



## **La vida confeccionada entre retazos de tela: trabajo, vivienda y salud en inmigrantes bolivianos de la ciudad de São Paulo.<sup>1</sup>**

**Life sewn between shreds of cloth: work, housing and health in Bolivian immigrants of the city of São Paulo**

**A vida confeccionada em retalhos de tecido: trabalho, moradia e saúde de imigrantes bolivianos na cidade de São Paulo**

**Cássio SILVEIRA\***  
**Denise MARTIN\*\***  
**Alejandro GOLDBERG\*\*\***

Recibido: 04.04.18

Recibido con modificaciones: 04.10.18

Aprobado: 12.10.18



### **RESUMEN**

Se aborda el fenómeno de jóvenes trabajadores bolivianos de ambos sexos que emigran a la ciudad de São Paulo en busca de mejores condiciones de vida, determinadas principalmente por la posibilidad de encontrar trabajo o uno mejor remunerado del que tenían en origen. Mayoritariamente sin conocer el oficio previamente, la costura constituye con frecuencia la única opción de trabajo “viable” en lo inmediato, ya que garantiza un techo, alimento y dinero. Los inmigrantes bolivianos y, dado el caso, sus hijos, experimentan diversos problemas de salud vinculados con las precarias condiciones de higiene, salubridad y trabajo presentes en el espacio de la oficina de costura (taller textil). Una parte importante de los sujetos no acude a los centros de salud para tratar estos problemas por desconocimiento, temor o barreras lingüísticas, pero fundamentalmente porque deben seguir trabajando, ya que, en caso contrario, no cobrarán el dinero por pieza producida.

**Palabras clave:** inmigrantes bolivianos, São Paulo, oficinas de costura, dimensiones de la salud-enfermedad-atención

### **ABSTRACT**

This article examines the phenomenon of young Bolivian workers of both sexes who migrate to the

<sup>1</sup>Agradecimientos: esta investigación fue financiada por el Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão (CEALAG), Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo-Brasil.

\*Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. [cassio.silveira@fcmcs.edu.br](mailto:cassio.silveira@fcmcs.edu.br)

\*\*Universidade Católica de Santos. [demartin@unisantos.br](mailto:demartin@unisantos.br)

\*\*\*Instituto de Ciencias Antropológicas, sección de Antropología Social; Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas de la República Argentina-UBA. [alejandro.goldberg@gmail.com](mailto:alejandro.goldberg@gmail.com)

city of São Paulo to improve their living conditions, mainly due to the possibility of finding better work and higher pay than found in their country of origin. Most immigrants are uninformed about the work conditions that they will find at their destination, and sewing is often a viable option for work, since it guarantees housing, food and a salary. Immigrants, and in some cases their children, have several health problems caused by unsanitary and dangerous work conditions present in sewing workshops. A large proportion of immigrants do not access health centres to treat their problems due to a lack of knowledge about services, fear, language barriers and mainly because they cannot interrupt their work day due to the risk of diminishing their income determined by the quantity of garments that they produce.

**Key words:** Bolivian immigrants, São Paulo, Textile workshops, Health-illness-care dimensions

## RESUMO

O fenômeno de jovens trabalhadores bolivianos de ambos os sexos que migram para a cidade de São Paulo em busca de melhores condições de vida, tem sido determinado principalmente pela possibilidade de encontrar trabalho e remuneração melhores do que aqueles encontrados em seu país de origem. A maior parte dos imigrantes desconhece as condições que trabalho que encontrarão no destino, sendo a costura, muitas vezes, a única opção de trabalho viável quando da chegada ao destino, tendo garantia, também, de morada, alimentação e remuneração. Os imigrantes, e em alguns casos seus filhos, vivenciam vários problemas de saúde gerados pelas precárias condições de higiene, saúde e trabalho presentes nas oficinas de costura. Uma parte importante dos imigrantes não frequenta os centros de saúde para tratar seus problemas devido ao desconhecimento sobre os serviços, medo, barreiras linguísticas e, principalmente, porque não podem interromper a jornada de trabalho sob risco de diminuição da renda adquirida pela produção de peças de vestuário.

**Palavras-chave:** Imigrantes Bolivianos, São Paulo, Oficinas de Costura, dimensões saúde-doença-cuidados

## SUMARIO

1. Presentación. 2. Problematización. 3. Modos de vida-trabajo-vivienda en las oficinas de costura de São Paulo. 4. Dimensiones de la salud/enfermedad/atención entre los trabajadores de las oficinas de costura (y sus hijos). 5. Consideraciones finales. 6. Bibliografía

\*\*\*\*\*

### 1. Presentación

Recogemos en esta contribución una parte de los resultados arrojados por un estudio realizado en São Paulo, focalizado en el ámbito de las migraciones y la salud, cuyo trabajo de campo se concentró entre los meses de setiembre y diciembre de 2015. La investigación ejecutada fue de carácter exploratorio, descriptivo y analítico. Exploratorio, en tanto no conocíamos a priori las características definitorias de la población estudiada; de ahí que se justifique un diseño metodológico que incluyó estrategias de investigación cualitativas, mismas que se expondrán a continuación. Descriptivo, en la medida en que buscamos describir la estructura y los significados de los modos de vida-vivienda-trabajo, las experiencias del padecer las enfermedades sufridas por lo sujetos como consecuencia de lo anterior, así como sus procesos asistenciales, a partir de las dimensiones por medio de las cuales los propios sujetos las representaron y definieron. Para posteriormente, someter todo ello al análisis, de acuerdo a categorías provenientes del marco teórico y conceptual asumido, al mismo tiempo que contrastado con las observaciones realizadas. Finalmente, fue de carácter analítico-comparativo, desde el momento en que no sólo intentamos detectar y describir un fenómeno concreto, sino que pretendimos ir más allá, intentando buscar sus múltiples causas, sus correlatos y efectos en los distintos niveles en los cuales impacta: desde el cuadro de morbimortalidad de los propios sujetos, hasta el ámbito de la salud pública de la ciudad de São Paulo.

El trabajo de campo etnográfico combinó la observación participante, las entrevistas en

profundidad semi estructuradas y el análisis de narrativas, con la recopilación y análisis bibliográfico, y el uso de fuentes secundarias y estadísticas. El mismo fue factible de realizar por medio del acompañamiento hecho durante las visitas de terreno que realizan a las oficinas de costura (talleres textiles) -con una periodicidad sistemática mínima mensual-, las Agentes Comunitarias de Salud (ACS) de la UBS Centro de Saúde Escola Barra Funda “Dr. Alexandre Vranjac” (UBS CSEBF). Estas trabajan en el marco del Programa de Salud de la Familia visitando las casas del barrio, con el objetivo de promover la salud, prevenir padecimientos y orientar a las familias y a todas las personas que habitan en ellas. Puntualmente, en el caso de las oficinas de costura, el registro (“catastro” en portugués) consiste, primeramente, en la posibilidad de ingresar a las mismas y entablar un vínculo de “confianza” con el dueño (el “oficineiro”), que luego precisan mantener a lo largo del tiempo y a través de las sucesivas visitas. Se rellena una ficha por núcleo familiar y se detallan en ella todas las observaciones del recinto: características de la vivienda, quiénes viven en ella, detalles relacionados con el ambiente y la salud de las personas, etc.

En lo que se refiere al diseño del estudio, las unidades de análisis fueron inmigrantes bolivianos de São Paulo, hombres y mujeres adultos, que trabajaran y/o vivieran en oficinas de costura y se atendiesen en la red de servicios sanitarios públicos del Sistema Único de Saúde (SUS) de los barrios del centro de esta ciudad. Del mismo modo, se recogieron percepciones y representaciones de integrantes de los equipos de salud de los servicios sanitarios públicos (fundamentalmente ACS), sobre sus experiencias de atención con esta población específica. Se priorizó el trabajo de campo en el distrito de Barra Funda en función del número de inmigrantes bolivianos que residen en él (considerando en esto, que en muchos casos la vivienda se encuentra localizada en el propio lugar de trabajo -la oficina de costura-), así como debido a las facilidades, los contactos y el trabajo previo de integrantes del Grupo “Processos migratórios e saúde: perspectivas interdisciplinares”, al que pertenecemos, para desarrollar nuestras tareas etnográficas en la UBS CSEBF, vinculada a la Organização Social de Saúde Irmandade de Misericórdia da Santa Casa São Paulo.

## **2. Problematicación**

El proceso migratorio que se aborda en este trabajo se asume como consecuencia de la llamada globalización neoliberal, concebida como la etapa actual de desarrollo del sistema capitalista a escala mundial (Goldberg, 2007). Por lo tanto, debe interpretarse dentro de los cambios políticos y económicos mundiales/locales que se activaron y profundizaron como parte del proceso de globalización que incidieron en las dinámicas de los procesos migratorios globales. 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 adquiere entonces para la implementación de esta nueva forma de acumulación flexible del capital (Harvey, 2010), no sólo la libre circulación de bienes, capitales e ideas, sino también la circulación (regulada) y el movimiento de personas a través de estos flujos migratorios internacionales (Clastes, 1997). En tal sentido, la relocalización de la producción constituye un fenómeno frecuente dentro de la dinámica contemporánea de la globalización, desde el momento en que la misma resulta necesaria para la gestión capitalista de las crisis cíclicas -crónicas- de sobre acumulación, efectivizándose mediante la absorción de los excedentes (de capital y de fuerza de trabajo), a fin de que la ganancia pueda estar garantizada más allá de las contradicciones propias del sistema. Tal como afirma Harvey (2012), para concretar dicho proceso participan desde los estados hasta las instituciones financieras internacionales, cumpliendo la función de interconectar la “acumulación por expropiación” y las prácticas imperialistas con la quita y/o el desconocimiento de los derechos sociales de los trabajadores.

