

ARTÍCULOS ORIGINALES

FACTORES SOCIOCULTURALES EN EL PROCESO ASISTENCIAL DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS DEL INSTITUTO VACCAREZZA DEL HOSPITAL MUÑIZ, 2009

Sociocultural factors in the health care process of patients with tuberculosis, of Vaccarezza Institute of Muñiz Hospital, 2009

ALEJANDRO GOLDBERG¹

RESUMEN. INTRODUCCIÓN: este estudio propuso una aproximación etnográfica en torno a la incidencia de los factores socioculturales en el proceso asistencial de pacientes con tuberculosis del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), usuarios del Instituto Vaccarezza-Hospital Muñiz. **OBJETIVOS:** el objetivo general de la investigación fue construir un conocimiento complejo de los procesos de salud/enfermedad/atención relacionados con la tuberculosis. **MÉTODOS:** a través de la metodología etnográfica adoptada, se indagó en los factores de riesgo ligados a sus modos de vida y de trabajo, así como en los itinerarios terapéuticos seguidos para diagnosticar y tratar la enfermedad, en el ámbito laboral, de la unidad doméstica y de los servicios públicos de salud. Se consideraron las voces de los distintos actores vinculados al fenómeno de estudio, analizadas articuladamente con la observación de sus prácticas. **RESULTADOS:** dentro de los grupos más vulnerables a la tuberculosis, se pudo identificar al de inmigrantes bolivianos que trabajan en talleres textiles clandestinos del AMBA. Estos últimos funcionan como unidades productivas-habitacionales centrales de sus modos de vida y de trabajo, y por sus características constituyen espacios que posibilitan la emergencia de la tuberculosis, su contagio y su transmisión. **CONCLUSIONES:** debido a las condiciones de semi-esclavitud en las que estos sujetos trabajan y viven, su derecho a la atención sanitaria se encuentra relativamente limitado.

ABSTRACT. INTRODUCTION: This study proposed an ethnographic approach on the impact of socio-cultural factors in the health care process of patients with tuberculosis of the Buenos Aires Metropolitan Area (AMBA), at the Institute Vaccarezza-Muñiz Hospital. **OBJECTIVE:** The goal was to build an intricate knowledge of the health / disease / care processes of tuberculosis. **METHOD:** Through ethnographic methodology we investigate the ways in risk factors linked to lifestyles / labour as well as in the therapeutic paths to diagnose and treat the disease, of the work-place, of the household and of public care services. We considered the voices of different stakeholders linked to the phenomena, which we analyzed jointly with their practices. **RESULTS:** within the most vulnerable groups of tuberculosis patients, we identified bolivian immigrants who work in clandestine textile workshops at AMBA. These work as the central housing production units, their ways of life and work, and because of their characteristics, they are spaces that enable the emergence of tuberculosis, its spread and transmission. **CONCLUSIONS:** Due to the semi-slavery conditions in which these individuals work and live, their right to health care is relatively limited.

PALABRAS CLAVE: Factores socioculturales - Antropología médica - Inmigrantes - Tuberculosis - Procesos asistenciales

KEY WORDS: Sociocultural factors - Medical anthropology - Immigrants - Tuberculosis - Care-assistance processes

¹ Instituto de Ciencias Antropológicas - CONICET.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO:

Becas "Carrillo-Oñativía". Comisión Nacional Salud Investiga. Ministerio de Salud de la Nación.

FECHA DE RECEPCIÓN: 21 de mayo de 2010

FECHA DE ACEPTACIÓN: 10 de Diciembre de 2010

CORRESPONDENCIA A:

