

Globethics Repository

The logo for Globethics, featuring the word "Globethics" in white sans-serif font on a blue rectangular background.

Abordaje antropológico comparativo en torno a la incidencia del Chagas y la tuberculosis en inmigrantes bolivianos residentes en Barcelona y Buenos Aires, respectivamente [A comparative anthropological approach around the incidence of Chagas and tuberculosis diseases in Bolivian migrants in Barcelona and Buenos Aires, respectively]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see <https://www.globethics.net>. Data and content policy of Globethics Repository see <https://repository.globethics.net/pages/policy>.

Item Type	Article
Authors	Goldberg,Alejandro
Publisher	ISO-CYTE
Rights	Creative Commons Copyright (CC 2.5)
Download date	2026-09-25 09:16:00
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/215944



Abordaje antropológico comparativo en torno a la incidencia del Chagas y la tuberculosis en inmigrantes bolivianos residentes en Barcelona y Buenos Aires, respectivamente

Alejandro Goldberg

Instituto de Ciencias Antropológicas – CONICET
Facultad de Filosofía y Letras - Universidad de Buenos Aires
alejandro.goldberg@gmail.com

Resumen:

Uno de los aportes de la Antropología Médica, como campo temático y de investigación específico dentro de la disciplina antropológica, al ámbito de la salud pública y la atención de la población inmigrante, consiste en proponer y desarrollar estudios que permitan definir y caracterizar aspectos clínicos y socioculturales de los conjuntos sociales, a fin de generar un conocimiento que pueda transferirse posteriormente a las políticas sanitarias, la práctica médica, los sujetos y al conjunto de las intervenciones en salud.

En este trabajo se propone una exploración comparativa sobre la incidencia de dos tipos de enfermedades, el Chagas y la tuberculosis, en inmigrantes bolivianos de las ciudades de Barcelona y Buenos Aires, respectivamente.

Palabras clave: Inmigrantes bolivianos, Antropología Médica, abordaje sociosanitario comparativo, Chagas, tuberculosis.



Abstract

A comparative anthropological approach around the incidence of Chagas and tuberculosis diseases in Bolivian migrants in Barcelona and Buenos Aires, respectively

One of the main contributions of Medical Anthropology to the study of public health towards migrant populations is the definition and characterization of clinical and socio-cultural aspects of social groups, aiming to build up knowledge for the design of sanitary policies, medical practices, individuals and the whole group of health interventions.

In this paper we present an exploratory and comparative study on Chagas disease and tuberculosis, and its incidence in Bolivian immigrants of Barcelona and Buenos Aires, respectively.

Key words: Bolivian immigrants, Medical Anthropology, socio-sanitary and comparative approach, Chagas disease, tuberculosis.

Fecha de recepción: octubre de 2009

Versión final: noviembre de 2009



Presentación

Este trabajo busca contribuir al conocimiento y la divulgación de realidades urbanas específicas dentro de un marco global, lejanas en cuanto a geografía, cercanas en términos del impacto de las enfermedades en el conjunto social del que se trata, ambas con consecuencias no sólo para las personas sino también para los sistemas de salud locales donde se desarrollan los procesos de salud/enfermedad/atención.

El marco teórico-conceptual de la Antropología Médica, aplicada en este caso a los procesos migratorios permite una cierta capacidad explicativa que permite relacionar dichos procesos con las manifestaciones de morbilidad que presentan algunas poblaciones. (Romaní, 2002)

En este sentido, uno de los aportes de la Antropología Médica, como campo temático y de investigación específico dentro de la disciplina antropológica, al ámbito de la salud pública y la atención de la población inmigrante, consiste en proponer y desarrollar estudios que permitan definir y caracterizar aspectos clínicos y socioculturales de los conjuntos sociales, a fin de generar un conocimiento que pueda transferirse posteriormente a las políticas sanitarias, la práctica médica, los sujetos y al conjunto de las intervenciones en salud.

El trabajo retoma algunas de las problemáticas teórico-conceptuales abordadas en mi tesis doctoral (Goldberg, 2007a) y da continuidad al campo temático central de los distintos trabajos de investigación, intervención, docencia, transferencia y otros, realizados posteriormente y en la actualidad.¹

A través de la metodología etnográfica-comparativa y sobre la base de entrevistas en profundidad, se ha efectuado, por un lado, una primera exploración alrededor del Chagas en inmigrantes bolivianos, hombres y mujeres en edad laboral, residentes en la ciudad de Barcelona, España.² Por otro lado, se analiza la vinculación entre modos de vida/de trabajo de

¹ Se destacan las siguientes: "Migraciones y Salud. Las dimensiones antropológicas de los procesos de salud/enfermedad/atención entre inmigrantes bolivianos del Área Metropolitana de Buenos Aires" (CONICET); "Salud e inmigración. El aporte de la Antropología Médica para un abordaje sociosanitario de la población inmigrante boliviana del Área Metropolitana de Buenos Aires" (Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica, BID1728 OC-AR PICT 00665); "Itinerarios terapéuticos de inmigrantes bolivianos del Área Metropolitana de Buenos Aires" (Programación Científica UBACyT 2008-2010, F605); "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" (Beca "Carrillo – Oñativia" 2009, MINSAL).