Teniendo en cuenta lo planteado por Marroni (2006), en el sentido de que “a migração internacional possui uma dinâmica interna, micro estruturas constantemente mobilizadas e (re) construídas pelos imigrantes que delineiam o processo nas regiões de origem e nas regiões de destino, interligando-as” (en Coutinho, 2015: 82), es posible observar, en la dinámica que se desenvuelve al interior del sistema migratorio actual del MERCOSUR, que tanto Argentina como Brasil se

caracterizan por ser países de “atracción” y recepción de inmigrantes provenientes de países limítrofes, al igual que lo fueron a finales del siglo XIX y principios del XX con inmigrantes transatlánticos, principalmente europeos. Del otro lado, países como Paraguay, Bolivia y Perú se han constituido, fundamentalmente a partir de la segunda mitad del siglo XX en adelante, en países emisores de mano de obra (Rizek et al., 2010; Goldberg y Silveira, 2013). Al respecto, vale señalar que una parte de estos inmigrantes ingresan al territorio, tanto de Brasil como de Argentina, de forma clandestina, instalándose y concentrándose en zonas precarizadas-marginales de grandes ciudades como, por ejemplo, São Paulo y Buenos Aires. En ese marco, buena parte de ellos trabaja en el ámbito de la economía sumergida con condiciones precarias. Esta dinámica de inserción laboral y asentamiento territorial está determinada, fundamentalmente, por la escasez de recursos de los que disponen los grupos, como parte de las desigualdades sociales estructurales que caracterizan a las sociedades de destino de estos inmigrantes (Goldberg, Martin y Silveira, 2015):

O tema das migrações internacionais para o Brasil ganhou grande visibilidade midiática, política e acadêmica na última década, sobretudo, no caso das oficinas de costura paulistanas. Além de reacender o debate sobre a importância do país enquanto receptor de imigrantes laborais, inseriram a questão do trabalho em condições análogas ao escravo na indústria da moda e a necessidade pungente de uma reformulação das políticas imigratórias (Coutinho, 2015: 95).

Téngase en cuenta que hablamos de desigualdades sociales estructurales en un país tan desigual y estratificado (social y racialmente) como Brasil, el cual en 2010 se ubicaba en el tercer puesto mundial del índice de desigualdad; mientras que en lo que respecta a la distancia y las diferencias entre personas ricas y personas pobres, se encontraba en los primeros lugares del ranking global, junto a países más pequeños y con menos riquezas como Haití, Madagascar, Camerún, Tailandia o Sudáfrica (ONU, 2010):

(...) além de apresentar graves iniquidades na distribuição da riqueza há grandes setores de sua população vivendo em condições de pobreza que não lhes permite ter acesso a mínimas condições e bens essenciais à saúde. Além da renda dos 20% mais ricos ser 26 vezes maior que a renda dos 20% mais pobres, 24% da população economicamente ativa possui rendimentos menores que 2 Dólares por dia (Buss y Pellegrini Filho, 2006: 2).

Milá (2015) profundizó este análisis apuntando los siguientes datos sobre Brasil, los cuales equipara con el nivel de desigualdad y concentración de la riqueza de Estados Unidos:

- El 10 % más rico de la población posee una renta mensual superior a R\$ 4.191,88.
- El 5% % más rico de la población posee una renta mensual superior a R\$ 7.536,61.
- El 1% % más rico de la población posee una renta mensual superior a R\$ 23.128,71.
- 0,1% % más rico de la población posee una renta mensual superior a R\$ 89.971,47.
- 0,05% más rico de la población posee una renta mensual superior a R\$ 428.849,47.
- 0,01% más rico de la población posee una renta mensual superior a R\$ 690.829,25.

A pesar de ser un país rico en recursos naturales y con un PBI que ha figurado siempre entre los 10 mayores del mundo, esta -podría denominarse- histórica situación neocolonial estructural brasilera de concentración de la riqueza/distribución de la pobreza, en determinados contextos urbanos, como son las ciudades de São Paulo y Río de Janeiro, por ejemplo, se reproduce con mayor visibilidad, predominando la desigualdad, la estratificación, la fragmentación y la polarización sociocultural y étnico-racial.

Vale señalar que lo anterior resulta un elemento clave para nuestro abordaje sobre los modos de vida-vivienda-trabajo precarios de los sujetos de nuestro estudio (en algunos casos, menos precarios que los de otros grupos “nativos” marginales, como es el caso de los moradores de rua de São Paulo);

lo mismo sucede al analizar la relación entre dichas condiciones y sus procesos de salud/enfermedad/atención. En tal sentido, los inmigrantes bolivianos constituyen uno de los tantos grupos socioculturales específicos dentro de los sectores subalternos de la sociedad paulista a la que migraron.

El otro de los elementos fundamentales de este trabajo, lo constituye el acervo de estudios previos realizados en el campo de los procesos de salud/enfermedad/atención, con foco en la Tuberculosis (TB), de inmigrantes bolivianos que trabajan y viven en talleres textiles de Buenos Aires y su área metropolitana (Goldberg, 2010; 2013; 2014a; 2014b), mismos que resultaron una base empírica y conceptual insustituible para abordar nuestro caso de estudio, así como para proponer indagaciones comparativas entre ambos casos (Goldberg, Silveira y Martin, 2016).

En términos cuantitativos, los datos de los censos de población correspondientes a las dos últimas décadas del siglo XX en Brasil, muestran el ingreso de 89.235 extranjeros en el período 1981-1991, y 98.514 de 1990-2000, el 40% de los cuales provenían de países del MERCOSUR ampliado (Argentina, Paraguay, Uruguay, Chile, Bolivia y Peru) (Patarra, 2005). Focalizando específicamente en los inmigrantes bolivianos, fueron calculados oficialmente entre 80 y 200 mil en todo Brasil, concentrándose el 40% de ellos en la ciudad de São Paulo y su área metropolitana (IBGE, 2010). De todas formas, considerando que las estadísticas oficiales, al contabilizar únicamente a los extranjeros que se encuentran en situación administrativa-migratoria regular, no reflejan la realidad cuantitativa de esta población, lo anterior, en el caso de los bolivianos, cuyos procesos migratorios se caracterizan por una permanente movilidad, y su dinámica de inserción laboral-habitacional en las oficinas de costura, está marcada, en muchos casos, por la clandestinidad, adquiere aún más relevancia en el análisis. Al igual respecto, Coutinho (2015: 94-95) sostiene que “as estimativas quanto ao número de bolivianos na capital paulista é bastante imprecisa, uma vez que essa imigração é predominantemente irregular. Enquanto o consulado da Bolívia fala em 300 mil pessoas, a comunidade boliviana fala em 500 mil”.

En relación a las particularidades de esos grupos de inmigrantes y el acceso a los servicios sanitarios públicos, tenemos que la Constituição Federal Brasileira de 1988 establece en su artículo 196 que la salud es un derecho de todos los ciudadanos, así como deber del Estado de garantizarla; mientras que el artículo 95 del Estatuto do Estrangeiro orienta sobre lo siguiente: “o estrangeiro residente no Brasil goza de todos os direitos reconhecidos aos brasileiros, nos termos da Constituição e das leis” (“el extranjero residente en Brasil goza de todos los derechos reconocidos a los brasileros, en los términos de la Constitución y de las leyes”). En consecuencia, el derecho a la atención de la salud para los extranjeros residentes en Brasil debería estar garantizado y legitimado a través del Sistema Único de Saúde (SUS). Sin embargo, la observación de situaciones producidas en determinados contextos, así como distintos trabajos realizados en ese campo, cuestionan las condiciones por medio de las cuales dicho proceso tiene lugar. Tal es el caso de la región central de São Paulo, tradicionalmente reconocida por recibir un gran flujo de estos inmigrantes, entre los cuales sobresalen en volumen los bolivianos. Estos enfrentan diferentes tipos de dificultades al momento de atender sus problemas de salud en los servicios sanitarios públicos, ya sea en lo relativo a las barreras de comunicación existentes, como en términos de las diferentes concepciones y prácticas que poseen sobre la salud/enfermedad/atención (Aguiar, 2013; Goldberg y Silveira, 2013; Silveira et al, 2013; Waldman, 2011).

Sobre la base de lo planteado hasta el momento, podemos exponer la hipótesis general de trabajo de nuestra investigación: las situaciones de riesgo para la salud, sobresaliendo el aumento de la incidencia de la TB entre inmigrantes bolivianos de São Paulo, emergen principalmente como resultante compleja de sus procesos migratorios, asociados a los requerimientos internacionales/locales de la industria textil en la etapa actual de la globalización capitalista neoliberal, la cual deviene en modos de vida-trabajo-vivienda precarios (las oficinas de costura), marcados por contextos de vulnerabilidad social. situaciones de riesgo para la salud de estos trabajadores inmigrantes y sus familias. Como segunda hipótesis sostuvimos que, en el marco descrito, los procesos socio-estructurales interactuantes en el contexto urbano de esta ciudad, condicionan los procesos de atención a los distintos padecimientos que sufren los sujetos.