Alejandro Goldberg
Correo electrónico: alejandro.goldberg@gmail.com

INTRODUCCIÓN

MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL

Este estudio se centró en el análisis de la relevancia de los factores socioculturales en el proceso asistencial de sujetos pacientes con tuberculosis, usuarios de un centro de salud pública. Recuperando los aportes de Menéndez¹ y otros, una primera formulación al respecto sería: ¿a qué nos referimos cuando hablamos de factores socioculturales? Este interrogante adquiere una relativa importancia, si se tiene en cuenta que es común la confusión existente en el campo de la atención de la salud sobre lo que se entiende por social y por cultural. Por lo tanto, resulta fundamental definir que cuando se alude a determinantes sociales éstos atañen, por ejemplo, a una variedad de condiciones mesurables, como son la inserción laboral y el ingreso, las características de la vivienda, el grupo doméstico, el género, el consumo alimentario o de alcohol. Pero también, como

parte de lo social, es posible encontrar de manera implícita otras dimensiones que apuntan hacia las relaciones sociales, tanto a nivel macro como micro: políticas sociales y migratorias, conflictividad de clase, redes sociales y cadenas migratorias, relaciones intra e interfamiliares, asociacionismo, organización y movimientos sociales, entre otros. Mientras que por cultural se comprenden factores muy variados: la pertenencia a un grupo étnico o religioso, el nivel educativo, los hábitos o prácticas de salud, las representaciones sociales de la enfermedad, con sus modelos explicativos en causalidad, prevención y atención, las connotaciones simbólicas de los padecimientos, etc.

En este sentido, lo sociocultural aparece en ocasiones como una bolsa donde meter todo aquello que no es considerado estrictamente biológico o ecológico (y no es que la epidemiología convencional omita el abordaje de lo social y lo cultural, sino que con frecuencia estas dimensiones son reducidas en sentido teórico y práctico hacia la caracterización y responsabilidad individual, omitiendo así que cada población tiene su propia historia, cultura, organización y división social y política). El énfasis en las condiciones de vida y de trabajo; en la situación de pobreza, marginación y exclusión; y en las inequidades sociales, permite reenfocar lo estructural, siempre ligado a los aspectos culturales, subjetivos, simbólicos y relacionales.

Una segunda cuestión pertinente a señalar para la lectura, interpretación y análisis de los resultados presentados en esta investigación, es la propuesta desde la Antropología, y mediante la metodología etnográfica, de no realizar estudios en abstracto, sino abordar problemas y realidades específicas, concretas, dentro de las cuales la distinción entre los dos ámbitos referidos anteriormente (lo social y lo cultural) cobra sentido, e identificando, además, la forma en que los factores determinantes se expresan en un contexto particular y en un conjunto social específico, en términos del proceso de salud/enfermedad/atención (SEA). De ahí la necesidad de atender a las relaciones entre los distintos actores y los diferentes factores interactuantes en el análisis de un problema de salud grave como es la tuberculosis.

Si bien tanto la Epidemiología como la Antropología Médica proponen una concepción multicausal de la enfermedad, la primera coloca el eje de la causalidad en lo biológico o en lo bioecológico, mientras que la segunda lo hace en los factores socioculturales, reconociendo y asumiendo la existencia de un medio ambiente patologizante, a partir del cual se desarrollan enfermedades específicas como la tuberculosis, incluyendo protagónicamente los factores sociales en dicho medio.

Teniendo en cuenta lo expuesto hasta el momento, y considerando que se trató de un estudio cualitativo, los resultados provisorios de esta investigación deben leerse e interpretarse entonces desde la óptica de la investigación social más que epidemiológica. No se pretende remarcar ni ahondar en el conjunto de diferencias –teóricas, epistemológicas, metodológicas, semánticas, etc.– existentes entre las

perspectivas epidemiológicas y salubristas, y las disciplinas/subdisciplinas englobadas en las ciencias sociales, como es el caso de la Antropología Médica. Por el contrario, sin dejar de reconocer la existencia e impacto de aquellas en el campo de la salud, lo que se busca es aportar críticamente al establecimiento de puntos de encuentro, puentes de comunicación y vías de colaboración, con el objetivo final puesto en el mejoramiento de los indicadores de salud de los conjuntos sociales y el incremento de la calidad de atención de los servicios públicos de salud.