² La elección del universo de población de estudio en el contexto referido se enmarca en el acceso que tuve para realizar entrevistas en profundidad a un total de 12 inmigrantes bolivianos residentes en esa ciudad, entre los meses de junio y septiembre de 2008. Algunos de ellos se encontraban en diferentes fases de sus itinerarios terapéuticos en el sistema de salud pública español, por causa del diagnóstico y tratamiento de Chagas.



inmigrantes bolivianos en la ciudad de Buenos Aires y la incidencia de la tuberculosis, a partir de los resultados preliminares arrojados por algunas de las investigaciones en curso citadas.

Vale señalar que ambas enfermedades son consideradas padecimientos asociados con la pobreza estructural. La enfermedad del Chagas afecta de manera casi exclusiva a los pobres del continente americano. Por lo tanto, la prevalencia de esta enfermedad tiene una explicación marcadamente social: se debe a unas condiciones socioeconómicas caracterizadas por la pobreza y la precariedad que presentan las viviendas de las poblaciones rurales y por la falta de recursos de los Estados destinados a combatirla.

Por su parte, en opinión de Farmer (2000) la tuberculosis constituye una enfermedad de la pobreza desde el momento en que el “mundo subalterno” de los pobres constituye un escondite adecuado para las enfermedades infecciosas, especialmente cuando se trata de situaciones de segregación y marginación social. En relación a esto último, McKenna (1995) observó la incidencia de la tuberculosis entre inmigrantes en Estados Unidos, muchos de los cuales vivían en refugios para personas sin hogar (*home-less*), centros correccionales y campamentos para trabajadores extranjeros (Goldberg, 2008a, p.8).

Partiendo de lo anterior, entonces, un enfoque de investigación/intervención socioepidemiológica debe guiarse por una premisa fundamental: la vinculación existente entre las condiciones-modos de vida y la situación de salud/enfermedad/atención de las personas (en los casos comparativos analizados, tanto inmigrantes en su país de origen como en la sociedad de destino). Dicha vinculación ha sido abordada por diversos autores, tanto de aquellos provenientes de la epidemiología social (Almeida Filho, 1992; Breilh, 2003 y otros) como de algunos de los principales referentes de la Antropología Médica (Menéndez, 1992; 1990; Laurell, 1986; Grimberg, 1998 y otros).

Resulta indispensable entonces abordar la relación entre salud y modos de vida/de trabajo reconociendo la centralidad que poseen los factores estructurales que afectan la salud/enfermedad/atención de los sujetos, incluyendo en el análisis desde la situación de marginalidad y exclusión por su condición de inmigrantes, en muchos casos indocumentados, hasta las condiciones desiguales de acceso a los servicios sanitarios y a los medicamentos. Tanto las necesidades básicas insatisfechas como los factores de riesgo en el trabajo, entre otras variables, deben ser tenidos en cuenta en el análisis de sus procesos de salud/enfermedad/atención, así como el “duelo migratorio” que supone la situación de emigrar. (Goldberg, 2008d)



Polizones en sangre: migrantes bolivianos con Chagas en Barcelona

La enfermedad de Chagas, que actualmente afecta a 10 millones de personas en Latinoamérica y mantiene cerca de 90 millones en riesgo de contraerla, golpea especialmente a los pobres de zonas rurales pero también comienza observarse una creciente urbanización de casos. Según valoraciones de la Organización Mundial de la Salud [OMS], el Chagas se expandió desde América Latina a Estados Unidos y Europa debido a controles de sangre inadecuados, convirtiéndose en un problema global. En el caso particular de España, ésta se ha convertido en los últimos cinco años en uno de los países europeos que recibe más inmigrantes procedentes de América del Sur. En consecuencia, en opinión de un especialista de la Organización Panamericana de la Salud, la infección por *Trypanosoma cruzi* podría ser un problema actual importante en España (Schmunis, 2007). Por otro lado, un trabajo realizado por médicos españoles en 2005 apuntaba el hecho de que alrededor de 600.000 personas procedentes de áreas endémicas del continente americano vivían para ese entonces en España, portando enfermedades importadas como el Chagas, lo cual demandaba una especial atención para optimizar su manejo diagnóstico, clínico y terapéutico (Muñoz y Gascón, 2005). Dos años más tarde, uno de esos autores advertía que en las unidades y servicios especializados en medicina tropical y salud internacional de Barcelona ya se estaban diagnosticando y tratando a personas con esa enfermedad (Gascón, 2007).

Tenemos así que la enfermedad de Chagas ha emergido en el medio español/catalán/barcelonés como enfermedad importada debido al creciente flujo migratorio de población latinoamericana, particularmente boliviana.