### 3. Modos de vida-trabajo-vivienda en las oficinas de costura de São Paulo

Tal como sucede con otros procesos migratorios históricos y actuales, buena parte de estos migrantes contemplan desde los inicios del proyecto migratorio, el ir a trabajar a Brasil por un tiempo para pagar deudas en origen o ahorrar algo de dinero, para luego regresar a Bolivia, independientemente de que -también al igual que otros tantos procesos migratorios históricos y actuales, y debido a una multiplicidad de factores que se abordan en este trabajo- eso logre cumplirse o se transforme con el tiempo:

*“Sus parientes los traen y se quedan trabajando un año o dos años, juntan dinero y se vuelven. Casi la gran mayoría de mis paisanos, hace así”.* (Entrevista a V., inmigrante boliviano originario de Oruro, São Paulo, diciembre de 2015)

Como parte de la variedad de historias recopiladas, hemos relevado distintos testimonios que permiten corroborar la doble dimensión presente en muchas de las experiencias de estos y otros migrantes internacionales e internos, que contribuye, al mismo tiempo, a enfatizar la subjetividad del migrante en detrimento de su victimización. Por una parte, la dimensión “negativa” (los factores del *push*, que en el contexto de origen empujan a la salida); por otro lado, la dimensión “positiva”, esto es, todo lo infinito e impredecible, que puede abrir en términos subjetivos la movilidad, esa “spinta soggettiva verso una vita migliore” a la que se refiere Mezzadra (2006), y su contraste con la realidad del proceso migratorio y de inserción a la nueva sociedad.

Paralelamente, hemos podido constatar una deriva en el proceso migratorio de los bolivianos al interior del Cono Sur, misma que puede datarse en los últimos diez años. Mientras que el destino principal de la emigración boliviana contemporánea, desde la década de 1990 en adelante, fue Buenos Aires, con posterioridad a la devaluación del peso argentino de 2002, como parte de las estrategias de movilidad desplegadas por los bolivianos, una parte importante de esa migración comenzó a dirigirse hacia São Paulo, incluyendo en ello trayectorias migratorias directas entre estas dos ciudades, tanto de trabajadores costureros como de dueños de oficinas. Es oportuno observar la modalidad de este circuito de triangulación migratoria (Bolivia-Buenos Aires-São Paulo) por parte de migrantes bolivianos que trabajan en el ámbito de la industria textil, direccionados en ese orden en función de la variabilidad de los contextos socioeconómicos regionales experimentados en el transcurso de la última década. Por otro lado, vale apuntar que, actualmente, como parte de las mencionadas estrategias migratorias de los sujetos, se detecta un creciente movimiento hacia un tercer destino importante de la migración boliviana en el Cono Sur: Chile.<sup>2</sup>

Por otro lado, en términos sociolaborales, consideramos nuestro caso de estudio como una manifestación concreta de la violencia estructural (Farmer, 2004) ejercida por el capitalismo global contra determinados conjuntos subalternos de la sociedad; violencia invisibilizada (ocultada) por distintos actores sociales y políticos (nacionales, internacionales, transnacionales) que se aprovechan, de forma diferencial, de las necesidades y la situación de vulneración de derechos de estas personas. En el mismo sentido, Bourgois(2010: 12-13) se refiere a la violencia estructural como “(...) la

---

<sup>2</sup> La migración boliviana a Chile, si bien no representó históricamente un flujo dominante en la región, tuvo un impulso en la década de 1960, por medio de trabajadores bolivianos que comenzaron a emigrar hacia el norte del país (Arica, Calama, etc.) para trabajar en el sector minero, en el comercio o en la agricultura. De acuerdo a los datos obtenidos del último censo nacional chileno, el número de inmigrantes bolivianos aumentó un 115% durante los últimos 10 años, pasando de 11.649 personas en 2002 a 25.151 en 2012. Atraídos por mejores condiciones laborales en Chile, con uno de los salarios mínimos en dólares más elevados de la región (entre 50 y 100 por jornada laboral), los trabajadores bolivianos se insertan en sectores informales o de poca cualificación del mercado de trabajo local (agricultura, comercio, servicio doméstico y construcción). Del otro lado, en base a los datos del Censo Nacional de Población y Vivienda 2012 de Bolivia, Chile representa el cuarto lugar de destino migratorio para los bolivianos, después de Argentina, España y Brasil en ese orden, siendo las ciudades norteñas de Tarapacá y Antofagasta el destino principal de esos migrantes. De los 31.313 residentes bolivianos en Chile, 25,74% eran potosinos, 20,40% cruceños, 18,52% paceños, 13,62% cochabambinos, 10,73% orureños y 10,97% de otras regiones.

organización económico-política de la sociedad que impone condiciones de sufrimiento físico y/o emocional, desde los altos índices de morbosidad y mortalidad hasta la pobreza y las condiciones de trabajo abusivas y precarias”.

Aplicándolo al caso de los trabajadores costureros bolivianos de Buenos Aires, y al igual que lo que ocurre con otros sistemas organizacionales de la sociedad capitalista, Domínguez (2010) señala que el rubro textil 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. Para la citada autora, dentro de la oficina de costura 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, quienes “(...) por la falta de opciones y alternativas con las que cuentan para vivir, “aceptan” tales condiciones laborales de explotación y precariedad” (Domínguez, 2010: 89).<sup>3</sup>

Si bien no es objeto central de nuestro desarrollo, ya que lo que nos interesa analizar en especial es el vínculo entre los modos de vida/trabajo/vivienda de estos sujetos y su impacto en la salud, es interesante mencionar que este grado de coerción existente ha sido motivo de distintas categorizaciones, en relación a la manera de clasificar el trabajo de los inmigrantes bolivianos al interior de las oficinas-vivienda: desde “esclavo” (Benencia, 2009; Lieutier, 2010), pasando por “condiciones análogas o cercanas a la esclavitud/semiesclavas” (Goldberg, 2010; 2014a; Silva, 2006); hasta la recuperación del concepto de trabajo “no libre” (Miranda, 2017) que desarrollaron con anterioridad Brass (2011) y Mc Grath (2005), entre otros autores. Por su parte, Silvia Rivera Cusicanqui, socióloga aymara boliviana, al analizar las relaciones entre oficineiros y costureiros al interior de las oficinas, sostiene que el “oficineiro” saca provecho de la falta de relaciones, de red, de contactos que tiene quien recién llega. Esta investigadora reconoce la existencia de una dinámica, un flujo, un movimiento constante y organizado de hombres, mujeres y niños que siguen llegando (tanto a São Paulo como a Buenos Aires) desde Bolivia. Para ella, los y las costureros/as saben perfectamente lo que hacen en base a un “cálculo” regido por el costo (sacrificio presente)-beneficio (expectativas futuras) del proyecto migratorio (Colectivo Situaciones-Colectivo Simbiosis Cultural, 2011: 19-20).

Así, en el horizonte del costureiro está el hacer un sacrificio y pasar por esa experiencia, a veces traumática, para luego lograr salirse y montar su propia oficina; o regresar a Bolivia con algo de dinero ahorrado. En el trabajo de campo desarrollado, nos encontramos con el proceso arriba descrito. Muchas de las oficinas observadas fueron de la modalidad “pareja de ex costureiros que alquilaron un pequeño inmueble -donde viven, en muchos casos con sus hijos- y montaron allí su propia oficina”, en la que cosen con una máquina cada uno (para otras oficinas de bolivianos, o para vender ellos mismos en ferias de Bras o Bom Retiro), o realizan únicamente alguna actividad especializada como el corte de las telas.

Colectivo Situaciones-Colectivo Simbiosis Cultural (2011: 21) plantea que

---

<sup>3</sup>Además del abordado en este trabajo en clave regional-comparativa, uno de los tantos casos contemporáneos de formas de explotación análogas a la esclavitud en la industria textil, el cual presenta varias similitudes con nuestro caso de estudio, es el que tiene lugar en la ciudad de Bangalore, capital del estado de Tamil Nadu, India. Allí se concentra la mayor parte de fábricas con trabajadoras procedentes de zonas rurales, en las que grandes empresas multinacionales desembarcaron a fin de ahorrar costos de producción y aumentar sus beneficios por medio de la super explotación de la mano de obra. Muchas de estas mujeres dejan sus hogares engañadas con falsas expectativas. Los empresarios se aprovechan de la docilidad con la que la mayoría de ellas han sido educadas, en un contexto -India- donde la condición social de la mujer es de completa sumisión y fidelidad, primero a sus padres y después a su marido. Son más fáciles de explotar y muy pocas se atreven a denunciar las condiciones en las que trabajan. Así, estas costureras trabajan en habitaciones sin luz ni ventilación, el calor hace que los productos químicos usados en la producción generen sensación de ahogo, y hasta prevalecen enfermedades como la tuberculosis. Además de la fatiga y la ansiedad por alcanzar la producción exigida, los supervisores, que acostumbran a ser hombres, las maltratan física y psicológicamente. Se ven obligadas a cumplir jornadas laborales de 60 horas semanales y a hacer horas extra sabiendo que no las van a cobrar. Los ratos de descanso son muy breves, no pueden permitirse más de media hora para comer y tres minutos para tomar el té (Alba Muñoz, 2015: [http://www.playgroundmag.net/noticias/actualidad/mujeres-india\\_0\\_1464453545.html](http://www.playgroundmag.net/noticias/actualidad/mujeres-india_0_1464453545.html)).