En esta investigación, se propuso una concepción constructorista del padecimiento, de las estrategias de atención y de la vida cotidiana en la que se procesa el padecimiento. La línea de análisis desarrollada recupera la perspectiva del actor dentro de un enfoque relacional y procesual que incluye, no sólo al conjunto de los actores sociales, sus estructuras de significado e intereses, sino que considera también las relaciones asimétricas –en términos de hegemonía/subalternidad– y el contexto en el cual los sujetos están insertos. A partir de allí, se retoma el concepto de proceso de SEA como operando dentro de un marco de relaciones sociales que constituyen a los conjuntos sociales, reconociendo sus concepciones y prácticas, atendiendo al papel hegemónico de la biomedicina y tomando en cuenta las transacciones desarrolladas por ésta con los sectores subalternos.² Vinculado con lo anterior, se recupera el concepto de vulnerabilidad social como parte del mencionado enfoque, articulando el nivel macro de análisis de los procesos de desigualdad social con el nivel micro de la experiencia subjetiva.³

La relación entre modos de vida y de trabajo y la SEA de los conjuntos sociales ha sido abordada por diversos autores, tanto de aquellos provenientes de la Epidemiología Social, como de algunos de los principales referentes de la Antropología Médica. En este sentido, vale subrayar que, mediante la categoría de modos de vida, es posible reconstruir trayectorias y contextos de vida desde la perspectiva de los propios sujetos-actores, estableciendo los vínculos y las articulaciones entre los procesos macro-sociales y las historias individuales.⁴ Aplicado al análisis de los procesos de SEA de los conjuntos sociales, distintos trabajos enfatizan en los modos de vida y en las características del proceso de trabajo como fuentes de enfermedades, padecimientos y malestares, como causas de muerte, en suma, como agentes importantes de influencia en el cuadro de morbilidad.^{5,6,7}

El enfoque relacional adoptado en la investigación supuso abarcar las dimensiones políticas, culturales, ideológicas, sociales y psicológicas en el análisis, proponiendo un abordaje integrador basado en una perspectiva holístico-relacional que tenga en cuenta el análisis de la salud laboral como relación social.⁸ Planteado de esta forma, el análisis del proceso de trabajo, por ejemplo, en el caso de la incidencia de la tuberculosis (TBC) en inmigrantes bolivianos que trabajan y viven en talleres textiles clandestinos del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), implica la consi-

deración de los diversos factores que, desde un enfoque socioepidemiológico, impactan en la salud/enfermedad del trabajador, generando este tipo de padecimientos.

Asimismo, mediante la categoría de representaciones médicas, se analizaron aquellas categorizaciones-prescripciones que organizan las características de sus prácticas, mismas que incluyen los procesos interrelacionados de percibir, categorizar y significar (otorgar sentido).⁹ Algunas de estas representaciones refieren a la construcción biomédica del padecimiento y del sujeto como paciente, que conciben a éste como ignorante y, paradójicamente, como responsable de su enfermedad y de la eficacia del cumplimiento del tratamiento que se le prescribe para su curación. Construcción que asume a la enfermedad como desviación de una norma biológica; que adopta el axioma de que existe una etiología específica de las enfermedades (y que éstas son universales); que se apoya en la idea de que la medicina es neutral, para enumerar algunos elementos de ella. En consecuencia, dicha construcción no toma en cuenta las concepciones y prácticas del sujeto-paciente sobre la SEA, ni el marco del contexto social, político y cultural y de relaciones de poder que condicionan las conductas cotidianas de salud, incluyendo como parte del mismo el papel hegemónico de la biomedicina.

Es indudable entonces la presencia relevante de los factores materiales y físicos en los procesos de SEA de los sujetos, pero resulta igualmente importante una revaloración del papel que se adjudica a los factores no materiales, como son los simbólicos y culturales, los relacionales y sociopolíticos, y el papel de la subjetividad en el ámbito de la salud. Elementos que fueron abordados en el transcurso de la investigación, como la discriminación y el estigma, las representaciones sociales, los modelos explicativos populares y médicos, entre otros, se presentan como factores que también poseen una influencia decisiva en dichos procesos, más allá de que en este trabajo –por razones de disponibilidad de espacio– se analicen sólo algunos de estos factores.

