

---

TUBERCULOSIS E INMIGRACIÓN BOLIVIANA EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES:  
SENTIDOS EN DISPUTA ENTRE PROFESIONALES DE LA SALUD

*Lorena Pratto<sup>a</sup>*

RESUMEN

Este artículo analiza los sentidos y significados que profesionales de la salud de la Ciudad de Buenos Aires construyen alrededor de la relación entre migración boliviana y tuberculosis. A partir de una investigación etnográfica que incluyó entrevistas a trabajadores/as sanitarios y a referentes políticos en el tema, observaciones en eventos científicos y análisis de documentos y materiales escritos, se buscó reconstruir las nociones, clasificaciones y categorías en disputa entre distintos actores involucrados en la respuesta a la tuberculosis. Se muestra cómo, desde la responsabilización de los/as migrantes por la propagación de la enfermedad hasta su presentación como víctimas, las diversas explicaciones profesionales confluyen en una noción de la tuberculosis ligada a concepciones de otredad que amalgaman ideas de raza, cultura y nacionalidad con efectos en la particular producción de la epidemiología de la enfermedad en la Ciudad de Buenos Aires. Se discuten algunas simplificaciones y reduccionismos en la comprensión del problema analizado y se hace hincapié en la necesidad de recuperar un enfoque relacional en línea con la producción de una epidemiología sociocultural.

PALABRAS CLAVE: tuberculosis; inmigración boliviana; sentidos; profesionales de salud; epidemiología.

ABSTRACT

This article analyzes the meanings created by health professionals in the City of Buenos Aires about the relationship between tuberculosis and Bolivian immigration. Based on an ethnographic research that included interviews with health workers and political authorities on the subject, observation at scientific events and the analysis of documents and written sources, it seeks to reconstruct the concepts, classifications and categories discussed among different actors involved in the response to tuberculosis. From blaming migrants for the spread of the disease to portraying them as victims, it shows how the various professional explanations converge in an idea of tuberculosis linked to otherness, that amalgamates notions of race, culture and nationality with effects on the particular production of the epidemiology of the disease in the City of Buenos Aires. Some simplifications and reductionisms in the understanding of the analyzed issue are discussed here, as well as the need to recover a relational approach in accordance with the development of a sociocultural epidemiology of tuberculosis.

KEYWORDS: tuberculosis; Bolivian immigration; meanings; healthcare professionals; epidemiology.

Manuscrito recibido: 17 de septiembre de 2021.

Aceptado para su publicación: 13 de enero de 2022.

---

<sup>a</sup> Programa de Antropología y Salud, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires. Puan 480 (CP 1420). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. [lorenapratto@hotmail.com](mailto:lorenapratto@hotmail.com).

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la tuberculosis (TBC) constituye un importante problema de salud pública a nivel global y local, pese a que existen respuestas terapéuticas y políticas específicas orientadas a su control<sup>1</sup>. Un rasgo característico de la distribución de la enfermedad es la desigualdad entre los diversos países y al interior de cada uno de ellos, estrechamente relacionada con deficitarias condiciones de vida de las distintas poblaciones (Bossio, Arias & Fernández, 2012). Ciertamente, tanto la probabilidad de infectarse con el bacilo de la TBC como la de desarrollar la enfermedad se vinculan con la malnutrición, el hacinamiento y las malas condiciones sanitarias. De allí que la tuberculosis haya sido caracterizada como una enfermedad fuertemente asociada a la pobreza y las marginaciones sociales.

La Ciudad de Buenos Aires (CABA) cuenta con la tercera tasa de incidencia de TBC del país, aunque al interior de esta jurisdicción la distribución de la enfermedad es altamente desigual (Barrios et al., 2021). Conformada por 15 comunas, la CABA se caracteriza por la profunda desigualdad entre sus áreas norte y sur, siendo ésta última un espacio geográfico especialmente desfavorecido en lo que refiere a condiciones de vida, espacialmente segregado, marcadamente diferenciado y con poco nivel de interacción con el resto del aglomerado urbano (Santoro, 2020). Son esas comunas al sur de la Ciudad las que presentan las tasas más elevadas de la enfermedad. Específicamente, las tasas de notificación más altas corresponden a las comunas 7 y 8 que son, coincidentemente, las áreas más importantes de asentamiento de población migrante boliviana de la jurisdicción. En efecto, el colectivo de inmigrantes bolivianos constituye un conjunto poblacional particularmente afectado por la tuberculosis en la Ciudad de Buenos Aires (Goldberg, 2010, 2014).

En este trabajo se presentan resultados de una investigación etnográfica (Pratto, 2016) realizada durante los años 2013 y 2014 acerca de la experiencia de enfermedad y los itinerarios de atención y cuidados de mujeres migrantes bolivianas que padecían tuberculosis. Aquella investigación, realizada en una villa de emergencia del sur de la Ciudad de Buenos Aires, procuró construir una mirada situada sobre la vida con la enfermedad atendiendo a las tramas de atención y cuidados del mundo local. El trabajo de campo incluyó observaciones en ámbitos domésticos, laborales e institucionales, realización de entrevistas (a personas migrantes, trabajadores de salud, gestores sanitarios, referentes de organizaciones barriales) y análisis de distintos materiales y documentos escritos. Uno de los aspectos que surge de aquel trabajo etnográfico es el consenso expresado por diversos agentes estatales involucrados en la atención de la enfermedad (médicos/as, enfermeros/as, trabajadoras sociales) respecto de la tuberculosis como una de las principales afectaciones sufridas por el conjunto poblacional de migrantes bolivianos.

En este artículo analizamos los sentidos y significados expresados por gestores sanitarios y trabajadores/as de salud en la Ciudad de Buenos Aires —especialmente médicos/as— en torno de la relación entre migración boliviana y tuberculosis, atendiendo a las nociones, categorías, prescripciones y los aspectos normativo-valorativos de los saberes profesionales. En particular, interesa analizar las maneras en que estos actores caracterizan las causas de la enfermedad en este conjunto poblacional y su relación con los comportamientos de las personas afectadas. Registramos diferentes interpretaciones incluso en disputa que no obstante confluyeron en visiones sobre la tuberculosis ligadas a la otredad y articuladas a nociones de raza, cultura y nacionalidad.

Para nuestro análisis, recuperamos materiales empíricos producidos en diversos espacios a lo largo del trabajo de campo, especialmente en entrevistas realizadas tanto a trabajadores/as del centro de atención primaria de la salud ubicado en la villa de emergencia en la que se desplegó la

<sup>1</sup> Por ejemplo, las Estrategias Alto a la Tuberculosis y más recientemente Fin a la Tuberculosis, desarrolladas por la Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/tb/strategy/es/>

investigación como a representantes del Programa de TBC de la CABA. También recuperamos registros de disertaciones y presentaciones públicas de profesionales médicos/as en jornadas científicas sobre tuberculosis que se realizan regularmente en la ciudad. En todos los casos, se trata de profesionales que se desempeñaban en el sistema público de atención de la salud. En términos metodológicos, efectuamos un recorrido etnográfico que nos condujo desde “la salita” de la villa hacia otros espacios institucionales del “afuera” incluidas esas reuniones científicas y el relevamiento de documentos oficiales, publicaciones, informes epidemiológicos y recortes periodísticos. Con este abordaje pudimos acceder a la comprensión de la respuesta sanitaria a la TBC en tanto política pública, esto es, en términos de procesos sociales e interacciones cotidianas entre actores situados en lugares diferentes (Shore, 2010; Franzé Mudanó, 2013). En este sentido, el trabajo etnográfico constituye una vía de entrada significativa al modo en que la política sanitaria sobre tuberculosis se encarna en los diferentes ámbitos de interacción, más allá de (o en tensión con) sus definiciones normativas, permitiendo analizar por ejemplo cómo los agentes estatales construyen e interpelan a sus “destinatarios” (Pozzio, 2011). Al mismo tiempo, apuntamos a considerar las prácticas y sentidos de estos agentes estatales como parte constitutiva de las condiciones de acceso a la atención de las poblaciones migrantes, ya que sus acciones concretas pueden facilitar u obstaculizar el tránsito de los sujetos por las instituciones de salud. Si bien han transcurrido algunos años desde nuestra investigación, consideramos que sus resultados guardan aún relevancia dado que la discusión sobre migraciones y salud no ha perdido su vigencia. Los trabajos más recientes sobre el tema dan cuenta de la problemática de miradas estereotipadas de los equipos sanitarios sobre estas poblaciones y los diversos obstáculos institucionales en la atención (Aizenberg & Baeza, 2021; Aizenberg, 2019). Asimismo, en mi propia experiencia como trabajadora de salud en un hospital público de la CABA desde el año 2007 a la actualidad, puedo afirmar que “la cuestión” del acceso a la atención

de personas migrantes sigue siendo un tópico recurrente en distintos espacios institucionales, teñido por consideraciones diversas respecto del derecho a la atención, a la “sobrecarga” de las instituciones, o a las dificultades basadas en la “diferencia cultural”. Pero además, en el caso específico de la tuberculosis, entendemos que es preciso continuar profundizando el análisis de su relación con la inmigración de origen boliviano no solamente por la posibilidad de comprensión del fenómeno en cuestión, sino también por la urgente necesidad de producir respuestas e intervenciones más eficaces frente a un problema de salud colectiva de suma relevancia en la Ciudad de Buenos Aires.