En este sentido, un dato empírico que resulta trascendental es el de la evolución en España del número de inmigrantes pertenecientes a colectivos latinoamericanos, incluidos aquellos con mayor prevalencia de la enfermedad de Chagas: bolivianos y argentinos. Vale subrayar que es en Bolivia donde la infección por *Trypanosoma cruzi* constituye la más alta del continente americano. En efecto, dentro de las principales zonas endémicas de la enfermedad, que abarca desde México hasta el noroeste argentino, el mayor porcentaje de población afectada lo tiene Bolivia con más de un millón de infectados sobre una población total de siete millones de habitantes. Concretamente, en ese país la enfermedad de Chagas es responsable del 13 % de las defunciones de las personas entre 15 y 75 años. Del mismo modo, según el Ministerio de Salud y Previsión Social de Bolivia, 3.500.000 de personas (casi la mitad de la población boliviana) están en riesgo de contraer la enfermedad y 300.000 niños menores de 12 años están ya infectados. (Blanco y Segura, 2000; Alfred, Noireau y Guillén, 1999)

El caso de los inmigrantes bolivianos en Barcelona es particularmente relevante, ya que ha sido la nacionalidad extranjera que más ha aumentado durante 2006 en cifras absolutas en



esta ciudad. Con 4.857 personas y una tasa de crecimiento del 42,3% se ubicaron, en enero de 2007, en el tercer puesto del ranking de principales nacionalidades en esa ciudad, detrás de los italianos y los ecuatorianos y por encima de los peruanos. (Ajuntament de Barcelona, 2007)

Buena parte de los itinerarios migratorios de los bolivianos residentes en Barcelona suponen una experiencia previa como inmigrantes en Argentina, principalmente en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMB). En su mayoría llegaron a nuestro país en búsqueda de trabajo, atraídos fundamentalmente por la paridad cambiaria peso-dólar de la llamada convertibilidad. En buena medida ingresaron de manera clandestina y se insertaron en un mercado laboral flexibilizado, ocupando en muchos casos puestos de trabajo precarios en el ámbito de la economía informal o sumergida. Con la crisis de la convertibilidad que tuvo su pico en diciembre de 2001, algunos de esos inmigrantes bolivianos y sus familias optaron por emigrar nuevamente, esta vez con destino España, asentándose en las principales ciudades como Barcelona y Madrid. Allí se han desempeñado, los hombres, fundamentalmente en el ámbito de la industria de la construcción; las mujeres, en el servicio doméstico y el cuidado de ancianos.³

En términos generales, algunas de las principales características de la enfermedad de Chagas son las que se apuntan a continuación:

- La mayoría de las víctimas generalmente no sabe que contrajo Chagas porque la infección se mantiene dormida durante décadas después de la picadura del insecto.
- No debe perderse de vista que el mecanismo de transmisión es indirecto y que otra vía importante es la oral, por recibir deyecciones durante el sueño en la boca abierta o por contaminación de alimentos con esas deyecciones.
- Incrementar la detección en chicos es esencial, ya que el Chagas puede curarse por completo si se trata antes de los 15 años; después, los medicamentos ya no logran el mismo resultado. Un bebé nacido de madre chagásica, aunque el test resulte positivo, no necesariamente queda infectado: hay que esperar a que cumpla un año para saber si el test se revierte o no, pero lo que suele suceder es que, en ese lapso, el sistema de salud suele perder de vista a esa madre y su hijo. Por eso mismo, la relación entre el sistema de salud y la población resulta también crucial en el control de la transmisión del Chagas.
- La infección intrauterina oscila entre el 2 y el 5% de los niños nacidos de madre con infección chagásica crónica. Este porcentaje es mayor si la madre adquiere esta

³ Para ampliar sobre las distintas etapas de los movimientos migratorios de bolivianos a nuestro país, puede consultarse Sassone (1988).



infección durante la gesta. La infección del embrión o feto, produce distintos grados de morbilidad: aborto, prematuridad, bajo peso, diferentes signos y síntomas o lo que es más común un niño infectado y asintomático.

- La transmisión vertical, es la principal vía de adquisición de la infección por *Tripanosoma Cruzi* en niños menores de un año. La vía connatal de madre a hijo puede ocurrir intraútero o intraparto. La prevalencia en países como Argentina, por ejemplo, es de 7.5%, estimando que habría 50.000 recién nacidos expuestos a riesgo y 1.500 casos producidos por año. (Freilij and Altcheh, 1995)

Respecto a las potenciales vías de infección en áreas no endémicas como Europa/España/Cataluña/Barcelona, resultan dos las principales: la transfusión de sangre/trasplante de órganos y la transmisión vertical de madres infectadas. En este sentido, existe la necesidad de controlar la infección a estos niveles, a la vez que se consigue estandarizar las técnicas de diagnóstico y tratamiento, así como los protocolos de actuación. Se requieren, por tanto, estudios a gran escala para estimar la magnitud de esta enfermedad en nuestro medio, difundir su conocimiento entre los profesionales de la salud y generar medidas políticas de control para evitar nuevos contagios (Muñoz y Gascón, 2005). Como parte de la visualización del problema, mediante un *Real decreto* de 2005 se le brinda especial atención a la donación de sangre en Cataluña, aplicando una prueba específica en aquellos donantes que presentan riesgo de ser portadores de la enfermedad de Chagas. Del mismo modo, los españoles u otras personas residentes en el país que visitaron una zona endémica de enfermedad de Chagas quedan automáticamente excluidos de la donación durante 6 meses. Pero no se le asignan, no obstante, los recursos asistenciales adecuados a la principal vía de transmisión que existe en Cataluña/Barcelona: la congénita o transmisión vertical madre-hijo.