(...) la idea de quienes vienen a trabajar a los talleres en principio no es quedarse. Más bien se llega con la idea de volver lo antes posible. Aprovechar al máximo, intensificar la temporada y regresar. “Por un tiempito nomás”, es la frase con la que cada quien piensa su viaje. Pero esetiempito se alarga y se alarga: hay que pagar el pasaje, los gastos de la vida cotidiana, y además mandar algo de plata. Queda poco para ahorrar. La idea de la microempresa sólo llega con la resignación de quedarse. No es una iniciativa que surge desde el inicio. No es el plan original.

Esto último también fue factible de corroborar en muchos de los testimonios de los entrevistados, sobre todo de aquellos oficineiros que hace más tiempo están en Brasil.

De la misma manera, Coutinho (2015: 93) afirma:

Vir a ser um “oficineiro” em São Paulo orienta os anseios de muitos dos imigrantes costureiros que o interpretam enquanto um importante passo para sucesso da imigração, por um conjunto de questões que vão além de possuir seu próprio negócio e comercializar sua produção. Muitas vezes, concretizar esse sonho possibilita a permanência na cidade e a chance de trazer para cá os entes queridos que ficaram no país de origem, afora a possibilidade de juntar um pecúlio, enviar remessas e melhorar as condições de vida na capital, principalmente via consumo. Adquirir algumas poucas máquinas e alugar um espaço para trabalhar e morar é algo relativamente fácil para aqueles que já estão inseridos no ramo da costura e conhecem as dinâmicas dessa produção no subterrâneo do setor na capital.

S., inmigrante boliviana de La Paz, narró en el transcurso de la entrevista realizada que aprendió a coser en Brasil, no obstante su padre era sastre de profesión. Cuando llegó a São Paulo, 10 años atrás, trabajó en una oficina de costura en la que no le permitían salir; los 25 trabajadores eran inmigrantes bolivianos indocumentados; y se pagaba muy poco, y con retraso, por prenda producida. Mujeres y hombres dormían en habitaciones precarias separadas, sin importar si eran o no parejas. Según su punto de vista, este tipo de situaciones suceden porque

*“os bolivianos buscam ganhar dinheiro de qualquer forma e acabam se aproveitando de seu próprio povo. Na Bolívia iludem aos seus compatriotas dizendo que as condições das oficinas são excelentes e que ganharão altos valores em dólar, porém quando chegam aqui são explorados e vivem em condições degradantes”.* (Entrevista a S., São Paulo, octubre de 2015)

En opinión de K., boliviana a cargo de la Asociación Casa del Pueblo, ONG vinculada con una congregación evangélica,

*“hay funcionarios {de las oficinas de costura} que son conscientes que son explotados, más aguantan por no perder el trabajo o por temor...”* (Entrevista a K., São Paulo, noviembre de 2015)

Nuestras observaciones de campo, así como los testimonios de los propios sujetos entrevistados, posibilitaron tipificar la variedad de oficinas de costura que existen en la ciudad de São Paulo, esquema que coincide, a grandes rasgos, con lo que acontece en Buenos Aires, incluyendo en ello el proceso histórico de etnización de la industria textil por medio del cual se llegó a la realidad actual del rubro en ambas ciudades (Goldberg y Silveira, 2013). La primera gran diferenciación está dada entre las oficinas cuyos propietarios son bolivianos, y aquellas pertenecientes a coreanos. En nuestra investigación focalizamos el trabajo de campo en las oficinas del primer grupo, que son la mayoría en el sector y que se encuentran en alta proporción sin regularización fiscal, contractual, etc. Estas



constituyen, al mismo tiempo y con frecuencia, la unidad productiva y habitacional de los trabajadores. El segundo grupo de oficinas de costura cuyos dueños son coreanos (o brasileiros hijos de inmigrantes coreanos), es minoritario en la realidad actual de la industria textil paulista.<sup>4</sup> Se concentran sobre todo en los barrios de Bras y Bom Retiro del centro de la ciudad, empleando trabajadores bolivianos que trabajan por hora y de manera registrada (se les exige toda la documentación en regla, incluyendo la carteira de trabalho), los cuales no viven en el mismo recinto de la oficina:

*“Antiguamente había harto oficina coreana pero todo ya acaparó los bolivianos, tipo los de Buenos Aires. Tengo amigos que vinieron de allá, hace unos 3 años hubo una crisis y se vinieron aquí. Creo que todo lo que ha pasado en Argentina, los bolivianos han acaparado los mercados, esa gente vino y enseñó un poco a la gente que estaba acá, porque antiguamente no había mucho boliviano que fabricara, solo eran costureros. Mucha gente se vino de allá y ya sabía la movida como esa, cortar, producir, ellos vinieron un poco mostraron y ahora hay un barrio, no se si conoces, Bras, hay sólo boliviano produciendo”. (Entrevista a V., inmigrante boliviano originario de Oruro, São Paulo, noviembre de 2015)*

Respecto de los tipos de oficinas de costura del primer grupo, cuyos propietarios son bolivianos, sus dimensiones, las modalidades productivas y para qué mercado producen, encontramos una clasificación similar al caso porteño, en función del tipo de oficina del que se trate. El universo de oficinas de costura engloba una multiplicidad de situaciones: desde una pareja que cose con dos máquinas desde su casa alugada para otras oficinas, hasta una oficina con 60 o 70 costureros en Guarulhos (ciudad del Área Metropolitana de São Paulo) que produce para marcas internacionales. Frente a este panorama, tanto el destinatario de la producción hasta las condiciones de trabajo (y de vivienda, dado el caso) varían enormemente. En el caso de las oficinas de costura que presentan condiciones de trabajo-vivienda más precarias, comprende a aquellas que producen para comercializar su propia indumentaria y venderla en “ferinhas” (ferias), producir para terceros (marcas de “coreanos”), o incluso es frecuente que se de la combinación de ambas modalidades.

Las oficinas de costura referidas del primer grupo, que relevamos en el transcurso del trabajo de campo en los barrios del centro de la ciudad de Sao Paulo, son generalmente unidades que funcionan en locales pequeños y precarios, con una infraestructura deficitaria, lo cual aumenta los riesgos de accidentes de diverso tipo. Resultan poco ventilados, en muchos casos carecen de ventanas y, por lo tanto, de luz solar. Cuando al mismo tiempo constituyen la vivienda de los trabajadores, se improvisan habitaciones en el mismo recinto del taller, separados los espacios por telas o tabiques de madera. En ese contexto, los trabajadores y sus hijos aspiran permanentemente el polvillo que despiden las telas al ser trabajadas con las máquinas, lo cual genera distintos padecimientos de tipo respiratorio (Goldberg, 2010; 2014a). Respecto a la alimentación, es, además de deficitaria, escasa; lo mismo en términos de las condiciones de higiene del recinto o el baño compartido. En cuanto a la cantidad e intensidad de horas trabajadas, estas oscilan entre las 14 y las 18 al día, de lunes a sábados. Sin contrato de trabajo, la remuneración por prenda confeccionada no alcanza el valor del salario mínimo, representando menos del 10% de precio final de venta de la pieza. En algunas oficinas, se les prohíbe salir a los trabajadores, bajo amenaza de denunciarlos a la Policía Federal y ser expulsados.

O., inmigrante boliviano de 18 años nacido en La Paz, costurero en la oficina de su tío, la cual, en

---

<sup>4</sup> El proceso en el que fue configurándose la actuación de la comunidad de inmigrantes de Corea del Sur en la industria textil paulista hasta la actualidad, fue similar al caso comparativo de estudio de Buenos Aires (Goldberg, 2013; 2014a). En esta última ciudad, la actividad económica principal de los coreanos, así como de los argentinos hijos de estos, se concentra fundamentalmente en el rubro textil (tanto industrial como comercial) de dos barrios del suroeste de la ciudad, Flores y Floresta, donde además, residen mayoritariamente. Los negocios textiles de marcas “de coreanos” abundan en la calle Avellaneda del barrio de Floresta; mientras sus propias oficinas de costura, en la que trabajan inmigrantes bolivianos en condiciones de precariedad, se encuentran invisibilizadas.

total, cuenta con 9 trabajadores, narró que sus tareas laborales tienen una duración diaria de 16 horas, de lunes a sábados, haciendo “*prendas piratas: Tommy, Polo...*”. El ritmo y las características del trabajo en la oficina, relatado por **O.**, es el que se detalla a continuación:

*“Comenzamos a las 7 de la mañana hasta las 10:30, que tomamos café, descansamos. Volvemos a coser hasta las 12, que almorzamos comida de más boliviano; y después seguimos trabajando hasta las 11 de la noche (...) hacemos como 400 prendas por día, cada uno, y paga 0.50 Real por prenda terminada”.* (Entrevista a **O.**, São Paulo, octubre de 2015)

Ese total diario por 400 prendas que, calculando en función del testimonio de **O.**, alcanzaría los 200 reales al día, fue relativizado por el propio entrevistado, quien comentó: “*con la crisis actual, hay muchos días en que no llega nada para coser*”.