#### LA CONSTRUCCIÓN DE UN PROBLEMA: INMIGRACIÓN BOLIVIANA Y ACCESO A LA SALUD

La población boliviana representa el segundo grupo migratorio más importante en la Argentina –luego de la población paraguaya– con 345.272 habitantes en nuestro país. En la Ciudad de Buenos Aires los/as migrantes bolivianos/as se localizan principalmente en su zona sur, en las comunas 7 (Flores-Parque Chacabuco), 8 (Villa Soldati-Villa Riachuelo-Villa Lugano) y 9 (Parque Avellaneda-Mataderos-Liniers). Siguiendo a Mera (2018), la concentración de la población boliviana en las periferias empobrecidas y en urbanizaciones informales del cordón sur de la Ciudad se vincula tanto con formas de cohesión étnico-cultural como con un modelo de inserción urbana segmentado. En este sentido, las condiciones de vida de este colectivo se caracterizan por un alto nivel de informalidad laboral –en ocasiones en nichos laborales vacantes– y precariedad habitacional (Aizenberg, 2019; Caggiano, 2008; Cerrutti & Maguid, 2006). Debido al acceso limitado a empleos de carácter regular o protegido en el marco de la legislación laboral vigente, sólo una baja proporción de estos/as trabajadores/as inmigrantes cuentan con acceso a prestaciones de obras sociales o planes pagos de salud (Cerrutti, 2010).

La inmigración boliviana hacia la Argentina tiene una larga historia, registrada ya oficialmente

en el primer censo nacional de población del año 1869. Su dinámica ha ido experimentando transformaciones a lo largo del tiempo, pasando de una migración caracterizada por la estacionalidad y la pendularidad entre su lugar de origen y un destino relativamente cercano en Argentina (Marshall, 1983 en Courtis & Pacecca, 2010) a su progresiva transformación en una migración más prolongada e incluso definitiva asentada en zonas urbanas, especialmente en el Área Metropolitana de Buenos Aires (Courtis & Pacecca, 2008). A partir de la década de 1980 esta migración comenzó a feminizarse lentamente pero conservando siempre un importante componente masculino (Courtis & Pacecca, 2010).

Si bien el flujo migratorio regional se ha mantenido estable a lo largo del tiempo, rondando históricamente el tres por ciento de la población total del país (Courtis & Pacecca, 2007), la llegada a las áreas metropolitanas fue otorgando mayor visibilidad social y política a estas poblaciones (Grimson, 1999). Esta transformación en el patrón de asentamiento fue de la mano de la extensión de discursos xenófobos y racistas en torno del llamado “problema de la inmigración limítrofe”. Distintos autores han analizado la construcción de la figura del inmigrante en términos de “amenaza” que tuvo lugar durante la década de 1990, así como los modos en que desde determinados actores sociales –Estado, sindicatos, medios de comunicación– se delineó un discurso que adjudicó a estos migrantes la responsabilidad por los problemas sociales y económicos que se desplegaban en el marco de las reformas implementadas bajo el paradigma neoliberal (Oteiza, Novick & Aruj, 1996; Grimson, 1999; Domenech, 2009). El carácter problemático atribuido a la inmigración limítrofe encontraría en la figura del extranjero al responsable de la desocupación, el delito callejero y el “colapso” de los sistemas educativos y sanitarios. Muchos de esos discursos persisten hasta nuestros días y, en este sentido, se ha afirmado que es el conjunto poblacional de inmigrantes bolivianos/as el que ocupa uno de los lugares más devaluados en la escala social (Mera, 2018; Grimson & Jelin, 2006). En la Argentina, la literatura sobre migraciones y salud ha mostrado de qué modo la presencia

de inmigrantes extranjeros/as –especialmente limítrofes– ha sido percibida y construida como “problema” en las instituciones sanitarias. En particular se han estudiado las representaciones de agentes institucionales respecto de los/as pacientes extranjeros/as en tanto “otros culturales” a partir de la percepción esencializada o estereotipada de sus prácticas (Aizenberg, 2019; Aizenberg, Rodríguez & Carbonetti, 2015; Cerrutti, 2010; Jelin, 2006; Jelin, Grimson & Zamberlin, 2006; Abel & Caggiano, 2006; Mombello, 2006; Sala, 2002). Aun cuando estos trabajos no se hayan propuesto abordar la relación entre migraciones y tuberculosis, esta enfermedad fue recurrentemente tematizada. Así, fue relevada como preocupación especial de muchos prestadores sanitarios quienes señalaron el problema del acceso tardío a la atención médica por parte de las poblaciones extranjeras y su relación con la proliferación de “focos de contagio” y los costos para las instituciones (Jelin et al., 2006). La tuberculosis fue tematizada también en estudios sobre políticas y acciones de salud pública en zonas de frontera (Sala, 2002; Courtis, Liguori & Cerrutti, 2010) y se destacó que su definición como enfermedad endémica en Bolivia propició en distintos momentos históricos acciones tendientes a vigilar su propagación en la Argentina, colaborando de este modo a su construcción como problema “importado” desde Bolivia hacia la Argentina y a que las acciones orientadas al control de la enfermedad derivaran en acciones de control sobre los inmigrantes. Finalmente, algunos trabajos han analizado la incidencia de la tuberculosis entre trabajadores/as bolivianos/as en talleres textiles en la Ciudad de Buenos Aires (Goldberg, 2009a, 2010, 2013, 2014). En esos trabajos se ha enfatizado que las causas de enfermedad y muerte de este conjunto poblacional son resultado directo de los modos de explotación laboral asociados a su situación migratoria. Se apuntó además a los efectos del “duelo migratorio” y su relación con mayores niveles de vulnerabilidad frente a la enfermedad (Goldberg, 2009a, 2010, 2013), y se destacó la construcción culturizada sobre la incidencia de la enfermedad en pacientes bolivianos/as por parte del personal de salud, asociando la tuberculosis

a ciertos estilos de vida y conductas higiénicas consideradas inapropiadas o deficientes (Goldberg, 2009b). Cabe destacar que estos trabajos se abocaron sobre todo a la problemática de personas identificadas como “víctimas de los delitos de trata y tráfico de personas y de reducción a la servidumbre” (Goldberg, 2013, 2014) vinculando la incidencia de la tuberculosis con las condiciones de “esclavitud” o “semi-esclavitud laboral” de los sujetos afectados (Goldberg, 2013, 2014).

#### TUBERCULOSIS EN LA ARGENTINA Y EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa causada por la bacteria *Mycobacterium tuberculosis* –o bacilo de Koch– que afecta principalmente a los pulmones, aunque puede localizarse en otros órganos del cuerpo. La transmisión se produce de persona a persona a través del aire. Es decir, cuando una persona enferma por una TBC pulmonar habla, tose o estornuda, expulsa bacilos tuberculosos, que al ser inhalados por una persona sana pueden producir la infección. Los factores determinantes de la transmisión se relacionan con la localización de la tuberculosis, con la cantidad de bacilos presentes en el esputo, así como con las condiciones de inmunidad de la persona, y con la duración y condiciones del contacto entre la persona sana y la enferma –el cual debe ser prolongado, estrecho y en un ambiente cerrado o con ventilación inadecuada. En el año 1993, la tuberculosis fue declarada una emergencia mundial en salud pública por la Organización Mundial de la Salud. Se estima que una cuarta parte de la población global está infectada por el bacilo que causa la TBC. Sin embargo, no todas las personas infectadas desarrollan la enfermedad, y ello depende de los niveles de inmunidad. Una persona afectada por el bacilo puede vivir con una infección latente que no se desarrolla nunca –y que tampoco trasmite– o bien puede activarse como consecuencia de la caída en los niveles de inmunidad. Los síntomas más característicos son la presencia de tos y expectoración por más de 15 días, pérdida de peso,

fiebre y sudoración nocturna, expectoración con sangre, cansancio y pérdida de apetito.

Se estima que en el año 2020, 10 millones de personas enfermaron de tuberculosis en el mundo y 1,5 millones murieron por esta enfermedad. En efecto, la TBC continúa siendo una de las principales causas de mortalidad producida por un agente infeccioso a nivel mundial. Según los últimos datos publicados a nivel nacional, en el año 2019 fueron diagnosticadas 12.499 personas con TBC en la Argentina –marcando seis años de aumento sostenido de la enfermedad– con una tasa de notificación de 27,81 casos cada 100.000 habitantes. No obstante, las tasas de notificación muestran diferencias pronunciadas entre distintas provincias y jurisdicciones, siendo aquellas con mayor proporción de población en situación de pobreza las más afectadas por la tuberculosis.