Se remarca, asimismo, el déficit que existe en la producción médico-científica de España/Cataluña sobre la temática. En general, las referencias provienen de los países endémicos latinoamericanos, así como de documentos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), aunque estos últimos están centrados prioritariamente en el eje de la transmisión vectorial.

A partir de la exploración de campo realizada ha sido posible identificar los siguientes elementos:

1. Aproximadamente la mitad de los sujetos entrevistados conocen o han oído hablar del Chagas como enfermedad. Del mismo modo, la información que poseen sobre ésta es escasa.
2. En términos generales, se percibe que los sujetos no tienen incorporada la problemática del Chagas como parte de sus preocupaciones cotidianas, tanto en origen como



en destino. En tal sentido, el Chagas no es asumido como un “peligro” ni vivido como una problemática en sí misma.

3. La representación social que los inmigrantes bolivianos entrevistados que “saben” del Chagas tienen sobre la enfermedad se manifiesta particularmente a través del tipo de relación que tenían con la vinchuca, insecto vector transmisor de la enfermedad, en sus contextos de vida de la sociedad de origen. En el caso de las personas que provienen de comunidades rurales, la cual representa una parte importante del conjunto de la emigración boliviana, se ha podido constatar la idea de que la vinchuca es “un bicho más” al que se le tiene el respeto necesario y suficiente, pero al cual no se le teme ni se lo asocia con una problemática específica; muchos menos con la muerte. Esto último se vincula al hecho de que cuando la vinchuca pica los síntomas aparecen con el tiempo, en el transcurso de la vida, con los años, existiendo la posibilidad de que los sujetos no lleguen nunca a percibirlos como tales. Asimismo, al no presentarse síntomas en lo inmediato, la picadura de este insecto no les impide continuar con sus labores y actividades cotidianas.

4. Esta relativa “naturalización” de la vinchuca y de la problemática del Chagas queda en evidencia desde el momento en que algunos de los entrevistados que reconocieron ser chagásicos asumieron no estar realizándose los tratamientos pertinentes: no tanto debido a una cuestión material/monetaria sino, más bien, como consecuencia de la falta de asimilación del tema como un problema grave mientras no les impida dejar de trabajar o no sufran un “accidente fatal”.

5. Un último aspecto lo constituye la construcción del estereotipo “boliviano chagásico” que ha comenzado a circular por ciertos ámbitos de los servicios de atención de la salud pública española, en este caso catalana; y que ha generado preocupación entre los sujetos a raíz del probable impacto que puede llegar a tener lo descrito en términos de estigma y discriminación laboral⁴. Algo similar a lo que sucede con la construcción del estereotipo “boliviano tuberculoso” en la ciudad de Buenos Aires, tal como se abordará a continuación.

⁴ El impacto socioeconómico-familiar que tiene el Chagas para las personas infectadas es enorme. Ignorando la diferencia existente entre estar infectado y estar enfermo, muchos empleadores niegan el trabajo a cualquier persona que en los exámenes ocupacionales previos resulte con serología positiva. En consecuencia, representa no sólo una enfermedad de la pobreza, sino un claro ejemplo de los mecanismos de exclusión que se ponen en práctica como partes de procesos de discriminación social y laboral.



Tuberculosis en inmigrantes bolivianos residentes en la Ciudad de Buenos Aires

En otros trabajos he abordado la salud/enfermedad/atención de inmigrantes bolivianos del AMB desde una perspectiva antropológica, rescatando la validez de la etnografía como metodología que posibilita una mejor aproximación al contexto del modo de vida de los sujetos, así como el análisis de la relación entre sus representaciones y sus prácticas. En tal sentido, se consideran 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.

Como primer elemento a remarcar alrededor del problema tuberculosis/inmigración es, entonces, aquel referido a la vinculación entre las condiciones de vida precarias, las crisis económicas, las infecciones por HIV, las guerras o los procesos migratorios, entre otros fenómenos estructurales, y el resurgimiento de la tuberculosis en determinados contextos urbanos caracterizados por la marginación, las NBI insatisfechas, y el hacinamiento. Contextos como el de los barrios del suroeste de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (C.A.B.A.) -tales como Pompeya, Soldati, Lugano, Floresta, Liniers, etc.- donde existe una alta concentración territorial-habitacional de población inmigrante proveniente de países limítrofes, en una gran proporción de origen boliviano.