El objetivo general de la investigación fue el de construir un conocimiento complejo de los procesos de SEA relacionados con la TBC en pacientes-usuarios del Instituto Vaccarezza-Hospital Muñiz de la Ciudad de Buenos Aires (CABA), en tanto que los objetivos específicos fueron los siguientes:

a. Describir y analizar las representaciones y las prácticas que poseen los pacientes alrededor de la TBC, recuperando sus vivencias sobre la enfermedad.

b. Realizar un seguimiento sistemático de los itinerarios terapéuticos de pacientes con TBC, a través del trabajo de campo en diferentes ámbitos de sus vidas cotidianas.

c. Describir y analizar representaciones y prácticas del personal sanitario respecto a los pacientes con TBC.

La investigación se centró particularmente en un conjunto social específico dentro del universo poblacional abordado: el de inmigrantes bolivianos en edad laboral, hombres y mujeres, en su mayoría indocumentados, que trabajan y viven –en muchos casos con sus hijos– en

talleres textiles clandestinos del AMBA. Lo anterior debido a razones de diverso tipo, a saber: la cantidad de personas pertenecientes a este grupo relevadas en el trabajo de campo; la especialidad del investigador dentro del campo temático de la disciplina (Antropología, migraciones y salud); y la complejidad que supone el abordaje antropológico y sociosanitario de esta problemática, partiendo del desconocimiento general existente sobre el fenómeno y la carencia de estudios realizados al respecto desde las distintas disciplinas.

La hipótesis principal de trabajo fue que en los padecimientos y muertes por TBC de los sujetos de estudio gravitan modos de vida y de trabajo específicos, consustanciales a sus condiciones de existencia, a sus procesos migratorios (en el caso de pacientes bolivianos), y a su inserción en la sociedad argentina. Como segunda hipótesis, se planteó que a través de un enfoque etnográfico es posible aproximarse, no sólo a la forma en que los sujetos padecen la enfermedad, sino a las maneras en que describen, interpretan, explican y actúan en relación a ella.

MÉTODOS

DISEÑO Y ESTRATEGIAS DE INVESTIGACIÓN

El universo de observación abordado fue el de hombres y mujeres adultos residentes en el AMBA, que tuvieron TBC y se atendieron en el Instituto Vaccarezza-Hospital F. Muñiz de la CABA durante 2009.

La perspectiva metodológica adoptada estuvo basada en un enfoque etnográfico focalizado en las dimensiones de la SEA. Este permitió una mejor aproximación al contexto de los modos de vida de los sujetos de estudio, así como al seguimiento y análisis de los itinerarios terapéuticos que desarrollaron en relación a la TBC. Se consideraron las voces de los distintos actores vinculados al fenómeno de estudio (pacientes-usuarios, médicos y demás miembros del personal de salud, etc.) otorgándole un papel fundamental a los sujetos, recuperando sus saberes, sus prácticas, sus valoraciones, sus vivencias de la enfermedad, analizadas articuladamente con la observación de sus prácticas.

Las principales categorías y variables de análisis aplicadas fueron las de género, clase social, nacionalidad, condición migratoria, ocupación, nivel de educación, situación de la vivienda, medio familiar, alimentación, conductas de salud-hábitos de higiene, acceso a los servicios públicos de salud y experiencias con éstos, itinerarios terapéuticos, seguimiento/abandono del tratamiento de la enfermedad, entre otras.

El trabajo de campo etnográfico combinó la observación participante, las entrevistas en profundidad, grupos de discusión y el análisis de narrativas, con la recopilación y análisis bibliográfico y el uso de fuentes secundarias, aplicando el procedimiento de confrontar los datos obtenidos por vía de las entrevistas con aquellos captados mediante la observación, la participación y las conversaciones informales, en vistas de identificar las contradicciones y concordancias, y como técnica de control de los instrumentos de campo.

Las observaciones de campo se realizaron en los siguientes ámbitos de la vida cotidiana de los sujetos de estudio: el laboral, el de la unidad doméstica, el de los servicios sanitarios, y el de las organizaciones sociales y políticas.