El aumento sostenido de la tuberculosis resulta notorio en la Ciudad de Buenos Aires. Al respecto, en el año 2013 habían sido notificados 943 casos, con una tasa de 30,98 casos cada 100.000 habitantes. En el año 2017 el número de notificaciones fue de 1221, lo que representó una tasa de 39,85 casos cada 100.000 habitantes. En 2018, los casos de TBC continuaron en ascenso, registrándose 1265 notificaciones y una tasa de 41,2 casos cada 100.000 habitantes. En 2019 se informaron 1383 casos, con una tasa de 45,02 casos. En 2020, de acuerdo con los últimos datos disponibles en el Boletín Epidemiológico Semanal de la Ciudad de Buenos Aires se registraron 1111 casos nuevos<sup>2</sup>. Si bien estos datos muestran una baja en la notificación, es necesario guardar cierta cautela en su interpretación, ya que en el marco de la pandemia por COVID 19 ello podría deberse más bien a una caída en la cantidad de casos efectivamente diagnosticados, que a una disminución real de la incidencia de la enfermedad.<sup>3</sup> En líneas generales, en los últimos

<sup>2</sup> En dicho documento se aclara que “a raíz de la pandemia, las notificaciones de prácticamente todos los eventos han descendido en comparación con el año 2019”. (Gerencia Operativa de Epidemiología, 2021).

<sup>3</sup> La Organización Panamericana de la Salud ha señalado que el diagnóstico de nuevos casos de tuberculosis se redujo entre un 15 y 20 por ciento durante el año

años la Ciudad de Buenos Aires ha tenido la tercera tasa de incidencia de TBC más alta del país. Sin embargo, y como ya adelantamos, la distribución de la enfermedad en la CABA muestra diferencias acentuadas entre diferentes zonas, concentrándose los casos en aquellas zonas más empobrecidas. Así, para el año 2019<sup>4</sup>, en la comuna 12 al noroeste de la Ciudad, la tasa de notificación fue de 6,53 casos, mientras que en las comunas 7 y 8, al suroeste de la jurisdicción, se registraron en ese mismo periodo tasas de 110, 15 casos y 78,42 casos respectivamente.

En la Argentina, las actividades de control de la enfermedad se centralizan en la Coordinación de Tuberculosis y Lepra, dependiente de la Dirección de respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis. Tiene entre sus líneas estratégicas prioritarias la prevención, el diagnóstico oportuno y precoz, la notificación adecuada y el acceso a tratamientos de calidad. En la Ciudad de Buenos Aires, el organismo responsable de las acciones sobre la enfermedad es el Programa de TBC de la CABA, cuya sede se encuentra en el Hospital Muñiz. Entre las funciones del Programa se cuentan las de generar normas técnicas para la detección y atención de la enfermedad, impulsar acciones educativas y de capacitación, y coordinar acciones de trabajo entre los distintos servicios prestadores. Hasta el año 2016, además, el Programa de TBC de la CABA era el encargado de producir la información epidemiológica de la jurisdicción, cuya difusión se realizaba anualmente en las jornadas científicas organizadas por el mismo Programa. Esta información –que incluía, entre otros, datos sobre la nacionalidad de los/as pacientes atendidos/as en la Ciudad– no se encuentra publicada. A partir del año 2017 la producción, análisis y difusión de la información epidemiológica sobre la enfermedad pasó a manos de la Gerencia Operativa de Epidemiología de la

CABA. Desde entonces la situación de la TBC en la Ciudad se presenta de manera sistemática en el Boletín Epidemiológico Semanal del Ministerio de Salud de la jurisdicción. Dentro de la información difundida, ya no se incluyen datos sobre nacionalidad.

Según los datos del Programa de TBC de la Ciudad de Buenos Aires, en el año 2013 –año de realización de nuestro trabajo de campo– el 49,1 por ciento de los casos notificados correspondieron a personas argentinas, seguidas en segundo lugar por personas bolivianas, quienes representaron el 29,7% de los casos. En tercer lugar, se ubicaron las personas de nacionalidad peruana, quienes representaron el 13,4% del total.

#### LA ENFERMEDAD IMPORTADA: NACIONALIDAD, CULTURA Y RAZA EN LAS EXPLICACIONES DE LOS VOCEROS OFICIALES

Las Jornadas Científicas del Programa de TBC de la Ciudad de Buenos Aires (también llamado Red de TBC de la CABA) constituyen un evento especialmente significativo en el funcionamiento de dicho Programa. Comenzaron a desarrollarse en el año 1998, y año tras año reúnen a diferentes profesionales que trabajan en la temática, tanto en hospitales generales o especializados como en centros de atención primaria de la salud, especialmente en el ámbito público. La mayoría de sus asistentes son médicas/os de distintas especialidades como neumonología, clínica médica, pediatría o medicina general, pero también participan trabajadoras/es sociales, psicólogas/os, enfermeras/os y promotoras/es de salud. Las exposiciones, a cargo de diversos participantes, van desde la actualización de datos epidemiológicos hasta la presentación de casos clínicos o de experiencias de trabajo. El evento es de carácter abierto y gratuito y se realiza en alguna de las instalaciones de la Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires. Los referentes políticos del Programa (todos/as ellos/as médicos/as) suelen expresar públicamente su orgullo y satisfacción tanto por la vigencia a lo largo del tiempo del evento como por sus

---

2020, señalando que la pandemia por COVID 19 ha hecho peligrar los logros alcanzados para poner fin a la enfermedad e instando a los servicios de salud a reactivar la búsqueda de nuevos casos. (Organización Panamericana de la Salud, 2021).

<sup>4</sup> Últimos datos disponibles por comunas. (Gerencia Operativa de Epidemiología, 2020).

aportes a la actualización sobre la atención de la tuberculosis. Tratándose de una de las actividades más importantes del Programa, me interesa integrar aquí en el análisis algunos apuntes etnográficos tomados en las Jornadas de los años 2013 y 2014 a las que asistí acompañando a algunos/as profesionales del centro de atención primaria de la villa donde me encontraba realizando mi trabajo de campo.

En 2014 se desarrolló una mesa de disertaciones titulada “Tuberculosis: del enfermo a la comunidad”. Las presentaciones tuvieron en aquella ocasión una modalidad interactiva: los disertantes, luego de la breve exposición de un “caso”, planteaban al público preguntas con opciones de respuesta múltiple para que los/as asistentes respondieran desde sus asientos con dispositivos de control remoto. Una de las expositoras de la mesa mencionada, médica neumóloga y jefa de una sala de internación en un importante hospital público de referencia en la temática, presentó un trabajo con el que buscaba “ver la parte social” de la enfermedad. Reseñó el caso de un paciente presentado como “masculino, de 38 años de edad, de la etnia boliviana, etilista, llegado tres semanas antes de Bolivia, desempleado”, indicando al auditorio “cualquiera de ustedes puede tener un paciente así”. La médica explicó que luego de diez días de internación y con un esquema de tratamiento con cuatro drogas tuberculostáticas “el paciente se fuga” del hospital. Al finalizar esta breve presentación, la expositora plantea la primera pregunta al público: “¿Qué causas influyeron en este paciente para que abandone la internación?”. Brindó cuatro opciones de respuesta:

- a) Factores sociodemográficos (aclarando que se refiere a que el paciente estaba desocupado y recién llegado al país)
- b) Adaptación a los nuevos patrones culturales (señalando “el señor hacía tres semanas que venía de Bolivia, no tenía directamente percepción de riesgo de enfermedad”)
- c) Factores socioeconómicos (sin realizar ninguna aclaración al respecto)

d) Todas las anteriores

El público votó y ganó la opción “todas las anteriores” y la médica manifestó que esa era efectivamente la respuesta correcta.

Posteriormente, planteó una segunda pregunta: “Ante este caso ¿cuáles piensa que son los más importantes factores que fallaron para la detección de este tipo de paciente?” Nuevamente las opciones de respuesta:

- a) El sistema de salud
- b) Las políticas migratorias (agregando “este paciente vino en su ómnibus desde Bolivia tosiendo, no pasó ningún control”)
- c) Las políticas legislativas (señalando “después las compañeras van a hablar del vacío legal ante estos casos”)
- d) Respuestas a y b.

El público votó y ganó la opción d sobre fallas del sistema de salud y de la política migratoria, y la expositora dijo que nuevamente era la respuesta correcta, aclarando además que no había políticas migratorias que permitieran “pesquisar” a los pacientes antes de cruzar la frontera.

Finalmente, llegó la última pregunta: “¿Qué factores cambiaría usted, según su experiencia personal, en la atención de este tipo de pacientes?”

- a) La política de salud pública
- b) El desempeño del equipo de salud
- c) Las políticas migratorias
- d) Todos
- e) a y b
- f) a y c
- g) b y c.

La expositora se apresuró a aclarar que esta pregunta no tenía una respuesta correcta y dijo: “es de acuerdo a cada persona y a la experiencia personal de cada uno (...) pero me parece que es importante desde el lugar que cada uno ocupa en esta Red qué haría cada uno de ustedes para mejorar, digamos, para que cada vez tengamos menos estos pacientes”. El público votó y ganó la respuesta “todos” (Registro de campo, 12 de noviembre de 2014).