Según las estimaciones de la OMS, nuestro país presenta una tasa de 31 casos de tuberculosis por 100.000 habitantes, lo cual implica un total de 12.172 casos (World Health Organization [WHO], 2009). De acuerdo a los datos del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación (MINSAL), durante 2007 se registraron en Argentina alrededor de 10.000 casos de tuberculosis, lo cual representa una tasa estimada de 27 casos cada 100.000 habitantes. Sin embargo, las desigualdades al interior de nuestro país según provincias son muy marcadas, siendo Jujuy una de las provincias más pobres del país y con uno de los sistemas de salud más deficitarios, aquella que presenta la mayor tasa: 67 cada 100.000 habitantes.

Por otro lado, es preciso señalar que la forma predominante de tuberculosis que se da en nuestro país es la pulmonar, afectando a la población joven, en su mayoría hombres (58%) en edad laboral y más pobre, según el indicador de NBI. Respecto a esto último, tenemos que el 20% más pobre de la población argentina concentra el 30% del total de casos de tuberculosis del país. (Fuente: Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 2007)

La realidad muestra que la incidencia de la tuberculosis en inmigrantes del AMB ha aumentado significativamente en el transcurso de los últimos años. Según datos proporcionados por la Red para la Atención de Tuberculosis de la Ciudad de Buenos Aires, el porcentaje de



inmigrantes tratados en la red de hospitales públicos (provenientes tanto de la ciudad como del conurbano) fue trepando del 33,7% en 2004 hasta llegar al 51% en 2007. De ese porcentaje de inmigrantes tratados por tuberculosis en el transcurso de ese año, más de la mitad fueron ciudadanos bolivianos, además de constituir el 36,7% del total general de casos tratados.

Si tomamos como unidad de análisis las distintas áreas programáticas de salud de la ciudad, mientras que la tasa promedio fue en el transcurso del mismo año de 40 casos cada 100.000 habitantes, en el área programática del Hospital Piñero, situado en la zona suroeste de la ciudad (Bajo Flores), de las más pobres y que, además, concentra uno de los mayores porcentajes de población boliviana residente en la C.A.B.A., la tasa alcanza los 246 casos cada 100.000 habitantes: la más alta de la ciudad. (Fuente: Red de TBC de la C.A.B.A.)

No obstante lo anterior, es importante subrayar el hecho que los extranjeros en general y los inmigrantes bolivianos en particular, a pesar del aumento progresivo de casos de tuberculosis desde la década de 1990 en adelante, no constituyen la mayoría de los infectados con tuberculosis, ni a nivel del país ni en la ciudad de Buenos Aires; ni siquiera en las áreas programáticas de la zona suroeste de ésta última.

Vale apuntar el hecho de que las condiciones de vida y las características del proceso de trabajo constituyen agentes importantes de influencia en el cuadro de morbilidad de los trabajadores, determinantes en el desgaste de su salud, fuentes de enfermedades, padecimientos y malestares y causas de muerte entre ellos. Tal como afirma Menéndez (1986, p. 52):

“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.”

En ese sentido, las condiciones de precarización laboral que impuso desde la década de 1990 en adelante la globalización neoliberal repercuten 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 son desarrolladas al margen de las disposiciones y procedimientos establecidos por la normativa vigente. Como consecuencia de



ello, 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 nulo descanso, y sin que se efectúe la correspondiente revisión médica ocupacional de las personas que trabajan y viven en los talleres.

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 (Goldberg, 2008b):

“Con el taller de costura se ve mucho es que hay muchas familias que viven en el taller y esto es peor todavía que el que trabaja y se va a su casa, porque viven al lado de la máquina, o donde cortan o donde cosen, así que eso es como que contagian todo...” (Entrevista a M, médica del Hospital Muñiz)

“Es que son grupos familiares. Los dueños del taller o para los que trabajan son los tíos o los primos, son los que los explotan...no los dejan venir. Tienen dificultades para venir porque no los dejan... O a veces no los dejan a los compañeros de trabajo, a veces no les comunican... tienen que traer a sus compañeros de trabajo, porque supuestamente se lo contagian y no, no le dicen, porque tienen miedo de perder el trabajo, que les digan que no vayan más por estar enfermos”. (Entrevista a S, médica del Hospital Muñiz)

Como ocurre en otros tantos casos históricos y actuales, aquí también lo prioritario para estos inmigrantes es el trabajo y poder conservarlo, sobre todo en tiempos de recesión económica y aumento de la desocupación. La salud está en otro lugar...

“Es la cuestión del inmigrante, ¿no es cierto?... El inmigrante es así: es un esclavo de su trabajo, porque sino no puede sobrevivir, como inmigrante. Encima acá los traen al lugar del trabajo, perdido el lugar de trabajo muchas veces, el dueño les retiene los documentos, les debe dinero...” (Entrevista a N, trabajadora social del Hospital Muñiz)

“No pasa tanto con la gente que trabaja en la construcción...porque tiene más acceso para venir, dejan la obra y pueden salir más fácilmente que en un taller, a mí me da la sensación de que en el taller están más presos” (Entrevista a C, farmacéutica del Hospital Muñiz)



“Ellos tienen tanto miedo por la policía, por que seguro que son ilegales, porque en algún momento pasó que varios chicos, jovencitos, usaban el mismo documento...”
(Entrevista a L, médica del Hospital Muñiz)