La referencia anterior a la crisis económica general por la que atraviesa Brasil, que ha repercutido también en el sector de la industria textil paulista, hace que los costureros, determinados por su condición de precariedad laboral, se enfrenten con el problema de la cantidad de días al mes en los que no costuran, porque no hay trabajo; y, por lo tanto, si no producen, no cobran. Lo propio sucede con los “*oficineiros*”:

*“Hay días que trabajamos, tenemos dinero, hay días que no trabajamos, no hay, y si no hay, no como. Entonces, ese es el problema, o sea, yo no tengo un seguro. Mira, cuando pare de costurar, ¿quién me va dar dinero? No tengo, no voy a poderme aposentar o asegurarme, como dicen los seguros, porque no tengo oportunidad”.* (Entrevista a **Yo.**, inmigrante boliviano oriundo de La Paz, oficineiro, São Paulo, noviembre de 2015)

*“Muitos bolivianos estão voltando também, pela situação do Brasil, pioro, a alta do dólar, para muita gente, não adianta e os preços também, já cairão de tamanho, mais não deu, ta difícil...”* (Entrevista a **Ho.**, inmigrante boliviano de Cochabamba, costureiro en oficina de Bom Retiro, São Paulo, noviembre de 2015)

Describiendo la distribución de la cadena de valor en la industria textil paulista, **Yo.**, dueño de una oficina de corte en Bom Retiro, sostuvo que en su actual oficina de costura recibe de “los coreanos” 7 Reales por prenda (si hay pedidos de costurar, se producen aproximadamente 500 prendas por semana). Esa misma prenda se vende en un shopping por 400 reales. Ante la pregunta de cuánto le correspondía al trabajador costureiro, **Yo.** omitió referirse a ello...<sup>5</sup>

Finalmente, vale apuntar que hemos identificado, al menos, dos elementos constitutivos esenciales de la dinámica del proceso migratorio del que se trata, así como del modo de vida-trabajo-vivienda característico de una parte de las oficinas de costura de São Paulo (que coincide, además, con el caso

---

<sup>5</sup> Esta modalidad productiva se conoce como trabajo a destajo. En el caso de los costureiros, el salario a destajo - desde la perspectiva de Marx (1978)- sería la forma transmutada del salario por tiempo. Al igual que en este, el monto nominal disminuye en la misma proporción en la que decrece el tiempo de trabajo necesario para cada prenda. No obstante, el pago por prenda motiva al costureiro a prolongar la jornada laboral para aumentar su ingreso diario, tras la apariencia de un sentimiento de autocontrol; lo cual, a su vez, promueve una mayor competencia entre los mismos costureiros (la “explotación del obrero por el obrero mismo”), con la proliferación de intermediarios. El salario a destajo sería así una fuente de descuentos salariales, una palanca para prolongar la jornada laboral, un mecanismo para medir y regular rigurosamente la intensidad del trabajo, colaborando con la división del trabajo mediante la derivación de operaciones completas en los domicilios: “*si trabalhasse por mensal, uma salario mínimo custa, na faixa de um costureiro, es 1100 ou 1200, mas ellos sacan mas de 1500, 1800 por mes, não compensa trabalhar mensal; melhor trabalhar por peça, gana melhor*”. (Entrevista a **To.**, inmigrante boliviano, oficineiro, São Paulo, setiembre de 2015). En el caso comparativo de la distribución de la cadena de valor en la industria textil de Buenos Aires, del precio que el consumidor paga por una prenda en un shopping, en un extremo el trabajador costureiro se queda con un 2 a 2,5% , y en el otro extremo la marca con cerca del 30% (Leutier, 2010; Goldberg, 2014a).

comparativo de Buenos Aires). Por un lado, al igual que en el caso de Buenos Aires (Goldberg, 2014b), son las mujeres quienes tienden a ser, con el tiempo, más requeridas que los hombres como mano de obra en estas unidades productivas, ya que, además de la costura o durante el proceso de aprendizaje de esta, desarrollan otras tareas: cocinar, limpiar, ayudar y aprender el oficio en el recinto de la oficina (donde, además, viven, en muchos casos con sus hijos y su marido que trabaja de costurero), con una sobrecarga laboral intensa y por momentos ininterrumpida. Por otra parte, ya señalado previamente, aquellos trabajadores costureros hombres que consiguen con el tiempo juntar el dinero suficiente para comprar máquinas, buscan abrirse su propia oficina, reproduciendo, así, el mecanismo referido. Esta última dinámica se desarrolló, sobre todo, en el período anterior a la crisis actual que sobrevuela la industria textil paulista. Tal como señalamos anteriormente, la tendencia actual, para reducir costos y sortear controles, es la de una oficina “de pareja”, sin otros trabajadores, bajo la modalidad de “taller secundario” de costura o especializado en corte, estampado o alguna otra de las tareas productivas requeridas en el rubro.

Lo anterior fue factible de individualizar en el centro de la ciudad de São Paulo: oficinas de pequeña escala, en las cuales los dueños son al mismo tiempo los costureros, que producen para otras oficinas más grandes o incluso para ellos mismos vender en alguna feria. Lo descrito es menos frecuente, dado el contexto local y la dinámica propia de la industria y el mercado textil, en el caso comparativo de Buenos Aires, donde mayoritariamente las oficinas de costura relevadas producen para marcas de distinta envergadura (Goldberg, 2014a; 2014b).

En cuanto a las oficinas de costura que registramos en la observaciones de campo realizadas en Guarulhos, eran todas de mayores dimensiones, del tipo “integral” (se realizan allí todos los procesos productivos de la prenda luego de que fuese entregada la tela cortada; devuelven el producto terminado a fasón<sup>6</sup>, y producen para grandes y medianas marcas de indumentaria, entre ellas las de coreanos):

*“Los tipos de oficinas, son variados, mas la mayoría vive y trabaja en la misma casa, existe un lugar o cuartos donde los costureros duermen y dentro de la casa está instalada la oficina de costura en alguno de los cómodos, son pocos los que tienen la oficina en un lugar y los costureros viven en otra casa o lugar; la cantidad de costureros es muy variada puede ser desde que solo trabajen la familia 2 o 3 y llegan hasta unas 20 personas las oficinas grandes, los tipos de máquinas básicos que tienen son Over, recta, collareta, galonera, interlock, etc. La nacionalidad de los dueños es boliviana, ellos pueden trabajar para firmas de pequeñas y grandes marcas o demodo individual ellos producen y venden (en la Ferinha de Bras). Un tiempo hubo una gran fiscalización en las oficinas y eso obligó a que las oficinas sean legalizadas, muchas de ellas ya tienen CNPJ, y trabajan con nota fiscal, mas eso no quiere decir que no existan oficinas de costura clandestinas, aún existen. Por la gran cantidad de migrantes las oficinas se encuentran localizadas por toda la ciudad de São Paulo, en algunos barrios mas concentrados que otros como: Bras, Vila Maria, Jardim Brasil, Penha, Sao Miguel, Bom Retiro, Casa Verde, etc.”* (Entrevista a K., inmigrante boliviana, coordinadora de Casa del Pueblo, São Paulo, octubre de 2015)

#### **4. Dimensiones de la salud/enfermedad/atención entre los trabajadores de las oficinas de costura (y sus hijos)**

*“Os bolivianos só querem trabalhar e só se preocupam em procurar os serviços de saúde quando estão com a saúde já bem debilitada”.* (Z., boliviana, esposa del dueño de una oficina de costura en

---

<sup>6</sup>Término utilizado en el ámbito industrial para señalar la manufactura de un producto por mandato de un tercero dueño de una marca o de otra oficina, por encargo, en el cual este puede proveer de las materias primas e insumos que son necesarias para la misma (Goldberg, 2013).

Hemos recuperado para el análisis de nuestro caso de estudio distintas producciones recientes en Antropología Médica que han contribuido, a través de conceptos como los de “violencia estructural”, “sufrimiento social”, al análisis de múltiples procesos de desigualdad social y diversas formas de violencia (Goldberg, 2014a). El sistema capitalista tiene una forma específica de “enfermar los cuerpos” mediante marcas que se expresan en ellos, corporificadas (Csordas, 1994) como manifestación del desgaste y el deterioro laboral producto de unas determinadas relaciones sociales. El cuerpo, así, en tanto producto social, es a la vez producto de aquellas; al igual que el sufrimiento es la forma sociocultural del dolor, y como tal, se distribuye de manera diferencial según la clase social, imponiendo la representación de que los sectores subalternos de la sociedad acostumbran a tolerarlo (Otegui Pascual, 2009). Esto último se ve reflejado al abordar nuestro caso de estudio, en el cual el reparto diferencial del sufrimiento oculta detrás de sí una cierta estereotipación por medio de la cual “colectivos específicos, en correlación con el lugar que ocupan en procesos estructurales y macrosociales, están expuestos de manera significativamente desigualitaria a procesos de morbi-mortalidad y entonces a enfrentar hechos de sufrimiento” (Otegui Pascual, 2009: 152).

La enfermedad no constituye un mero hecho biológico, sino un proceso cognitivo y de transformación; un fenómeno de orden social, histórico y económico. A partir de allí, hemos podido analizar la manera en que los procesos de desigualdad social se despliegan en un conjunto de relaciones y condiciones económicas, sociales, políticas y culturales de vida que se corporifican, es decir, se inscriben en los cuerpos expresándose en una diversidad de experiencias y prácticas corporales, procesos de desgaste-deterioro, padecimientos y modos específicos de sufrimiento social, así como en modos de interpretar, actuar y responder frente a ellos (Grimberg, 2008; Goldberg, 2014b).