Respecto a las entrevistas en profundidad, se ha privilegiado el trabajo con narrativas biográficas, focalizando en las trayectorias migratorias, las condiciones de vida y de trabajo, los itinerarios terapéuticos por TBC y las experiencias con el sistema sanitario público. La selección de los sujetos de estudio se ha realizado a través de la estrategia de trabajo con informantes clave, articulada con la denominada técnica de trabajo en redes, desarrollada a partir del seguimiento de las redes familiares/laborales/migratorias de sujetos que concurrieron a atenderse a los consultorios externos de la unidad de observación, así como sobre la base de la relación construida por el investigador con organizaciones vinculadas al colectivo inmigrante boliviano.

Se efectuaron un total de 16 entrevistas en profundidad a pacientes-usuarios del Instituto Vaccarezza-Hospital F. Muñiz, mayoritariamente inmigrantes bolivianos, hombres y mujeres residentes en el AMBA; 10 a miembros del personal sociosanitario de la red pública de salud de la CABA; y otras 10 entre inmigrantes bolivianos y personas "nativas" pertenecientes a organizaciones barriales, políticas, ONGs, asociaciones y demás entidades vinculadas a través de sus actividades, con el fenómeno de estudio.

Los grupos de discusión o grupos focales (GD) se realizaron como técnica de control de datos y con el fin de analizar el sentido de los significados colectivos otorgados por los actores sobre determinadas temáticas abordadas: representaciones sobre condiciones de vida y de trabajo, situación de salud, vivencias/experiencias en torno a la enfermedad de la TBC, itinerarios terapéuticos seguidos, relación con el sistema sanitario y su personal, representación social y/o estereotipación de pacientes, valoración del tratamiento para curar la enfermedad, etc. Con la realización de GD no se pretendió documentar la "realidad objetiva" como tal, sino más bien captar la percepción que los sujetos tuvieron de la misma a partir de su propia experiencia y puntos de vista.

Los GD desarrollados fueron los siguientes: 1) Mujeres con TBC internadas en el pabellón Koch del Instituto Vaccarezza-Hospital F. Muñiz; 2) Personal sanitario del Instituto: médicos, psicólogos, enfermeros; 3) Hombres con TBC en tratamiento; 4) Hombres y mujeres inmigrantes bolivianos que trabajaron más de un año en talleres textiles clandestinos del AMBA.

En cuanto al trabajo con fuentes secundarias, por un lado, se hizo una búsqueda y selección de bibliografía, y por el otro, de datos, para el análisis histórico, de caso y estadístico. Por una parte, la recopilación bibliográfica supuso la selección y lectura de libros, artículos de libros, revistas y otros materiales relativos a la enfermedad de la TBC. Por el lado de los datos estadísticos, se relevó información cuantitativa, tanto oficial como complementaria, sobre los distintos temas vinculados al problema de estudio.

Por último, vale señalar que para esta investigación se ha considerado más adecuado utilizar la estrategia de muestreo 'teórico'. Este tipo de muestra no pretende ser estadísticamente representativa, sino que busca seleccionar casos que sean teóricamente representativos de los tipos fundamentales de conductas, grupos, poblaciones y tópicos estudiados.

RESULTADOS

De acuerdo a los datos del Ministerio de Salud de la Nación (MINSAL), durante 2007 se registraron en Argentina alrededor de 10.000 casos de TBC, lo cual representó una tasa estimada de 27 casos cada 100.000 habitantes. Según estimaciones efectuadas por la OMS, en 2009 el país presentaba una tasa de 31 casos de TBC por 100.000 habitantes, lo cual implicaba un total de 12.172 casos.¹⁰

No obstante estos datos generales, las desigualdades al interior de Argentina según provincias son muy marcadas, siendo Jujuy, una de las provincias más pobres del país y con uno de los sistemas de salud más deficitarios, aquella que presenta la mayor tasa: 67 cada 100.000 habitantes. Asimismo, es preciso señalar que la forma predominante de TBC que se da en Argentina (lo mismo en la CABA) es la pulmonar, afectando a la población joven, en su mayoría hombres (58%), en edad laboral y más pobre, según el indicador de necesidades básicas insatisfechas (NBI). Respecto a esto último, tenemos que el 20% más pobre de la población argentina concentra el 30% del total de casos de TBC del país.¹¹