En general, la tuberculosis en inmigrantes bolivianos residentes en la ciudad de Buenos Aires se manifiesta más o menos a los dos años de haber llegado al país. En algunos casos ya vienen diagnosticados desde origen, se tratan en destino y el riesgo es que contagien al resto de su familia y que abandonen el tratamiento. Sin embargo, en los últimos años se ha detectado un aumento de casos de aquellos que se infectan en el marco de sus contextos de vida en la sociedad de destino, debido a las condiciones de hacinamiento de los talleres textiles, la baja en las defensas por los ritmos intensos del trabajo, la deficiente alimentación con la consecuente mal nutrición, etc.:

“En este momento lo que se ve, lo que prevalece es en los talleres... tiene que ver con las condiciones y medidas de higiene...” (Entrevista a M, médica del Hospital Muñiz)

De modo que el punto de partida de un abordaje de la incidencia de esta enfermedad en inmigrantes bolivianos de la ciudad de Buenos Aires es que éstos enferman y mueren de tuberculosis como consecuencia directa de los modos de vida y de trabajo que caracteriza su situación migratoria en esta sociedad. De forma particular, el taller textil, como unidad productiva-habitacional central del modo de vida/de trabajo de los sujetos de estudio, dadas sus características, constituye un espacio que posibilita la emergencia de la tuberculosis, su contagio y su transmisión.

En términos de los procesos asistenciales de los sujetos, la hipótesis es que tanto la epidemiología como la clínica médica, debido a su construcción biomédica del padecimiento y al método que utilizan, poseen limitaciones para abordar la relación entre la incidencia de la tuberculosis y los modos de vida/de trabajo de los sujetos. En tal sentido, un enfoque cualitativo-participativo dirigido a construir una epidemiología sociocultural que busque obtener información de “calidad” y holística sobre el problema, puede generar un conocimiento más profundo y complejo de la experiencia del enfermar por tuberculosis en inmigrantes bolivianos de la ciudad de Buenos Aires, así como de los factores sociales, políticos y culturales asociados a la misma... Aún reconociendo la limitación estructural de que la manera más eficaz de primeramente prevenir, y luego garantizar un tratamiento adecuado de la tuberculosis entre los trabajadores, es la transformación de sus modos actuales de vida y de trabajo esclavo en los talleres por condiciones verdaderamente dignas.



Reflexiones finales

Si bien desde el punto de vista estrictamente médico las diferencias entre el Chagas y la tuberculosis son marcadas, ambas enfermedades representan para los sujetos que las padecen en sus vidas cotidianas lo que en Antropología se conceptualiza como *Structural Violence* y *Social Suffering*. El concepto de *Structural Violence* (Farmer, 2004) es aplicado en los estudios de la Antropología Médica para hacer referencia a las distintas formas de violencia que no se ejercen directamente de un individuo hacia otro, sino desde la misma estructura social. La violencia estructural penetra en la vida de las personas pertenecientes a determinados conjuntos sociales subalternos de manera coercitiva, limitándoles la conciencia y la capacidad de creación, volviéndolas más vulnerables, aunque en el mismo proceso estos generen resistencias, luchas, demandas organizadas. En este sentido, una perspectiva como la que se sostiene en ningún caso puede inducir a pensar -como sí suele reproducirse en ciertos discursos médicos- que los sujetos son responsables de sus padecimientos y enfermedades “por culpa” de sus “conductas” de salud.

Mientras que por *Social Suffering* se entiende un tipo de sufrimiento provocado por las rupturas violentas que las fuerzas sociales pueden ejercer sobre la experiencia humana. El sufrimiento social en los sujetos es producto del poder político, económico e institucional dominante, que direcciona en el mismo proceso las respuestas individuales de los sujetos a los problemas sociales estructurales. Desde este enfoque, el sufrimiento se convierte en una cuestión política, emergiendo como el fruto –amargo- de una relación desigual entre sujeto y orden social, aflorando a través de las modalidades con las cuales ese malestar penetra la experiencia individual y se expresa mediante paradigmas corpóreos (Quaranta 2006).

En consecuencia, la desigualdad, la marginación, la exclusión y la precarización social y laboral que marcan la vida cotidiana de buena parte de los sujetos inmigrantes que abordamos en este trabajo constituyen, simultáneamente, en términos del abordaje antropológico, procesos estructurales y experiencias de vida. Dichos procesos se inscriben en los cuerpos –se corporifican- (Csordas, 1994), desplegándose en una diversidad de modos de sufrimiento social, así como en modos de interpretar, actuar y responder frente a ellos por parte de los sujetos (Grimberg, 2003).