En el fragmento la expositora refiere “la parte social de la enfermedad” invocando políticas migratorias y presentando un tipo de paciente apenas arribado de Bolivia, que llega “tosiendo” y se “fuga” del hospital “sin percepción de riesgo” de la enfermedad. En las Jornadas de 2014 fueron numerosas las exposiciones que versaron sobre casos clínicos de pacientes bolivianos/as, aun cuando éstos/as no constituían la mayoría de pacientes diagnosticados con tuberculosis de acuerdo con los datos epidemiológicos generados por el propio Programa. Lo mismo había sucedido en el año 2013.

La referencia a la tuberculosis como enfermedad de migrantes bolivianos puede identificarse en muchas de las explicaciones y caracterizaciones ofrecidas por los voceros oficiales de la atención de la enfermedad en la CABA, los/as médicos/as representantes del Programa de TBC local. Son estos/as representantes políticos/as quienes suelen enfatizar en sus presentaciones públicas los datos referidos a la nacionalidad de los pacientes con TBC de la Ciudad. Esta idea de enfermedad importada desde Bolivia se expresa también en documentos oficiales y publicaciones de divulgación médica. Por ejemplo, en un documento elaborado en abril de 2013 por la Subcomisión de Epidemiología del Programa “Salud Escolar” de la CABA, se buscó “orientar a los Directivos y Supervisores frente a casos de Tuberculosis en las escuelas”. Allí se afirmaba:

La Tuberculosis en la Ciudad de Buenos Aires: Los datos indican que la Ciudad de Buenos Aires tiene una tasa de 36.2 / 100.000 habitantes. Sin embargo, la distribución de casos nuevos PERMITE apreciar zonas de mayor riesgo (mayor número de casos cada 100.000 habitantes) en determinadas áreas. La zona sur presenta la mayor concentración de los casos denunciados al Programa de Tuberculosis, siendo la tasa para esta zona mayor que la que refiere a la Ciudad de Buenos Aires en términos generales. *Parte de los nuevos casos podrían imputarse al crecimiento demográfico en esta zona de la ciudad por parte de los migrantes extranjeros* [cursiva añadida].

La situación sanitaria de la ciudad de Buenos Aires aparece así amenazada por el ingreso de extranjeros y las enfermedades que éstos portan. Sin embargo, la construcción de estos en tanto otros amenazadores no se limita al hecho de introducir la tuberculosis, sino que parece radicar también en sus comportamientos frente a la enfermedad, codificados en términos de “diferencia cultural”. El siguiente fragmento de la exposición realizada por otra médica clínica de un hospital público en las mismas Jornadas del Programa de TBC de la CABA del año 2014 sobre los “factores” con incidencia en el “abandono” de los tratamientos por tuberculosis resulta ilustrativo:

“Hay pacientes que abandonan porque tienen problemas físicos, mentales, o porque no alcanzan a comprender: son analfabetos funcionales (...) Hay pacientes que porque tienen adicciones (...) o pacientes simplemente por diferencias culturales que no entienden: también caen dentro del grupo de analfabetos funcionales”.

Distintos trabajos han mostrado que en la Argentina la caracterización de los bolivianos en tanto “otros culturales” se enlaza en el ámbito sanitario a sentidos como la “ignorancia”, “la falta de higiene” o la “incomprensión”, poniendo de manifiesto una construcción fuertemente esencializada o estereotipada de sus prácticas (Aizenberg, 2019; Aizenberg et al., 2015; Jelin, 2006; Jelin et al., 2006; Abel & Caggiano, 2006; Mombello, 2006; Cerrutti, 2010; Goldberg, 2009b; Sala, 2002). En línea con estos planteos, en el fragmento citado se evidencia la construcción de una perspectiva especialmente culturizada sobre la noción de “abandono” de los tratamientos, en la cual las causas del mismo son referidas a ciertas características particulares de los/as pacientes. Esas pretendidas características culturales aparecen cargadas de sentidos negativos.

En una perspectiva similar, en las entrevistas realizadas durante el trabajo de campo algunos/as profesionales (tanto de hospitales como de atención primaria) explicaban el acceso tardío al diagnóstico por tuberculosis de pacientes



bolivianos como resultado de su “reticencia” o “rechazo” a la “medicina científica”, derivada de sus “creencias”. Según estos/as entrevistados/as, los/as pacientes bolivianos/as arribaban a las instituciones de salud con cuadros de deterioro avanzados, ya que habían demorado la realización de la consulta médica por “cuestiones culturales”. Cabe recordar aquí que distintos autores han mostrado en sus trabajos relativos a la atención de la tuberculosis que las llamadas “creencias” y los “factores culturales” son un modo frecuentemente utilizado para transferir la responsabilidad por las fallas en los tratamientos hacia los sujetos enfermos, pasando por alto los aspectos más amplios de pobreza y discriminación que sufren diversas poblaciones y que condicionan de modo central sus posibilidades de acceso a la atención (Farmer, 1997; Greene, 2004). En términos generales, encontramos que parte de los discursos sobre las “diferencias culturales” como barreras de la atención sanitaria derivan en argumentos que responsabilizan a los sujetos por la enfermedad y su curación, al tiempo que refuerzan sentidos estigmatizantes e inferiorizantes.

Sin embargo, la asociación tuberculosis-inmigración boliviana no remite simplemente a cuestiones culturales o nacionales, sino que también es referida a la biología de los sujetos afectados. Es decir, los/as bolivianos/as no son solamente otros culturales o nacionales, sino también otros raciales cuya demarcación en tanto grupo social se realiza a partir de la apelación a diferencias y cualidades esenciales centradas en el cuerpo o a cuyo conocimiento se accede a través de lo corporal (Margulis, 1999). Retomando la noción de “etnia boliviana” a la que se hizo referencia en el caso clínico presentado al inicio, otro médico pediatra de un hospital de la zona sur de la CABA a quien tuve oportunidad de entrevistar en el marco de las Jornadas de TBC del año 2013 se refirió al término en el siguiente sentido:

Se llama la etnia boliviana a toda la gente que es del altiplano (...) tienen mayor predisposición a contagiarse de tuberculosis que argentinos, europeos, y otras etnias. Se habla de etnia, en realidad no está bien dicho etnia boliviana,

sería etnia del altiplano, pero es una cuestión de predisposición genética a la enfermedad (Entrevista realizada el 13 de noviembre de 2013 durante las Jornadas del Programa de Tuberculosis de la CABA).

Frente a mi pregunta sobre si esta predisposición se encontraba estudiada y fundamentada científicamente, explicó:

“Sí, sí, porque el 50 por ciento de los pacientes denunciados (con tuberculosis) son entre bolivianos, peruanos y paraguayos. Pero si vos te ponés en eso, no es la mitad de los pacientes, no es la mitad de los habitantes que hay (en la CABA). Pero hay muchísimos pacientes que se contagiaron porque tienen mayor predisposición genética. Y se habla de la etnia desde lo biológico, no de lo xenofóbico (...) suena feo porque acá lo usamos más como factor de discriminación (...) es el altiplano, o más lo que conocemos como el fenotipo coya (...) por esta causa se agregó en la hoja de denuncia de tuberculosis (de los casos pediátricos) la nacionalidad de los padres, porque como ya hace tanto tiempo que están residiendo en Argentina, hijos argentinos tienen mayor predisposición por ser hijos de padres bolivianos, de padres del altiplano si querés, para sacar, para correr un poco de lo xenofóbico”.

En esta perspectiva, la noción de “etnia boliviana” no hace referencia a un grupo nacional ni cultural, sino fundamentalmente a un grupo racial, ya que la definición se circunscribe a aquellos sujetos cuyos rasgos fenotípicos los ubican dentro del universo del “altiplano”. Pero además, resulta llamativo el valor que el entrevistado atribuye a los datos sobre la nacionalidad de los pacientes difundidos por el Programa de TBC de la CABA: son presentados como evidencia suficiente de una predisposición genética a enfermar, sin referencia a estudios específicos de marcadores o indicadores genéticos de ningún tipo. Así, siguiendo a Briones, nos encontramos con una forma social de marcación de alteridad en la cual las diferencias

sociológicas aparecen ontologizadas como si estuvieran efectivamente basadas en divisiones en la naturaleza, por lo cual “las diferencias serían ‘prueba tangible’ de que los colectivos sociales a los que se atribuyen constituyen realidades concretas” (Briones, 2002, p.64).

La consignación de la nacionalidad de los padres/madres de pacientes pediátricos con TBC también ofrece una interesante línea de aproximación. En una compilación de trabajos sobre la enfermedad a cargo de responsables del Programa de TBC local se sostiene:

Con respecto al grupo menor de 15 años observamos que de 136 casos, 112 (82%) eran argentinos, dentro de los cuales 100 o sea el 89% residían en la zona sur porteña. *Esto nos lleva a suponer que probablemente serían hijos de extranjeros residentes en la zona.* (Pontino, 2009, p. 72) [cursiva añadida].