Algo similar sucedía y sucede al interior de la CABA si tomamos como unidad de análisis las distintas áreas programáticas de salud: mientras que la tasa promedio de la ciudad fue de casi 40 por 100.000 habitantes en el transcurso de 2009, en el área programática del Hospital Piñero, situado en la zona suroeste de la ciudad (Bajo Flores), la tasa triplicó la media, llegando a casi 134 cada 100.000 habitantes, tal como se observa en la Tabla 1.¹² Vale señalar que, además de constituir la región más empobrecida de la ciudad, en esta zona se localizan buena parte de los talleres textiles clandestinos de la CABA.

En lo que respecta a la unidad de observación principal de la investigación, el Instituto Vaccarezza-Hospital F. Muñiz, se trata del centro de salud con más casos de TBC atendidos (registrados) de todos los hospitales de la CABA durante 2009 (ver Tabla 2).

La aproximación cualitativa realizada a través del método etnográfico permitió identificar la heterogeneidad de perfiles socioculturales y sociodemográficos existentes entre los pacientes-usuarios de este centro de salud. Más allá de la mencionada variabilidad inter e intragrupal, estos conjuntos poseen, como rasgos compartidos, el impacto de distintos procesos estructurales en su salud: situación de marginación, exclusión y pobreza; precariedad e informalidad laboral; condiciones de vivienda marcadas por el hacinamiento. Estos factores, sumados a aquellos vinculados con determinadas conductas y hábitos de salud,

TABLA 1. Número y porcentaje de casos de TBC por área programática de residencia de CABA.

Área programática	Nº de casos	%	Tasa/100.000 habitantes
Htal. Álvarez	74	6,8	33,48
Htal. Argerich	93	8,5	58,49
Htal. Durand	63	5,8	18,63
Htal. Fernández	79	7,2	16,80
Htal. Penna	92	8,4	57,86
Htal. Piñero	384	35,1	133,79
Htal. Pirovano	24	2,2	5,66
Htal. Ramos Mejía	116	10,6	34,83
Htal. Santojanni	79	7,2	40,10
Htal. Tornú	22	2,0	20,00
Htal. V. Sarsfield	36	3,3	23,52
Htal. Zubizarreta	7	0,6	6,42
Sin datos	26	2,4	-
TOTAL	1.095	100	36,93

Fuente: Red para la atención de tuberculosis de la CABA, 2009.

TABLA 2. Número y porcentaje de casos de TBC atendidos por hospital. CABA, 2009.

Hospital	Nº de casos	%
Álvarez	58	2,6
Argerich	92	4,2
Clínicas	66	3
Durand	89	4,1
Elizalde	92	4,2
Fernández	56	2,5
Ferrer	79	3,6
Gutiérrez	114	5,2
Lalat	29	1,3
Muñiz	723	32,9
Otros	7	0,3
Penna	95	4,3
Pirovano	23	1
Piñero	234	10,7
Ramos Mejía	102	4,6
Rivadavia	45	2
Santojanni	58	2,6
Tornú	154	7
Vélez Sarsfield	59	2,7
Zubizarreta	22	1
Total	2.197	100

Fuente: Red para la atención de tuberculosis de la CABA, 2009

situaciones familiares y experiencias subjetivas específicas, impacto psicológico (depresión, angustia, etc.) y baja de defensas del organismo, emergen como interactuantes, ya sea en la infección como en la activación de la enfermedad de la TBC.

En este sentido, algunos de los factores socioculturales que se enumeran a continuación están presentes en los procesos de SEA de los sujetos de estudio:

- Alimentación deficiente.
- Consumo sistemático de alcohol y otras drogas.
- Trabajos insalubres, jornadas de trabajo intensas y prolongadas, en algunos casos bajo un régimen de semi-esclavitud.
- Situación de pobreza, marginación y exclusión social.
- Desempleo, sub-empleo.
- Familias disfuncionales, desestructuradas.
- Discriminación.
- Viviendas en condiciones precarias y de hacinamiento.
- Restricción en la accesibilidad a los servicios públicos de salud.