Cada vez en mayor medida es posible comprobar cómo algunos de los problemas de la salud pública en ciudades como Barcelona o Buenos Aires se relacionan con fenómenos emergentes como el de las migraciones, el cual se manifiesta en proporción creciente en los diferentes ámbitos de las relaciones interculturales que se producen en los distintos contextos. En el caso de los servicios sanitarios de Barcelona, muchos de los usuarios de los mismos provienen de países latinoamericanos donde la enfermedad de Chagas es endémica. Respecto a



la salud pública de la Ciudad de Buenos Aires y el Área Metropolitana, una proporción altísima de usuarios proviene de países limítrofes como Bolivia. En ambos contextos, algunos de estos inmigrantes poseen dificultades de inserción (irregularidad administrativa migratoria, trabajo en negro, etc.) que derivan en situaciones de marginalidad sociocultural, todo lo cual repercute en sus procesos asistenciales.⁵

Por lo tanto, las dimensiones sociosanitarias de la inmigración deben abordarse también en el nivel de la salud pública. Para abordar dichas problemáticas la metodología cuantitativa-epidemiológica puede aportar datos importantes sobre la población de estudio desde el punto de vista médico. Sin embargo, estas pueden obtener sólo información limitada acerca de la vinculación entre las condiciones o modos de vida y de trabajo y la incidencia de la tuberculosis en inmigrantes bolivianos de la ciudad de Buenos Aires, o tratar los casos de inmigrantes bolivianos con Chagas en Barcelona. Lo anterior, debido a que en la práctica las investigaciones e intervenciones convencionales en epidemiología y salud pública siguen privilegiando explicaciones de corte reduccionista, en concordancia con el paradigma biomédico dominante; alcanzando su máximo nivel de sofisticación estadística en la moderna epidemiología del riesgo y en avances conseguidos en biología genética y molecular, que tienden a ser incorporados a costa de soslayar los factores sociales, políticos y culturales. (Goldberg, 2008a)

La Antropología incorpora al análisis interrogantes referidos a la subjetividad y la cotidianidad, preguntándose por las especificidades que cobran las experiencias cotidianas de los sujetos, por ejemplo en el trabajo, particularmente sobre el impacto que tiene en los cuerpos (corporificación) y en la salud de las personas que trabajan en las condiciones descritas en los talleres textiles clandestinos; indaga en la emergencia de formas de sufrimiento social y padecimientos que son consecuencias de aquellas y en las vinculaciones con otros aspectos de la vida cotidiana como el grupo doméstico, las redes de parentesco, migratorias, etc.

Se vuelve indispensable entonces construir un conocimiento etnoepidemiológico de los procesos de salud/enfermedad/atención de inmigrantes bolivianos, tanto de Barcelona como de Buenos Aires, relacionados con el Chagas y la tuberculosis, respectivamente. Para ello, es preciso indagar en los factores de riesgo ligados a sus modos de vida y de trabajo, tanto en

⁵ Por ejemplo, la población de origen boliviano que reside en la ciudad de Buenos Aires se concentra en las zonas más empobrecida, más desatendidas en cuanto a políticas públicas y con mayor grado de estigmatización de la ciudad. Partimos entonces de la consideración de la población de estudio como un conjunto heterogéneo, variado, compuesto por personas pertenecientes a un colectivo inmigrante situado como minoría étnico-cultural en nuestro país y en la ciudad; en general, ubicados en el segmento de las clases subalternas, con cierto nivel de marginación, y sujetos a procesos de estigmatización y discriminación. Desde esta perspectiva, constituyen un grupo con un alto grado de vulnerabilidad social. (Goldberg, 2008d)



origen como en destino, así como en los itinerarios terapéuticos seguidos para diagnosticar y tratar estas enfermedades, en el ámbito laboral, de la unidad doméstica y de los servicios públicos de salud. Conocer los valores, significados, sentidos y prácticas de los sujetos en torno a estos padecimientos en el contexto de sus modos de vida y de trabajo en situación migratoria, resulta de singular importancia para la aplicación exitosa de programas de atención médica sanitaria. En este sentido, mediante el marco teórico-conceptual de la Antropología Médica y el método etnográfico que esta utiliza, se puede lograr un puente interdisciplinar para obtener un conocimiento más completo sobre este tipo de problemas y diseñar mecanismos participativos de intervención sociosanitaria, en el sentido de generar una transferencia al personal sanitario en cuanto a mayores conocimientos sobre las representaciones y las prácticas de inmigrantes bolivianos en torno a la salud/enfermedad/atención, focalizando en estas dos enfermedades en cada contexto. Y, complementariamente, aportar a la población inmigrante boliviana una mayor cantidad y calidad de información relativa a la prevención de las mismas y al proceso asistencial existente en cada contexto sanitario para su curación.