La nacionalidad de los padres/madres se constituye en cuestión relevante en el análisis epidemiológico de la TBC en la Ciudad, ya que de ella se derivan no sólo especulaciones respecto del origen importado de la enfermedad sino que también aporta a la configuración de los “grupos de riesgo”. Así se refería al tema uno de los representantes políticos del Programa de TBC (médico neumonólogo) a quien entrevisté:

“Inclusive, por razones de no caer en el riesgo que nos digan xenófobos, no hemos puesto o no remarcamos en las estadísticas –que yo quiero hacerlo– aquellos que son hijos de extranjeros. Porque cualquier parejita de bolivianos, de peruanos, de paraguayos, que pase nueve meses en Argentina, tiene un argentino. Que no nos molesta que sea argentino, pero que pertenecería al mismo grupo de riesgo, ¿me explico? (...) Bueno, esa gente te agrega estadística de *argentinos que no son tales.*” (Entrevista realizada el 15 de noviembre de 2013) [cursiva añadida].

Briones sostiene que la racialización como forma de marcación de alteridad clausura la posibilidad

de traspasar las fronteras sociales, y descarta la opción de que la diferencia/marca se diluya completamente (Briones, 2002). Tal parece ser el caso de los denominados “hijos de bolivianos”: nacidos en la Argentina y crecidos en la Ciudad de Buenos Aires, esos niños/as y adolescentes continúan siendo otros a quienes se clausura la posibilidad de abandonar el “grupo de riesgo”. Esta operatoria señala que las clasificaciones van más allá de la identificación del lugar de nacimiento, y apuntan a un ordenamiento más permanente que las “diferencias étnicas”. Ser “hijo/a de bolivianos” remite a una categorización en la que las clasificaciones raciales definen pertenencias inequívocas y en la cual los rasgos fenotípicos o el color de la piel constituyen “un poderoso factor de impedimento de la movilidad social” (Frigerio, 2006, p. 19).

En la Ciudad de Buenos Aires, la asociación entre tuberculosis e inmigración no es nueva. Armus (2007) ya ha señalado que en el marco de la importante oleada inmigratoria europea de finales del siglo XIX y principios del XX, el discurso médico y social también construyó explicaciones sobre la enfermedad alrededor de la figura del inmigrante. En ese contexto, se delinearon argumentaciones que colocaron en el centro de la escena la cuestión de la “raza”, buscando allí las razones de la heredabilidad de la tuberculosis o de la mayor predisposición a contraer la enfermedad. Proponemos que esta racialización continúa vigente, aunque anclada en otros sujetos. Los/as migrantes bolivianos/as aparecen como los portadores/importadores de la enfermedad. Su construcción en tanto “grupo de riesgo” –esto es, como un conjunto con una probabilidad diferencial de desarrollar y transmitir la enfermedad– articula definiciones sobre el origen nacional, las diferencias culturales, y las predisposiciones genéticas, todas ellas construidas en términos de inferioridad y de estigma.

#### LAS CRÍTICAS

La explicación oficial que remite a la tuberculosis como enfermedad importada por inmigrantes

bolivianos no es, sin embargo, aceptada homogéneamente por todos los interlocutores involucrados en la temática. El siguiente fragmento de entrevista ilustra la posición crítica a la misma de una médica pediatra que se desempeñaba en el centro de salud de la villa donde se desarrolló el trabajo de campo:

“...por algo se tiene la inequidad que se tiene, y eso se ve en la tasa de incidencia del hospital (de referencia del centro de salud), que tenemos la tasa de incidencia que en Orán o que en algunos lugares de Bolivia. Entonces, me da la sensación de que ese discurso pega porque es el mismo discurso que le echa la culpa a los hospitales públicos porque están desbordados de gente que cruza la General Paz; esa cosa de culpar a lo ajeno para no responsabilizarnos de que (...) viven acá, igualmente hay gente que trabaja en malas condiciones, que trabaja 12 horas en forma esclava, sin ventilación, no se alimenta bien, con inestabilidad económica, con inestabilidad laboral, lo que hace que también eso genere un estrés que les bajen las defensas. Me da la sensación de que es un discurso que, bueno, es muy fácil culpar a la gente de Bolivia que trae la tuberculosis acá, porque de esa manera no nos preguntamos qué pasa en la Argentina que cada vez tenemos más tuberculosos, y no nos responsabilizamos nosotros como sociedad, como Estado, de qué pasa acá.”

Otra médica clínica del mismo centro de salud expresaba:

“Desde el programa de tuberculosis, sí esta cosa de diferenciar cuánto se atienden y son extranjeros, o cuántos son de fuera de la Capital. Eso sí es una diferencia que hacen permanentemente, como si eso implicara una diferencia en el diagnóstico o en el tratamiento”.

Este posicionamiento crítico frente al argumento de la importación de la enfermedad y la culpabilización de los migrantes se hizo especialmente evidente

en las respuestas de profesionales de atención primaria que se desempeñaban en el centro de salud de la villa (médicos/as, trabajadoras sociales, psicólogas) en donde desarrollé el trabajo de campo. Estos/as expresaban un contundente y explícito rechazo a muchas de las formulaciones de los voceros oficiales, buscando referir la relación entre tuberculosis e inmigración boliviana a las condiciones de vida y trabajo de estos/as migrantes en la CABA. En algunos casos, señalaban que si bien era posible que los/as migrantes llegaran infectados por el bacilo desde Bolivia, el factor determinante del desarrollo de la enfermedad se relacionaba con las tareas laborales extenuantes en talleres de costura o, incluso, con cierto debilitamiento del sistema inmunológico asociado al “estrés migratorio”. También consideraban que podía ocurrir que muchos migrantes no tuvieran una tuberculosis latente, sino que se infectaran con el bacilo directamente en el lugar de trabajo dadas las condiciones del mismo: convivencia de muchas personas durante extensas jornadas en ambientes generalmente cerrados o con escasa ventilación. Cabe señalar que estos/as profesionales mostraban preocupación no sólo por el impacto de estas condiciones de trabajo en la posibilidad de enfermar de TBC sino también en la de llevar adelante eventuales tratamientos, señalando, por ejemplo, la incompatibilidad entre los horarios de atención del centro de salud y los de la jornada laboral.

Este posicionamiento crítico de los/as profesionales de atención primaria frente a las explicaciones y caracterizaciones de los voceros oficiales puede encontrar una vía de interpretación en la particularidad de sus trayectorias formativas, laborales y de sociabilidad (Pozzio, 2011). En este sentido, muchos/as de estos/as trabajadores destacaban que sus experiencias de formación y trabajo “en el territorio” les aportaban un conocimiento más cercano de las problemáticas de sus pacientes a las de aquellos profesionales (especialmente médicos/as) de los hospitales, a quienes consideraban más alejados de la “realidad” de los barrios. Asimismo, en algunos casos hacían mención a la historia del centro de salud como una “conquista” de los/as vecinos/

as producto de la organización y movilización barrial, y destacaban por ende el “compromiso” que el equipo profesional debía mantener “con la comunidad” en pos de atender sus necesidades. Finalmente, con frecuencia hacían alusión explícita a los principios y lineamientos políticos de la atención primaria de la salud<sup>5</sup> como marco de sus intervenciones profesionales, destacando especialmente la necesidad de tener una mirada “integral” de los problemas sanitarios, atenta a las condiciones de vida en el territorio, abierta a la participación de los/as vecinos y enmarcada en el reconocimiento de la salud como derecho.

En términos generales, para estos/as profesionales no existían diferencias significativas en el tratamiento entre pacientes argentinos/as y bolivianos/as. Sin embargo, algunos/as referían a problemas de “adherencia” relacionados con “cuestiones culturales”. Así lo expresaba una médica clínica:

“Ellos vienen con su cultura, y es muy difícil de entender que un tratamiento para la tuberculosis es tomar pastillas. *“Y no, es que la tuberculosis no se cura con pastillas”* (...) ¿entendés? Y no la toman, porque culturalmente no lo pueden entender (...) A ver, tiene que ver con que ellos se criaron toda la vida en otra cultura. O sea, en otro lugar, con otra forma de curación... Porque después podemos juzgar si es mejor o peor, pero es verdad que ellos muchas enfermedades las deben curar, porque muchos de los fármacos que tomamos salen de yuyos. O sea, yo no digo que no sea correcto. Pero también con un montón de otras realidades, quizás, de hábitat, de un montón de cosas. A ver, si vos me preguntás si opino qué otras curaciones pueden hacer, sí, obviamente

que opino que sí. Pero yo te tengo que dar algo que está científicamente comprobado, y en paralelo hacé lo que quieras”.

Otra profesional decía al respecto:

“Es que ellos son tan naturales que no creen en meterse algo extraño en el cuerpo”

Aquí las “cuestiones culturales” se referían como “barreras” para el desarrollo de los tratamientos, y aunque sin el tono peyorativo expresado en otros ámbitos institucionales, ponían de manifiesto una construcción esencializada, incluso romantizada, en la que el “ser boliviano” se asociaba a una cierta idea de “lo natural”.