Los trabajadores costureros inmigrantes bolivianos y, dado el caso, sus hijos, experimentan diversos problemas de salud vinculados con las precarias condiciones de higiene, salubridad y trabajo presentes en el espacio de la oficina de costura-vivienda, la alimentación deficitaria, las situaciones de violencia y maltrato que en ocasiones se dan por parte de los dueños, el abuso de sustancias alcohólicas, etc. Entre los padecimientos que sufren los trabajadores pueden mencionarse los accidentes, cortes y lesiones producidos por los instrumentos de trabajo y la falta de protección, problemas respiratorios a causa del polvillo que despiden las máquinas, gastritis, dolores de espalda por la postura de trabajo, estrés, para mencionar sólo algunos. Una parte importante de los sujetos no acude a los centros de salud para tratar estos problemas por desconocimiento, temor o barreras lingüísticas, pero principalmente porque deben seguir trabajando, ya que, en caso contrario, no cobrarán el dinero por pieza producida. En algunos casos se automedican o recurren a terapias de medicina naturista, pero nunca de forma recurrente como en Bolivia. Respecto a la TB, y en concordancia con el caso de Buenos Aires (Goldberg, 2010), una alta proporción de estos inmigrantes no posee un conocimiento previo cabal sobre esta enfermedad, la cual con frecuencia es asociada a un resfriado o a la neumonía. Recién acuden a los servicios públicos de salud de la ciudad cuando por los síntomas ya no pueden seguir con sus tareas, como el debilitamiento extremo o el esputo con sangre. En lo que refiere al tratamiento de esta enfermedad, les resulta dificultoso debido al malestar y los efectos secundarios que el mismo produce, así como debido a los obstáculos para ir a retirar aquellos al centro de salud.

a) Salud en general de los trabajadores costureros de ambos sexos: sufren cortes y lesiones de distinto tipo al manipular sin la debida protección los instrumentos de trabajo, incluyendo la máquina de coser: desde el traspaso de un dedo con la aguja, cortes en manos y dedos, hasta los problemas respiratorios que genera aspirar permanentemente el polvillo que despiden las telas al trabajarse. Además de la TB que afecta por igual a hombres y mujeres, otro de los padecimientos identificados fue la gastritis, como consecuencia de una alimentación inadecuada y diferente a la de origen (fritura en exceso, más carbohidratos y menos verduras y frutas). Del mismo modo, los malestares de espalda son frecuentes, sobre todo los dolores continuos por la postura de trabajo durante tantas horas, día tras día. Otras dolencias detectadas: cansancio visual, infecciones urinarias, alergias.

b) Salud de las mujeres: sufren violencias de distinto tipo (física, psicológica, simbólica, etc.), sobre explotación laboral, sobrecarga en las tareas de cuidado familiar, en tanto actividad no

remunerada. En los casos de violencia de género, provenga esta del marido costurero o del dueño de la oficina, las autoridades no intervienen. Se trata de otra situación de violencia invisibilizada en un contexto específico de vulnerabilidad social para estas mujeres trabajadoras, dentro de un marco de violencia mayor, también invisibilizado (delitos de trata y tráfico de personas, violencia estructural, etc.). Se reportaron, asimismo, casos de violación a menores: hijos de los costureros que dentro del recinto de la oficina de costura-vivienda quedan por fuera de la atención y el control de sus padres, quienes trabajan 16 horas al día para generar dinero. Padecimientos asociados: estrés, psicopatologías diversas, daños físicos, TB.

Otros problemas de salud relevados: embarazo adolescente, casos de sífilis entre mujeres bolivianas, difícil de que concurren al centro de salud a tratarse. Asociado a esta problemática, aparece el alcoholismo como probable detonador de algunas de las violencias arriba referidas: maltrato a la mujer y a los hijos, conflictos y peleas dentro de las oficinas entre los distintos actores, etc.

c) Salud de los hijos de los trabajadores: en relación a las situaciones de riesgo para la salud de los hijos de los trabajadores en el contexto de vulnerabilidad social específico que supone vivir y trabajar en una oficina de costura, **Ce.**, ACS de la UBS CSEBF, manifestó:

*“As complicações respiratórias e alergias cutâneas são frequentes nos adultos, mas principalmente nas crianças devido ao ambiente insalubre. Outro ponto importante entre as crianças é o crescimento da obesidade, ocasionada pela má alimentação oferecida pelos donos das oficinas e falta de condições e vulnerabilidade a que são submetidas essas famílias”.*(Entrevista a **Ce.**, ACS de la UBS CSEBF, São Paulo, setiembre de 2015)

Mientras que, por su parte, **Car.**, ACS boliviana del mismo centro, comentó el problema de que *“los niños son expuestos a las oficinas, por ser tan pequeños y no tener con quien dejarlos en el periodo de trabajo, quedan junto a su madre en la máquina o los dejan en su cuarto solos”*.

Al respecto, Melo e Campinas(2010) presentaron el siguiente relato sobre los menores presentes en las oficinas de costura, a partir de las visitas que realizaron en las mismas en el transcurso de su estudio:

*Enquanto as mães costumam, as crianças dormem ou brincam no meio dos retalhos, ficando mais vulneráveis aos problemas respiratórios. De fato, no decorrer da pesquisa, constatouse que muitas mães levam as crianças à USF (Unidade de Saúde da Família) devido a esses problemas (en Porto Scaff Pinto, 2015: 79).*

Ya apuntado con anterioridad, en la medida en que los trabajadores de la oficina de costura sufran cualquier tipo de malestar, dolencia, aflicción u otro padecimiento, que no les impida continuar con su tarea, no concurren al centro de salud para atender el problema. De acuerdo con los testimonios recopilados entre los propios sujetos, lo anterior está determinado por la necesidad de seguir trabajando, por constituir la única forma de cobrar dinero (cobran por prenda confeccionada):

*“Os bolivianos só querem trabalhar e só se preocupam em procurar os serviços de saúde quando estão com a saúde já bem debilitada”.*(Entrevista a **Z.**, boliviana, esposa del dueño de una oficina de costura en Barra Funda, São Paulo, octubre de 2015).

Esto está ligado a la concepción por medio de la cual una persona está sana -o, más bien, no se preocupa por su salud- en su contexto de vida cotidiana (en este caso, la oficina-vivienda de costura) mientras pueda trabajar, comer y dormir lo necesario de acuerdo a su “normalidad”. Al mismo tiempo, se vincula con lo desarrollado previamente, en el sentido de que el cuerpo de estos trabajadores inmigrantes precarizados se “acostumbra” a sufrir para seguir trabajando, único medio que poseen para, a través del sacrificio realizado, obtener el dinero de su subsistencia y la de su familia. De esta

manera, tal como sucede con otros casos de procesos migratorios, tanto históricos como actuales, lo primero para estos sujetos es el trabajo; la salud está en otro lugar (Goldberg, 2013). La prioridad de la sobrevivencia cotidiana hace que los padecimientos y el dolor físico y emocional se ubiquen en un segundo plano, quedando en el cuerpo como una marcas siempre vigentes de la violencia cotidiana. Ese cuerpo finalmente se acostumbra a ser un instrumento, a ser sometido y docilizado, no porque esté biológicamente preparado para ello sino porque no encuentra otra alternativa (Otegui Pascual, 2009).

Además de los casos en los que se les prohíbe salir de la oficina, entre los motivos por los cuales estos trabajadores inmigrantes no acuden directamente a los servicios de salud de São Paulo para atender la mayor parte de sus problemas de salud, sino recién cuando éstos son de gravedad, encontramos los siguientes:

a) De forma análoga a lo registrado por Goldberg (2010; 2014a) en el caso comparativo de Buenos Aires, las narrativas de los sujetos entrevistados en nuestro estudio sugieren una relación entre determinadas actitudes, prácticas y conductas de salud con el contexto sociosanitario de origen de los inmigrantes. El grado de mayor o menor desconfianza/rechazo a la medicina científica en Brasil se vincula, a su vez, con la eficacia otorgada por los bolivianos en su país a la medicina tradicional andina y a sus terapeutas representantes, además de estar influenciada por una atención sanitaria pública biomédica no gratuita y de difícil acceso (sobre todo para aquellos que residen en zonas rurales; o sea, la mayoría de la población).