Bibliografía

- Ajuntament de Barcelona (2007). Departament d'Estadística. Disponible en www.bcn.es
- Alfred J., Noireau, F. y Guillén, G. (1999). *Chagas: la enfermedad en Bolivia*. La Paz: Ministerio de Salud y Previsión Social.
- Almeida Filho, N. (1992). *A Clínica e a Epidemiologia*. Salvador: APCE-ABRASCO.
- Blanco, S. y Segura, E. (2000). Congenital transmission of *Trypanosoma cruzi*: an operational outline for detecting and treating infected infants in northwestern Argentina. *Tropical Medicine and International Health*, 5, 293-301.
- Breilh, J. (2003). *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar.
- Cragnolini de Casado, G. (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.
- Csordas T. (1994). *Embodiment and Experience*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Farmer, P. (1996). Social inequalities and emerging infectious diseases. *Emerging infectious diseases journal*, 2 (4), 259-269.
- Farmer, P. (2004). An Anthropology of Structural Violence. *Current Anthropology*, 45(3), 305–325.
- Freilij, H. and Altcheh, J. (1995). Congenital Chagas 'disease': diagnostic and clinical aspects. *Clinical Infectious Disease*, 21, 551-555.
- Gascón, J. (2007). Diagnóstico, manejo y tratamiento de la cardiopatía chagásica crónica en áreas donde la infección por *Trypanosoma cruzi* no es endémica. *Revista Española de Cardiología*, 60 (3), 285-293.
- Goldberg, A. (2006). Dinámicas y estrategias socioculturales de inserción económica de los migrantes senegaleses: una indagación etnográfica. En J. Beltrán; L. Oso y N. Ribas (Eds.) *Empresariado étnico en España* (p. 263-286). Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Observatorio Permanente de la Inmigración
- 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), Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social Facultad de Letras, Universidad Rovira y Virgili, Tarragona.

Goldberg, A. (2007b). *"Tú Sudaca..." Las dimensiones histórico-geográficas, sociopolíticas y culturales alrededor del significado de ser inmigrante (y argentino) en España*. Buenos Aires: Prometeo Libros.

Goldberg, A. (2008a). Antropología, procesos migratorios y el abordaje de la salud/enfermedad/atención entre inmigrantes bolivianos del Área Metropolitana de Buenos Aires. Trabajo presentado en las *V Jornadas de Investigación en Antropología Social*, 19 al 21 de noviembre de 2008. SEANSO-ICA-FFYL-UBA.

Goldberg, A. (2008b). Etnografía de los procesos de salud/enfermedad/atención en inmigrantes bolivianos del Área Metropolitana de Buenos Aires. Trabajo presentado en el *IX Congreso Argentino de Antropología Social: Fronteras de la Antropología*, Posadas, 5 - 8 de agosto de 2008.

Goldberg, A. (2008c). El proceso de salud/enfermedad/atención de los migrantes senegaleses en Barcelona. En: Gerardo Fernández Juárez, Irene González y Puerto García (Eds.). *La diversidad frente al espejo: salud, interculturalidad y contexto migratorio* (pp. 385-396). Toledo-Quito: Universidad de Castilla-La Mancha- Abya Yala.

Goldberg, A. (2008d). Salud e interculturalidad: aportes de la Antropología Médica para un abordaje sociosanitario de la población boliviana de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Buenos Aires Boliviana*. Ed. Comisión para la Preservación del Patrimonio Histórico Cultural de la Ciudad de Bs. As., Ministerio de Cultura, GCABA. (p. 233-246), Volumen N° 24 de la Colección Temáticas de Patrimonio Cultural.

Grimberg, M. (1998). VIH/SIDA y proceso salud-enfermedad-atención: Construcción social y relaciones de hegemonía. *Seminario-taller de capacitación de formadores*. Buenos Aires: LUSIDA.

Grimberg, M. (2003) Narrativas del cuerpo. Experiencia cotidiana y género en personas que viven con VIH. *Cuadernos de Antropología Social*, 17, 79-100.

Laurell, A. C. (1986). El estudio del proceso salud-enfermedad en América Latina. *Cuadernos Médico-Sociales*, 37, 3-17.

McKenna, M. (1995). The epidemiology of tuberculosis among foreign-born persons in the United States, 1986 to 1993. *New England Journal of Medicine*, 332 (16), 1071-1076.

Menéndez, E. (1990). *Morir de Alcohol. Saber y hegemonía médica*. México: Alianza.



- Menéndez, E. (1992). Grupo doméstico y proceso salud/enfermedad/atención. Del “teoricismo” al movimiento continuo. *Cuadernos Médico Sociales*, 59, 3-18.
- Menéndez, E., (1986). Modelo médico, salud obrera y estrategias de acción del sector salud, *Nueva Antropología*, VIII, 29.
- Muñoz, J. y Gascón, J. (2005). Enfermedad de Chagas importada. *Enfermedades Emergentes*, 7 (3), 134-138.
- Quaranta, I. (2006). *Sofferenza Sociale*. Roma: Meltemi Editore.
- Romani, O. (2002). La salud de los inmigrantes y la de la sociedad. Una visión desde la antropología. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 9 (7), 498-504.
- Sassone, S. (1988). Movimiento fronterizo de extranjeros en la Argentina. Efectos del régimen de vecindad. *Revista Geográfica*, IPGH-OEA; 108, 19-51.
- Schmunis, G. (2007). Enfermedad de Chagas en un mundo global. En Varios Autores: *La enfermedad de Chagas. A la puerta de los 100 años del conocimiento de una endemia americana ancestral* (pp. 251-266). Buenos Aires: Fundación Mundo Sano-OPS.
- World Health Organization [WHO]. (2009). *Report 2009 Global Tuberculosis Control*. Suiza: WHO.