Como se mencionó, estos/as entrevistados/as sostenían que las dificultades en el desarrollo de los tratamientos por TBC se relacionaban principalmente con las condiciones de vida y trabajo de los/as migrantes, refiriendo con frecuencia a estas últimas como “esclavitud laboral”. Bajo este término englobaban diversas características relativas al trabajo en talleres textiles: horarios extensos, inexistencia de contratos de trabajo, carencia de licencias médicas o permisos para salir del taller a realizar controles de salud, deficiencias edilicias de los espacios físicos, hacinamiento. En algunos casos, mencionaban el “aprovechamiento” que los dueños de talleres realizaban de la situación de vulnerabilidad de migrantes recientemente llegados/as, o el “acostumbramiento” a situaciones de explotación por parte de estos/as trabajadores/as. Fue posible registrar expresiones como “se explotan entre ellos, entre mismos paisanos” o “tienen una cosa muy fuerte de sacrificio” al referirse a las circunstancias o causas relacionadas con dichas situaciones de explotación. En ocasiones, la noción de esclavitud era aplicada para describir no sólo las condiciones de trabajo de quienes se desempeñaban en relación de dependencia dentro de los talleres, sino también la de aquellas personas que tenían sus propias máquinas de coser y se desarrollaban como cuentapropistas en sus domicilios.

Cabe destacar que la vinculación entre tuberculosis, inmigración boliviana y condiciones de trabajo en

<sup>5</sup> La Atención Primaria de la Salud ha sido definida como una estrategia sanitaria basada en la concepción integral de los problemas de salud (en oposición a la mera “ausencia de enfermedad”), con énfasis en la prevención, promoción y el derecho a la participación individual y colectiva en la planificación de acciones en salud. Tuvo sus orígenes en la Declaración de Alma Ata del año 1978, bajo el lema “Salud para todos en el año 2000”, y desde entonces ha sido objeto de múltiples reformulaciones, críticas y debates (Rovere, 2012).

talleres textiles cobró notoriedad pública más allá de los ámbitos médico-institucionales. En enero de 2014, los medios de comunicación se hacían eco del informe presentado por un fiscal federal que alertaba sobre la expansión progresiva de la tuberculosis en la Ciudad de Buenos Aires como consecuencia del llamado “trabajo esclavo” en talleres clandestinos de costura. Dicho informe sostenía:

Víctimas de trata, que llegan al país ya contagiadas y que desarrollan la enfermedad en contextos de hacinamiento y escasa ventilación, nutrición y descanso adecuado. En esos ámbitos se producen nuevos contagios. Al mismo tiempo, la misma situación de explotación y trabajo esclavo obstaculiza el acceso a la atención médica y los tratamientos adecuados porque el enfermo tiene temor a perder su trabajo si se descubre que tiene tuberculosis (Diario Página 12, 6 de enero de 2014).

Los medios de comunicación señalaron que en ese momento la tasa de tuberculosis a nivel nacional se encontraba en descenso y que su aumento en la Ciudad de Buenos Aires se debía casi exclusivamente a la situación de los/as migrantes bolivianos/as en talleres de costura, presentados como víctimas del delito de trata de personas. Coincidentemente, el organismo oficial vinculado a la protección de los derechos de las personas contra la discriminación emitía en un diario nacional su posición al respecto:

“Desde el INADI queremos expresar nuestra preocupación por el aumento de la tuberculosis en la Ciudad de Buenos Aires y su relación con la mano de obra esclavizada en situación laboral clandestina. De acuerdo al informe elaborado por el fiscal federal N°6, Federico Delgado, dicho aumento está asociado a las condiciones de explotación en la que viven las personas víctimas de explotación laboral en talleres clandestinos textiles. Este dato sintetiza las condiciones de esclavitud y las consecuencias que esto trae en la vida de

las personas expuestas a ese trato, que las *sociedades modernas* trabajan para erradicar”. (Diario Tiempo Argentino, 23 de enero de 2014) [cursiva añadida].

En términos generales, en los fragmentos presentados, al tiempo que se afirma la relación entre el aumento de la tuberculosis y la presencia de inmigrantes bolivianos en la CABA, tal relación se asocia a sentidos y contenidos diferentes y a un cambio radical en el lugar asignado a los afectados: donde los voceros oficiales señalaban responsables de la importación de la enfermedad, estos otros actores construían “víctimas”. En efecto, vale destacar la referencia repetida a las condiciones de trabajo en los talleres textiles a través de las categorías de “trata de personas” y “esclavitud”. Pacecca (2011) señala que el concepto “trata de personas” ha recuperado centralidad en distintos ámbitos, siendo restituido a numerosos códigos penales. Como sinónimo de “esclavitud” ha devenido en una potente categoría de difusión de extensa circulación mediática, reorientando y reforzando la percepción y la significación de determinados procesos de explotación laboral que distan de ser novedosos<sup>6</sup>. En la Argentina, la visibilización de casos de trata con fines de explotación laboral se dio en asociación casi excluyente con procesos migratorios internacionales. Sin embargo, Pacecca discute la centralidad que la perspectiva jurídica ha adquirido para el entendimiento de los casos de explotación laboral de inmigrantes bolivianos en talleres textiles, al señalar que la misma puede simplificar o limitar la comprensión de dimensiones significativas de dichos fenómenos (Pacecca, 2011). La autora advierte que la noción de “esclavitud” puede dar lugar a lecturas esencializadas respecto de los procesos de trabajo en las condiciones señaladas, donde los mismos aparecen ligados a cierta “concepción idiosincrática” de los afectados respecto del “esfuerzo” o el “trabajo duro” (Pacecca, 2011). En línea con estos planteos, se ha señalado que el uso

<sup>6</sup> Pacecca (2011) se refiere también a procesos de explotación sexual.

del término “esclavo” articula ciertas categorías identitarias (bolivianos, inmigrantes, indígenas) construidas alrededor de lo que se suponen rasgos “esenciales” o, dicho en otros términos, que estos sujetos “esclavos” comparten cualidades intrínsecas, “naturales”, derivadas justamente de estas identidades esencializadas (Rivas & Cartechini, 2008). Estas cualidades, entre las que se destacan la sumisión, la ignorancia, el silencio o la pasividad, funcionan en muchos casos como explicación de por qué estos sujetos –y no otros– aceptan y soportan esas devaluadas condiciones laborales. Una construcción de este tipo, además de su carácter inferiorizante, puede operar desvinculando las condiciones de trabajo de los inmigrantes bolivianos de las relaciones de desigualdad más amplias y de las formas de explotación propias de una economía capitalista (Pacecca, 2011; Rivas & Cartechini, 2008). La “esclavitud laboral” aparece así como una anomalía en el marco de las “sociedades modernas”, como expresión del atraso o como un resabio de otras épocas, como fenómeno excepcional circunscripto a determinados sujetos definidos como “otros”. Cabe, en este sentido, remarcar que una construcción de este tipo colabora con la posibilidad de circunscribir la enfermedad a determinados sujetos y condiciones –“los esclavos” y “la esclavitud laboral”– y contribuye a reforzar la idea de otredad en torno de la propia enfermedad, escindiéndola del escenario amplio de relaciones sociales conflictivas en que se inscribe y despliega.

#### CONSIDERACIONES FINALES

La asociación entre tuberculosis e inmigración boliviana resulta un hecho recurrente en los relatos y discursos de distintos actores involucrados en la atención de la enfermedad en la CABA. Dicha asociación reconoce un abanico de sentidos diversos, en ocasiones incluso contrapuestos, que se mueve entre dos registros principales: el carácter “importado” de la enfermedad, por un lado, y las condiciones de trabajo “esclavo” de los/as inmigrantes, por el otro. Si bien no sería correcto plantear una división tajante entre ambos

tipos de argumentación, pudiendo encontrarse referencias a ambos en las respuestas de un mismo interlocutor, sugerimos que esas construcciones se presentan muchas veces en disputa, como intentos por dotar de distinto significado aquellos datos epidemiológicos que revelan la afectación por tuberculosis de migrantes bolivianos.

En líneas generales, aquellos profesionales que se desempeñaban en el ámbito de la atención primaria de la salud mostraron una mirada más atenta a los modos en que las condiciones de vida desfavorables impactaban en la salud y las posibilidades de acceso a los tratamientos de sus pacientes de origen boliviano, buscando con frecuencia diferenciarse de las expresiones peyorativas de gestores y representantes de espacios gubernamentales locales. No obstante, en ocasiones esos mismos profesionales de atención primaria pusieron de manifiesto la construcción de una cierta esencia del “ser boliviano” que pudo rastrearse también en documentos de organismos de protección de derechos o en el ámbito jurídico. En este punto, sostenemos que a pesar de la diferencia en los argumentos y posiciones, las explicaciones sobre la distribución y frecuencia de la enfermedad en la CABA y la relación entre migración boliviana y tuberculosis expresada por los distintos actores relevados tienden a circunscribir la enfermedad a sujetos y espacios determinados en un escenario de pacientes predefinidos y tipificados como responsables de la enfermedad o como sus víctimas.

