARMER, Paul. 2004. "An Anthropology of Structural Violence". En: *Current Anthropology*, Nro. 45: 305-325.
- FASSIN, Didier. 1996. *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*. París: Presses Universitaires de France.
- FASSIN, Didier. 2007. *When Bodies Remember. Experiences and Politics of AIDS in South Africa*. California: University of California Press.
- FASSIN, Didier y RECHTMAN, Richard. 2009. *The Empire of Trauma. An Inquiry into the Condition of Victimhood*. Princeton: Princeton University Press.
- FRACASSO TAMBELLINI Elaine, MASCARO Laura y DA SILVA Vitor. 2009. "Inclusão de imigrantes bolivianos na cidade de São Paulo: algumas estratégias e políticas locais". En: C. Silveira et. al. (org.). *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*. Sao Paulo: Fundação Arnaldo Vieira de Carvalho. Faculdade de Ciências Médicas de Santa Casa de São Paulo. pp 123-166.
- FREIRE DA SILVA, Carlos. 2008. *Trabalho informal e redes de subcontratação: dinâmicas urbanas da indústria de confecções em São Paulo*. Tesis de Maestría, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo.
- GARBUS Pamela, SOLITARIO Romina y STOLKINER Alicia. 2009. "Aspectos éticos en investigaciones no clínicas en el campo de la salud. Algunas consideraciones acerca del consentimiento informado en personas declaradas incapaces". En: *XVI Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, Nro. 16: 329-338.
- GOLDBERG, Alejandro. 2011. "Tuberculosis en inmigrantes bolivianos del Área Metropolitana de Buenos Aires: narrativas y procesos asistenciales". En: Á. Martínez Hernández y S. Di Giacomo (comps.). *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.

- GOLDBERG, Alejandro. 2010. "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*, Nro. 5: 13-21.
- GOLDSTEIN, Donna. 2003. *Laughter out of Place. Race, Class, Violence and Sexuality in a Rio Shantytown*. Berkeley: University of California Press.
- GRIMBERG, Mabel. 2008. "Contextos de vulnerabilidad social al VIH-Sida en América Latina. Desigualdad social y violencias cotidianas en jóvenes de sectores subalternos". En: *Thule. Rivista italiana di studi americanistici*, Nro. 20/21: 31-54.
- JELIN, Elizabeth (dir.). 2007. *Salud y migración regional. Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural*. Buenos Aires: IDES.
- KLEIN, Naomi. 2001. *No Logo, El poder de las marcas*. Buenos Aires: Paidós.
- LIEUTIER, Ariel. 2010. *Esclavos. Los trabajadores costureros de la ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires: Retórica Ediciones.
- MARTÍNEZ, Vanessa. 2010. *Equidade em saúde: o caso da tuberculose na comunidade boliviana no município de São Paulo*. Tesis de Maestría, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- NOVAIS, Denise. 2008. *Tráfico de pessoas para fins de exploração do trabalho: um estudo sobre o tráfico de bolivianos para exploração do trabalho em condições análogas á de escravo na Cidade de São Paulo*. Tesis de Doctorado, Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo.
- QUARANTA, Ivo. 2006. *Corpo, Potere, Malattia. Antropologia e Aids nei Grassfields del Camerun*. Roma: Meltemi Editore.
- SCHEPER-HUGHES, Nancy and BOURGOIS, Philippe (eds.). 2004. *Violence in War and Peace. An Anthology*. Oxford: Blackwell Publishing.
- World Health Organization (WHO). 2009. *Report 2009, Global Tuberculosis Control*. Ginebra: WHO.