En ese marco, al analizar los itinerarios terapéuticos de los sujetos, notamos que en algunos casos, primeramente, ponen en práctica mecanismos en torno a la salud (infusiones diversas, uso de hierbas o plantas medicinales) que conocen desde origen o que algún otro paisano inmigrante les recomienda. Estos saberes y prácticas, generalmente transmitidos de generación en generación (y que justamente por ello, se van perdiendo progresivamente en el contexto de la sociedad a la que migraron) provienen de la medicina tradicional andino-boliviana (quechua o aymara), formando parte del modelo de autoatención.<sup>7</sup> Así, **Os.** afirmó que nunca necesitó de un médico, puesto que las veces en que se sintió mal, tomó “*suco de limão e ervas*”, los cuales, según su valoración, “*curam tudo*”. Por su parte, **Ju.** narró que en Bolivia usaban más plantas medicinales que fármacos, contrariamente a lo que sucede en Brasil, donde tienen que ir al “*posto de saúde*” y tomar remedios, ya que resulta difícil conseguir esas plantas. En la misma línea, **Fa.** apuntó: “*Tem lá {na Bolivia} muitas plantas para curar. Aqui no usa, aqui no porque no tem aqui*”. Este costurero boliviano, quien trabaja y vive en una oficina de Barra Funda, comentó que a veces usa la “*Babosa*” (Aloe Vera, que en Bolivia se conoce como “*Sábila*”) para cicatrizar las heridas provocadas por jugar al fútbol los domingos, día en que no trabaja en la oficina. **Ni.**, una inmigrante boliviana que después de haber trabajado en varias oficinas de costura de familiares, se abrió su propia oficina con su marido, relató al respecto: “*{En Bolivia} Cuando fica doente en el campo, con aquellas hojas, natural... ¿Para gripe? pegaba unos Eucalyptus grandes, hacía de un mate, tomábamos para no pegar gripe. Así para otras cosas*”. Del mismo modo, **Ho.**, originario de Cochabamba, usaba en Bolivia “*mate de coca ou chá de coca para dor de estômago, dor da barriga; y manzanilla, desinflamante, e pra quem tem alguma ferida, lava com isso*”. Por último, **S.**, inmigrante boliviana de La Paz, comentó que actualmente no utiliza ningún tipo de elemento correspondiente a la medicina tradicional boliviana, pero está convencida de que “*a saúde começa pela boca. Com uma boa alimentação é possível manter-se saudável e inclusive curar doenças*”.

b) Existe un cierto temor, desconfianza o recelo entre muchos inmigrantes bolivianos respecto a la

---

<sup>7</sup>Menéndez (1983) define la autoatención como las actividades de diagnóstico y atención, desarrolladas por los propios sujetos o personas cercanas del grupo familiar o comunitario, dirigidas a la cura o alivio de algún padecimiento, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales. Incluye aquellas prácticas y representaciones realizadas generalmente en los hogares, orientadas a diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, tolerar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan la salud en términos reales o imaginarios. Estas acciones, aun cuando son cuestionadas por el sistema sanitario formal, constituyen el primer nivel real de acceso a la atención y la forma más generalizada de cuidado de los padecimientos. La autoatención no sólo cumple funciones curativas, sino además socioeconómicas: ésta primera aproximación define qué recursos del hogar desplegar ante una dolencia, determina la necesidad o no de concurrir a curadores profesionales e implementa los primeros tratamientos, por lo que constituye el primer nivel real de atención.

atención médica en los servicios sanitarios de Brasil. Uno de los motivos que fundan ese temor es que, en el caso de que la gravedad del problema de salud requiera su internación, con frecuencia no tienen a nadie (familiar, paisano, etc.) que pueda velar por ellos y cuidarlos en esa situación. El recelo está dado, en parte, por las barreras lingüísticas, a la vez que por una atención en los centros de salud que valoran como “*con mucha demora*” y hasta en ciertos casos “*inútil*”, ya que no se recibe la atención esperada. Al respecto, **To.** se quejó en la entrevista realizada de la demora sufrida, narrando que fue a atenderse y esperó 4 horas; por fin desistió y se fue. Lo mismo que **Fr.** quien por un fuerte dolor de oído -probablemente una otitis- concurre al centro de salud más próximo a la oficina de costura, donde trabaja y vive, de Guarulhos: “*Dois horas para atender-me então y solo para que me dem una receita e que me dice: tem que comprar da farmacia você, caramba! Dos horas para isso! Tava caro además*”. Otros testimoniaron que fueron “*mal atendidos*” en los centros de salud, sufriendo la discriminación por parte del personal sanitario. La madre de **K.**, que vive hace más de diez años en São Paulo, contó que aún tenía “*recelos*” de ir a atenderse a los servicios públicos de salud. El motivo principal es que siempre percibió que los profesionales sanitarios no comprenden la forma en que ella habla el portugués, y tampoco se esfuerzan para hacerlo. Del mismo modo, sostuvo que los médicos no hacen caso a sus peticiones, recibe de ellos malos tratos y no valorizan sus reclamos. Asimismo, hemos recogido testimonios en los cuales parte del temor y la desconfianza provienen de ciertas historias que circulan entre los miembros de la colectividad boliviana de la ciudad, sobre bolivianos que fueron internados en hospitales y nunca salieron con vida de allí; todo lo cual ha levantado sospechas entre ellos sobre el posible tráfico ilegal de órganos.

Principalmente, entre los bolivianos entrevistados oficineiros (y sus esposas), identificamos su preferencia por ir a atenderse a Bolivia, aún sabiendo que allí el sistema de salud es pago. La razón de lo anterior aparece como inversamente proporcional a los tipos de rechazo expuestos anteriormente: apoyo de la red familiar y de paisanos; mismo país-cultura-idioma; mayor confianza en los médicos bolivianos, etc. Tal es el caso de la madre de **P.**, que vive hace 26 años en Brasil, pero no utiliza los servicios de salud. Por el contrario, aprovecha sus viajes anuales a Bolivia para hacer los controles médicos correspondientes y atenderse de algún problema de salud. Esta mujer, aún viviendo legalmente en el país durante tantos años, con una situación económico-social estable y envidiable para otros paisanos, afirmó que tiene miedo de los profesionales sanitarios porque ellos hacen preguntas semejantes a las de la Policía Federal.

c) A medio camino de estas dos situaciones descritas más arriba, se encuentran las clínicas o consultorios privados de São Paulo donde atienden médicos “*patricios*” (paisanos bolivianos). Muchos inmigrantes “*creen que siendo boliviano como ellos, el atendimento será mucho mejor y se sienten con más confianza de hablar*”. (**P.**, enfermera boliviana)

*“Hay una colonia boliviana de puro médicos, aquí médico boliviano en São Paulo creo que está bien catalogado, porque yo conozco varios que atendió por un boliviano. Tienen sus propios consultorios y ahí facilitan a la gente porque más reconocidos son los médicos bolivianos aquí”.* (Entrevista a **V.**, inmigrante boliviano originario de Oruro, São Paulo, noviembre de 2015)

**L.** corroboró lo expuesto al narrar que en una de las oficinas de costura en la que trabajó, antes de abrirse la suya propia con su marido, tuvo “*dor de orelha.... Meu patrão levou para um particular... porque ele falou que posto demora muito, perde tempo, né? Então ele me levou em particular a clinica faz. E lá fizeram exame geral...*”

Lo propio fue relevado en las investigaciones realizadas en Buenos Aires. En los barrios del suroeste (Liniers, Flores, Floresta, etc.), donde se localizan la mayoría de las oficinas de costura clandestinas que hay en la ciudad, existen clínicas -muchas de ellas de un sólo propietario, que suele ser un médico boliviano con varios años de residencia legal en Argentina, quien convalidó su matrícula para poder ejercer legalmente en el país- con médicos egresados en Bolivia, pero que no tienen legalizada su matrícula para ejercer, y que atienden fundamentalmente a “paisanos” bolivianos, sobre todo a oficineiros y, en menor medida, a costureiros (los cuales, con frecuencia, son llevados por los primeros si se trata de algo urgente). Entre los casos de urgencia se encuentran los abortos que

hacen de manera ilegal (en Argentina como en Brasil, es una práctica penalizada) a mujeres adultas y/o menores que fueron violadas por el propio oficinero. La articulación entre las oficinas clandestinas de costura y estas clínicas semi ilegales descansa en una complicidad recíproca, por medio de la cual la clínica se abastece de pacientes que provienen de las oficinas, mientras que, al mismo tiempo, brindan un manto protector de impunidad a estas. En caso de diagnosticar TB, por ejemplo, estos médicos derivan a los pacientes directamente a los hospitales. En una entrevista realizada a Geraldine, inmigrante boliviana de La Paz que trabajó durante un tiempo como secretaria y ayudante en una de las referidas clínicas, esta sostuvo: “Creo que no vi ningún caso de tuberculosis en gente que no haya trabajado en un taller”. (En Colectivo Situaciones-Colectivo Simbiosis Cultural, 2011: 89)

## 5. Consideraciones finales

La complejidad de la realidad sociosanitaria no puede ser abordada en exclusividad a través de datos numéricos, sino que los aspectos económicos, políticos, ideológicos y socioculturales, no reducibles a ellos, son necesarios para detectar y tratar los distintos tipos de padecimientos que sufren los sujetos pertenecientes a conjuntos socioculturales específicos de la sociedad, como los de nuestro estudio, vinculados con sus modos de vida/vivienda/trabajo (Goldberg, Martin y Silveira, 2015).

Al igual que en el caso comparativo de estudio de Buenos Aires, la realidad permite identificar las distintas opciones de atención de las que disponen los inmigrantes bolivianos en el contexto sociosanitario de pluralismo asistencial (Menéndez, 2009; Ramírez Hita, 2009; Goldberg, 2010; Goldberg y Silveira, 2013) de São Paulo. Como parte del mismo, los distintos modelos médicos se complementan, entran en conflicto y en algunos casos aparecen como superpuestos en el marco de la articulación de las representaciones y prácticas de los sujetos en torno a la salud-enfermedad-atención (y de acuerdo a la eficacia otorgada a aquellos por parte de estos, en contextos específicos y para cada padecimiento).