La tuberculosis ha sido considerada largamente como una enfermedad “social” o “de la pobreza”. Reiteradamente la malnutrición, el hacinamiento o las deficitarias condiciones de acceso a los servicios de salud han sido señalados como aspectos vinculados con la posibilidad de enfermar o de llevar adelante los tratamientos. En esta perspectiva, la apelación a nociones como “políticas migratorias”, “diferencias culturales” o “explotación laboral” en las caracterizaciones sobre la enfermedad que mostramos en este trabajo parecen dar cuenta de una búsqueda de explicación “social” de la TBC (o como señalaba una médica en las jornadas científicas, de su “parte social”). Sin embargo, esas categorías aparecen

generalmente incorporadas a las consideraciones sobre la enfermedad como variables esquemáticas despojadas de su complejidad histórica y relacional, que pretenden explicar las razones de la enfermedad, o los éxitos y fracasos de los tratamientos *per se* (Menéndez, 2008). Dicho en otros términos, procesos históricos complejos como las dinámicas migratorias regionales, el pluralismo médico de las actuales sociedades o los modos de incorporación al mercado laboral de sujetos migrantes, son traducidos como “factores” –o en su versión más elaborada como “determinantes sociales”<sup>7</sup>– presentados generalmente de manera aislada, reducidos a variables empíricas asociadas linealmente, que derivan en construcciones causalistas sobre la salud y la enfermedad (Breilh, 2010). Así, la asociación lineal entre la tuberculosis y las ideas de “importación”, “cultura” o “esclavitud” tiene un efecto de distorsión, ya que desvincula la enfermedad y la vida de los/as migrantes bolivianos/as de sus históricas condiciones de subalternización en la Ciudad de Buenos Aires, al tiempo que clausura la posibilidad de comprender la particular afectación de la tuberculosis en este conjunto social.

Desde el año 2017, la producción de información epidemiológica sobre tuberculosis en la Ciudad de Buenos Aires pasó de estar en manos del Programa de TBC local a ser responsabilidad de la Gerencia Operativa de Epidemiología de la CABA. Desde entonces, la situación de la TBC en la jurisdicción comenzó a publicarse de manera sistemática en el Boletín Epidemiológico Semanal del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires. Esa información tiene ahora carácter público y abierto. Sin embargo, los datos sobre la nacionalidad de los/as pacientes atendidos/as –esos datos ostensiblemente visibilizados los años anteriores desde la gestión del Programa de TBC de la Ciudad– no se encuentran ya entre la información difundida. Podría decirse entonces que nos encontramos frente a un nuevo problema.

Si la particular visibilización de esos datos por los representantes políticos del Programa de TBC– en los términos que mostramos en este trabajo– dio lugar a diversas formas de culpabilización y estigmatización de los/as migrantes bolivianos/as, cabe preguntarnos también cuáles pueden ser las implicancias de su borradura. En efecto, la ausencia (o negación deliberada) de esa información puede terminar ocultando modos específicos de sufrimiento de este conjunto poblacional. Creemos, por tanto, que el problema no radica en mostrar o no mostrar los datos sobre la nacionalidad de los pacientes atendidos, sino en abordar la relación tuberculosis-inmigración boliviana desde un enfoque que supere los determinismos, esencialismos y explicaciones tautológicas, recuperando un enfoque relacional que ponga de relieve los procesos históricos de poder y desigualdad así como las múltiples formas de interacción entre todos los actores involucrados, en línea con la construcción de una epidemiología sociocultural (Menéndez, 2008) de la tuberculosis. De lo contrario, se corre el riesgo de minimizar los aspectos de orden económico y político que juegan en la distribución desigual de la enfermedad y el acceso a los tratamientos (Farmer, 1997). La pertinencia de este enfoque se sustenta no sólo en la posibilidad de comprensión y análisis de los procesos abordados, sino también en la imperiosa necesidad de producir propuestas de intervención capaces de dar respuesta a un problema de salud colectiva en sostenido crecimiento en la Ciudad de Buenos Aires. Las condiciones de precariedad económica y laboral, así como la discriminación, el racismo y la violencia –incluso la ejercida desde los servicios de salud (Pratto, 2021)– son parte constitutiva de la relación entre tuberculosis e inmigración boliviana en la Ciudad de Buenos Aires, y por lo tanto dimensiones insoslayables en las discusiones alrededor de su abordaje. Se trataría, en definitiva, de hacer lugar a una perspectiva analítica que enfatice los diferentes y desiguales modos de enfermar, atenderse, cuidar, sufrir y morir de un conjunto poblacional históricamente subalternizado.

<sup>7</sup> Para una crítica al enfoque de los determinantes sociales de la salud desarrollado por la Organización Mundial de la Salud véase Breilh (2010).

BIBLIOGRAFÍA

- Abel, L. & Caggiano, S. (2006). Enfermedades de Estado(s). Los inmigrantes y el acceso a la salud en una provincia de frontera. En E. Jelin (Dir.), *Salud y migración regional. Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural* (pp. 57-90). Buenos Aires: Ides.
- Aizenberg, L. (2019). Miradas sanitarias en torno a las mujeres bolivianas en Argentina: un aporte desde la interseccionalidad. *Migr Inter*, vol. 10, DOI: <https://doi.org/10.33679/rmi.v1i1.2242>
- Aizenberg, L. & Baeza, B. (2021). Itinerarios terapéuticos y pluralismos médicos de las migrantes bolivianas en Argentina. *Resistances. Journal of the Philosophy of History*, 2(3), DOI: <http://dx.doi.org/10.46652/resistences.v2i3.46>
- Aizenberg, L., Rodríguez, M. L. & Carbonetti, A. (2015). Percepciones de los equipos de salud en torno a las mujeres migrantes bolivianas y peruanas en la ciudad de Córdoba. *Migraciones internacionales*, 8 (1), 65-94. Recuperado de <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/59751>
- Armus, D. (2007). *La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*. Buenos Aires: Edhasa.
- Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires. *Jornadas Científicas del Programa de Tuberculosis de la Ciudad de Buenos Aires*. 2013 y 2014.
- Barrios, R. N., Pereira, A. M., Aranda, M. J., Longordo, M. A., Ortiz, F. G., Sosa, N. ... & Tutzer, S. (2021). Situación de la tuberculosis en el área programática de un hospital general de agudos de la Ciudad de Buenos Aires, 2017-2019. *Revista Argentina de Salud Pública*, 13, 271-280. Recuperado de <https://rasp.msal.gov.ar/index.php/rasp/article/view/651>
- Bossio, J. C., Arias, S. J. & Fernández, H. R. (2012). Tuberculosis en Argentina: desigualdad social y de género. *Salud colectiva*, 8, 77-91. Recuperado de <http://revistas.unla.edu.ar>
- Breilh, J. (2010). Las tres 'S' de la determinación de la vida. Diez tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. En R. Passos Nogueira (Comp.), *Determinação social da saúde e reforma sanitária* (pp. 87-125). Río de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES.
- Briones, C. (2002). Mestizaje y blanqueamiento como coordenadas de aboriginalidad y nación en Argentina. *RUNA*, 23 (1), 61-88, DOI: <https://doi.org/10.34096/runa.v23i1.1299>
- Caggiano, S. (2008). Racismo, fundamentalismo cultural y restricción de la ciudadanía: formas de regulación social frente a inmigrantes en Argentina. En S. Novick (Comp.), *Las migraciones en América Latina* (pp. 31-51). Buenos Aires: Catálogos.
- Carbajal, M. (6 de enero de 2014). Alerta por la expansión de la tuberculosis. Página 12. Recuperado de [www.pagina12.com.ar/diario/elpais/1-237124-2014-01-06.html](http://www.pagina12.com.ar/diario/elpais/1-237124-2014-01-06.html)
- Cerrutti, M. (2010). *Diagnóstico de las poblaciones de inmigrantes en la Argentina*. Serie de Documentos de la Dirección Nacional de Población 2. Buenos Aires: Dirección Nacional de Población-Ministerio del Interior/Organización Internacional para las Migraciones.
- Cerruti M. & Maguid A. (2006). Inserción laboral e ingresos de los migrantes de países limítrofes y peruanos en el gran Buenos Aires. *Notas de Población*, 83, 75-98. Santiago de Chile: Cepal.
- Courtis, C. & Pacecca, M. I. (2007). Migración y derechos humanos: una aproximación crítica al "nuevo paradigma" para el tratamiento de la cuestión migratoria en la Argentina. *Revista Jurídica de Buenos Aires*, número especial sobre Derechos Humanos, 183-200.