A nivel global, la utilización de los servicios públicos de salud por parte de los inmigrantes bolivianos va de la mano a su proceso de inserción laboral formal al mercado de trabajo paulista. Tal es el caso de los costureros que regularizan su situación administrativa-migratoria y trabajan con "carteira assinada" en oficinas legales de bolivianos o de hijos brasileiros de inmigrantes coreanos, con horarios definidos y un salario correspondiente al ramo, entre otros derechos laborales contemplados en la ley vigente. En este proceso, mucho tuvo que ver la amnistía de 2010, la cual facilitó la regularización de los inmigrantes: “*A maioria usa o posto de saúde, agora a maioria dos bolivianos está trabalhando em firma, são registrados, tem décimo terceiro, tem as férias, tudo normal*”. (P., enfermera boliviana)

Entre estos inmigrantes, es la mujer quien más uso hace de los servicios de salud, concurriendo a estos para realizarse los exámenes del prenatal y vacunar y controlar el crecimiento de sus hijos. Tanto aquí como en otras situaciones referidas al ámbito de la salud de estas personas, el rol de control, seguimiento y acompañamiento de las ACS es clave. Esta función se manifiesta con mayor claridad en el caso específico de la TB, donde los obstáculos asociados al acceso y la atención de la salud descritos como parte de los modos de vida-trabajo-vivienda precarios de las oficinas de costura, constituyen factores que vuelven a los trabajadores y sus hijos más vulnerables frente a esta enfermedad. Disminuir esa vulnerabilidad viene siendo una de las principales tareas desarrolladas por las ACS de la UBS CSEBF, considerando que muchos de los inmigrantes bolivianos visitados en las oficinas no sabían que podían hacer uso de los servicios sanitarios de forma gratuita, sino que obtuvieron esa información a través de la mediación del trabajo de promoción y prevención realizado por las ACS en terreno.

## 6. Bibliografía

Aguiar, Marcia. (2013). “Tecnologias e cuidados em saúde: a Estratégia Saúde da família e o caso dos imigrantes bolivianos e coreanos no bairro do Bom retiro em São Paulo”. [Dissertação de Mestrado]. Faculdade de Medicina da USP, São Paulo.



Benencia, Roberto (2009). “El infierno del trabajo esclavo. La contracara de las “exitosas” economías étnicas”. En: *Avá*, nro. 15, Julio, pp. 43-72.

Bourgois, Philippe (2010). *En busca de respeto: vendiendo crack en Harlem*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Brass, Tom (2011). *Labour Regime Change in the Twenty-First Century: Unfreedom, Capitalism and Primitive Accumulation*. Boston: Brill.

Buss, Paulo, Pellegrini Filho, Alberto (2006). “Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde”. En: *Cad. Saúde Pública*, 22 (9), setembro, pp. 2005-2008.

Clastes, 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.

Colectivo Situaciones-Colectivo Simbiosis Cultural (2011). *De chuequistas y overlockas. Una discusión en torno a los talleres textiles*. Buenos Aires: Editorial Retazos.

Coutinho, Beatriz (2015). “Imigração laboral e a produção de vestuário na cidade de São Paulo: entre a informalidade e a expectativa de mobilidade social ascendente”. En: *Cadernos OBMigra*, 1 (3), pp. 79-98.

Csordas, Thomas (1994). *Embodiment and Experience*. Cambridge: Cambridge University Press.

Cymbalista, Renato, Xavier, Iara (2007). “A comunidade boliviana em São Paulo: definindo padrões de territorialidade”. En: *Cadernos Metrópole*, nro. 17, pp. 119-133.

Das, Veena, Kleinman, Arthur, Lock, Margaret., Ramphela, Mamphela, Reynolds, Pamela (eds) (2001). *Remaking a 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.

Farmer, Paul (2004). “An Anthropology of Structural Violence”. En: *Current Anthropology*, 45 (3), June, pp. 305–325.

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

----- (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”. En: *Revista Argentina de Salud Pública*, 1 (5), diciembre, pp. 13-21.

----- (2013). “Un abordaje comparativo en torno a la incidencia de la tuberculosis en inmigrantes bolivianos de Buenos Aires y São Paulo”. En: *Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, dossiê sobre “Migrações e saúde”, nro. 40, jan-jun, 93-106.

----- (2014a). “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”. En: *Cuadernos de Antropología Social*, nro. 39, pp. 91-114.

----- (2014b). “Trayectorias migratorias, itinerarios de salud y experiencias de participación política de mujeres migrantes bolivianas que trabajaron y vivieron en talleres textiles clandestinos del Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina”. En: *Anuario Americanista Europeo*, nro. 11, 199-216.

Goldberg, Alejandro, Silveira, Cássio (2013). “Desigualdad social, condiciones de acceso a la salud pública y procesos de atención en inmigrantes bolivianos de Buenos Aires y São Paulo: una indagación comparativa”. En: *Saúde e Sociedade*, 22 (2), Junho, pp. 283-297.

Goldberg, Alejandro, Martin, Denise, Silveira, Cássio (2015). “Editorial: Por um campo específico de estudos sobre processos migratórios e de saúde na Saúde Coletiva”. En: *Interface: comunicação, saúde, educação*, 19 (53), abr-jun, pp. 229-232. <http://interface.org.br/edicoes/v-19-n-53-abr-jun-2015/>

Goldberg, Alejandro, Silveira, Cássio, Martin, Denise (2016). “Tuberculosis en inmigrantes bolivianos de São Paulo y de Buenos Aires: un abordaje sociosanitario-etnográfico-comparativo. Ponencia presentada en las VIII Jornadas “Santiago Wallace” de Investigación en Antropología Social, Buenos Aires, 27 al 29 de julio.

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*, nro. 20/21, pp. 31-54.

Harvey, David (2010). *A condição pós-moderna*. Rio de Janeiro: Loyola.

----- (2012). *O novo imperialismo*. Rio de Janeiro: Loyola.

IBGE (2010). *Censo Demográfico Brasileiro de 2010*. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Lieutier, Ariel (2010). *Esclavos. Los trabajadores costureros de la ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires: Retórica Ediciones.

Marroni, Maria (2006). “Migrantes Mexicanas en los Escenarios Familiares de las Comunidades de Origen: amor, desamor y dolor”. En: *Estudios Sociológicos*, 72 (24), Mayo, pp. 667-699.

Marx, Karl (1978). *El Capital*. México: Siglo XXI.

Mc Grath, Siobhán (2005). “Unfree labor, capitalism and contemporary forms of slavery”. <http://docplayer.net/24200000-Unfree-laborcapitalism-and-contemporary-forms-of-slavery-siobhan-mcgrath-graduatefaculty-of-political-and-social-science-new-school-university.html>.

Melo, Rosiane de, Campinas, Lúcia (2010). “Multiculturalidade e morbidade referida por imigrantes bolivianos na Estratégia Saúde da Família”. En: *O Mundo da Saúde*, 34 (1), pp. 25-35.

Menéndez, Eduardo (1983). “Modelo médico hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención, caracteres estructurales”. En: Eduardo Menéndez. *Hacia una práctica médica alternativa: hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. México: Cuadernos de la Casa Chata, pp. 1-20.

----- (2009). *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar.

Mezzadra, Sandro (2006). *Diritto di fuga: migrazioni, cittadinanza, globalizzazione*. Verona: Ombre corte edizioni.

Milá, Marc (2015). "Income concentration in a context of late development: an investigation of top incomes in Brazil using tax records, 1933-2013". Dissertação (Mestrado), Paris School of Economics, Paris.

Miranda, Bruno (2017). "Uno ya sabe a lo que viene": la movilidad laboral de migrantes andino-bolivianos entre talleres de costura de São Paulo explicada a la luz de la producción del consentimiento". *REMHU*, 25 (49), pp. 197-213.

Organización de las Naciones Unidas (ONU) (2010) *Informe sobre desarrollo humano, 2010*. Ginebra: PNUD-ONU.

Otegui Pascual, Rosario (2009). "El sufrimiento: la forma sociocultural del dolor". En: Mabel Grimberg (ed.) *Experiencias y narrativas de padecimientos cotidianos. Miradas antropológicas sobre la salud, la enfermedad y el dolor crónico*. Buenos Aires: Antropofagia, pp. 147-166.

Patarra, Neide (2005). "Migrações internacionais de e para o Brasil contemporâneo: volumes, fluxos, significados e políticas". En: *São Paulo em Perspectiva*, 19 (3), jul/set, pp. 23-33.

Porto Scaff Pinto, Patricia (2015). "Análise espacial e espaço-temporal dos casos de tuberculose em imigrantes sulamericanos no município de São Paulo entre 2006 e 2013". Tesis de Maestría em Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

Ramírez Hita, Susana (2009). *Calidad de atención en salud. Prácticas y representaciones sociales en las poblaciones quechua y aymará del altiplano boliviano*. La Paz: OPS/OMS.

Rizek, Cibele, Georges, Isabel, Freire da Silva, Carlos (2010). "Trabalho e imigração: uma comparação Brasil-Argentina". En: *Lua Nova*, n. 79, pp. 111-142.

Silva, Sidney (2006). "Bolivianos em São Paulo: entre o sonho e a realidade". En: *Estudos Avançados*, 20 (57), pp. 157-170.

Silveira, Cássio, Carneiro Junior, Nivaldo, de Almeida Ribeiro, Manoel, Barradas Barata, Rita (2013). "Living conditions and access to health services by Bolivian immigrants in the city of São Paulo, Brazil". En: *Cad. Saúde Pública*, 10 (29), pp. 2017-2027.

Waldman, Tatiana (2011). "Movimentos migratórios sob a perspectiva do direito à saúde: imigrantes bolivianas em São Paulo". En: *Revista de Direito Sanitário*, 1 (12), pp. 90-114.