- Courtis, C. & Pacecca, M. I. (2008). *Inmigración contemporánea en Argentina: dinámicas y políticas*. Serie Población y Desarrollo 84. Santiago de Chile: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) –División de Población de la CEPAL.
- Courtis, C. & Pacecca, M. I. (2010). Género y trayectoria migratoria: mujeres migrantes y trabajo doméstico en el Área Metropolitana de Buenos Aires. *Papeles de Población*, 16 (63), 155-185. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/>
- Courtis, C., Liguori G. & Cerrutti, M. I. (2010). *Migración y salud en zonas fronterizas: el Estado Plurinacional de Bolivia y la Argentina*. Serie Población y Desarrollo 93. Santiago de Chile: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL. DOI: 10.1016/s0277-9536(96)00143-8
- Domenech, E. (2009). La 'nouvelle politique migratoire' en Argentine: les paradoxes du programme 'Patria Grande'. *Problèmes d'Amérique Latine*, 75 (1), 37-59. Recuperado de <https://www.aacademica.org/eduardo.domenech/37>
- Farmer, P. (1997). Social Scientists and the New Tuberculosis. *Soc. Sci. Med.*, 44 (3), 347-358, DOI: 10.1016/s0277-9536(96)00143-8
- Franzé Mudanó, A. (2013). Perspectivas antropológicas y etnográficas de las políticas públicas. *Revista de Antropología Social*, (22), 9-23. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/RASO/article/view/43771/41354>
- Frigerio, A. (2006). Negros y blancos en Buenos Aires: repensando nuestras categorías raciales. *Temas de Patrimonio Cultural*, 16, 77-98.
- Gerencia Operativa de Epidemiología (2020). Boletín Epidemiológico Semanal de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, n° 205, año V. Recuperado de [https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes\\_205\\_se\\_28\\_vf\\_1.pdf](https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_205_se_28_vf_1.pdf)
- Gerencia Operativa de Epidemiología (2021). Boletín Epidemiológico Semanal de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, n° 230, año VI. Recuperado de [https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/nuevobes\\_230\\_1.pdf](https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/nuevobes_230_1.pdf)
- Goldberg, A. (2009a). Salud e interculturalidad: aportes de la Antropología Médica para el abordaje sociosanitario de la población boliviana de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Temas de patrimonio cultural*, 24, 233-245.
- Goldberg, A. (2009b). Paciente boliviano tuberculoso. Representaciones del personal sanitario sobre la identidad y el estilo de vida de inmigrantes bolivianos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *VIII Reunión de Antropología del Mercosur (RAM)*. Buenos Aires.
- Goldberg, A. (2010). Abordaje antropológico comparativo en torno a la incidencia del Chagas y la tuberculosis en inmigrantes bolivianos residentes en Barcelona y Buenos Aires, respectivamente. *Revista de Humanidades Médicas & Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología*, 1(3). Recuperado de <http://www.ea-journal.com/art1.3/Abordaje-antropologico-comparativo-chagas-tuberculosis.pdf>
- Goldberg, A. (2013). Tuberculosis en inmigrantes bolivianos del área metropolitana de Buenos Aires: narrativas y procesos asistenciales. En A. Martínez-Hernández; L. Masana, S. DiGiacomo (Eds.), *Evidencias y narrativas en la atención sanitaria. Una perspectiva antropológica* (pp. 113-136). Tarragona/Porto Alegre: URV/ Associação Brasileira da Rede Unida.
- Goldberg, A. (2014). 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. *Cuadernos de antropología social*, 39, 91-114, DOI: <https://doi.org/10.34096/cas.i39.1287>
- Greene, J. (2004). An Ethnography of Nonadherence: Culture, Poverty, and Tuberculosis in Urban Bolivia. *Culture*,

- Medicine and Psychiatry*, 28 (3), 401-425, DOI: 10.1023/b:medi.0000046429.55801.c8
- Grimson, A. (1999). *Relatos de la diferencia y la igualdad. Los bolivianos en Buenos Aires*. Buenos Aires: Eudeba.
- Grimson, A. & Jelin, E. (2006) *Migraciones regionales hacia la Argentina: diferencia, desigualdad y derechos*. Buenos Aires: Prometeo.
- Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Dr. Emilio Coni” (2011). Notificación de casos de tuberculosis en la República Argentina. Periodo 1980-2009.
- Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Emilio Coni” (2015). Notificación de casos de tuberculosis en la República Argentina. Periodo 1985-2013.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina (2010). Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas. Recuperado de <https://www.indec.gov.ar>
- Jelin, E. (2006). Introducción. En E. Jelin (Dir.), *Salud y migración regional. Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural* (pp. 7-13). Buenos Aires: Ides.
- Jelin, E., Grimson, A. & Zamberlin, N. (2006). ¿Servicio? ¿Derecho? ¿Amenaza? La llegada de inmigrantes de países limítrofes a los servicios públicos de salud. En E. Jelin (Dir.), *Salud y migración regional. Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural* (pp. 33-45). Buenos Aires: Ides.
- Margulis, M. (1999). La “racialización” de las relaciones de clase. En M. Margulis, U. Urresti y otros. *La segregación negada: cultura y discriminación social* (pp. 37-62). Buenos Aires: Biblos.
- Menéndez, E. L. (2008). Epidemiología sociocultural: propuestas y posibilidades. *Región y sociedad*, 20 (SPE2), 5-50, DOI: <https://doi.org/10.22198/rys.2008.2.a526>
- Mera, G. (2018). Tras los patrones de asentamiento: interrogando los mapas de distribución espacial de los migrantes regionales en la Aglomeración Gran Buenos Aires. *REMHU: Revista Interdisciplinaria da Mobilidade Humana*, 26, 189-208, DOI <https://doi.org/10.1590/1980-85852503880005211>
- Ministerio de Salud de la República Argentina (2014). Guía para el equipo de salud n° 3, 2da. Edición.
- Ministerio de Salud de la República Argentina (2020). Boletín sobre Tuberculosis en la Argentina n° 3, año III. Recuperado de <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/boletin-sobre-tuberculosis-en-argentina-no-3>
- Ministerio de Salud de la República Argentina (2021). Boletín sobre Tuberculosis en Argentina n° 4, año IV. Recuperado de <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/boletin-sobre-tuberculosis-en-argentina-no-4>
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la República Argentina (2019). Boletín sobre Tuberculosis en la Argentina n° 2, año II. Recuperado de <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/boletin-sobre-tuberculosis-en-argentina-no-2>
- Mombello, L. (2006). El acceso a la salud de los inmigrantes limítrofes en el Alto Valle de Río Negro y Neuquén. En E. Jelin (Dir.), *Salud y migración regional. Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural* (pp. 91-101). Buenos Aires: Ides.
- Mouratian, P. (23 de enero de 2014). Trabajo esclavo y tuberculosis. *Tiempo Argentino*. Recuperado de <https://www.infonews.com/sociedad/trabajo-esclavo-y-tuberculosis-n282534>
- Organización Mundial de la Salud (14 de octubre de 2021). Nota descriptiva sobre la Tuberculosis.

- Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>
- Organización Panamericana de la Salud (24 de marzo de 2021). El diagnóstico de nuevos casos de tuberculosis se redujo entre un 15 y 20% durante 2020 en las Américas debido a la pandemia. Recuperado de <https://www.paho.org/es/noticias/24-3-2021-diagnostico-nuevos-casos-tuberculosis-se-redujo-entre-15-20-durante-2020>
- Oteiza, E., Novick, S. & Aruj, R. (1996). *Política migratoria, inmigración real, y Derechos Humanos en la Argentina*. Documentos de trabajo 5. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- Pacecca, M. I. (2011). Trabajo, explotación laboral, trata de personas. Categorías en cuestión en las trayectorias migratorias. *Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, 19 (37), 147-174. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/4070/407042014009.pdf>
- Pontino, M. (2009). Situación epidemiológica de la Tuberculosis en la Ciudad de Buenos Aires. En A. Sancinetti y colab. (Coord.), *Tuberculosis: diagnóstico y tratamiento* (pp. 70-80). Buenos Aires: Lajouane.
- Pozzio, M. (2011). *Madres, mujeres y amantes. Usos y sentidos de género en la gestión cotidiana de las políticas de salud*. Buenos Aires: Antropofagia.
- Pratto, L. (2016). *La precariedad de la vida: Mujeres bolivianas y tuberculosis en el sur de la Ciudad de Buenos Aires*. (Tesis de Maestría inédita), Universidad Nacional de San Martín, Argentina.
- Pratto, L. (2021). Itinerarios terapéuticos de mujeres bolivianas con tuberculosis en el sur de la Ciudad de Buenos Aires. Condiciones de vida, acceso a la salud y estrategias de atención y cuidados. *Revista de la Escuela de Antropología*, XXVIII, DOI: <https://doi.org/10.35305/revistadeantropologia.v0iXXVIII.141>
- Rivas, G. L. & Cartechini, M. J. (2008). Inmigrantes, trabajadores, bolivianos. La representación del “otro” cultural a través de la palabra “esclavo”. *Question*, 1(17). Recuperado de <https://perio.unlp.edu.ar/ojs/index.php/question/article/view/489>
- Rovere, M. (2012). Atención primaria de la salud en debate. *Saúde em Debate*, 36, 327-342. Recuperado <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/LP4vwWDvTQFssrNFXKMwChh/abstract/?lang=es&stop=previous&format=html>
- Sala, G. (2002). Entre el temor y la exclusión: acciones de salud dirigidas a migrantes bolivianos y acciones sanitarias en la frontera norte de Argentina. *XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais*. Ouro Preto, Minas Gerais.
- Santoro, A. G. (2020). Desigualdades en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: mortalidad, fecundidad y estructura demográfica. *Revista de Salud Pública*, 21, 94-101, DOI: <https://doi.org/10.15446/rsap.V21n1.60933>
- Shore, C. (2010). La antropología y el estudio de la política pública: reflexiones sobre la “formulación” de las políticas. *Antípoda. Revista de antropología y arqueología*, (10), 21-49, DOI: <https://doi.org/10.7440/antipoda10.2010.03>