Si bien fue estadísticamente comprobable que la incidencia de la TBC en inmigrantes del AMBA aumentó significativamente en el transcurso de los últimos años, un primer elemento a remarcar, derivado de la información recogida hasta el momento, que sirve para refutar ciertos discursos sobre la inmigración limítrofe como "factor de riesgo sanitario", es que los padecimientos/enfermedades que sufren estos inmigrantes –bolivianos, paraguayos, peruanos– no difieren mayormente del conjunto de la población argentina del AMBA con modos de vida/trabajo semejantes. Éstos se caracterizan, en muchos casos, por las NBI, el hacinamiento, la informalidad y la precariedad laboral, entre otros elementos estructurales; a lo que se le suman factores interactuantes de índole familiar, psicológicos, de trastornos alimenticios, de determinadas conductas de riesgo, etc.:

"La tuberculosis es una enfermedad de la pobreza. Si, es gente que viene de la villa, gente pobre que viene de la provincia, que no se alimenta bien, que trabaja mucho y entonces la falta de alimentación lo lleva a ser un factor de riesgo para la tuberculosis". (Entrevista a A, enfermero del equipo de salud del Instituto).

"El problema económico ayuda (...) aparecen muchos pacientes que vienen de la villa, que no tiene que ver la nacionalidad, para mí tiene que ver el medio social de donde vienen: la villa 1-1-1-14, la villa 21, la villa Zabaleta... esos son los pacientes que tenemos, de ese medio social, no importa si son bolivianos; porque son bolivianos, son argentinos, son paraguayos..." (Entrevista a S, médica del Instituto).

Un segundo elemento a subrayar es que los extranjeros, en general, y los inmigrantes bolivianos, en particular, a pesar del aumento progresivo de casos de TBC desde la década de 1990 en adelante, no constituyen la mayoría de casos: ni a nivel del país, ni en el AMBA; ni siquiera en

las áreas programáticas de la zona Sudoeste de la CABA, ni en la unidad de observación principal abordada en este estudio.

Por este motivo, más que asociar TBC con inmigración boliviana, en términos de enfermedad "importada", "cultural", etc., el fenómeno se vincula con los modos de vida/trabajo de estos inmigrantes en Argentina. Apoyando la afirmación anterior, estudios realizados desde la biología molecular por médicos especialistas, tanto del Instituto de Tisioneumonología "Prof. Dr. Raúl Vaccarezza" (UBA)-Hospital Muñiz como del Instituto Malbrán (CONICET), coinciden en que no existen evidencias científicas de transmisión de cepas extranjeras autóctonas andinas a pacientes argentinos ("nativos") a través de los inmigrantes que llegan enfermos o contraen la enfermedad en el país; pero sí a la inversa: la cepa M, dominante en el AMBA, comenzó a propagarse entre muchos de los inmigrantes bolivianos que contrajeron la enfermedad en los talleres textiles clandestinos.

VIVIR Y TRABAJAR EN UN TALLER TEXTIL CLANDESTINO: SU IMPACTO EN LA SALUD/ENFERMEDAD/ATENCIÓN.

Una parte de los inmigrantes bolivianos residentes en el AMBA se inserta en el ámbito de la economía sumergida trabajando en talleres textiles clandestinos. Muchos de estos trabajadores fueron traídos desde Bolivia por los dueños de los talleres –en buena medida, también bolivianos– con falsas promesas de trabajo estable y salarios en dólares. En su mayoría se trata de hombres y mujeres jóvenes, de entre 20 y 30 años de edad y con un nivel de instrucción medio-bajo. En una alta proporción, imaginan que harán suficiente dinero de forma rápida como para enviar buena parte del mismo periódicamente a sus familias en origen y, luego de unos años de "sacrificio", retornar a Bolivia. Eso explica, en parte, la falta de interés por regularizar su situación migratoria en Argentina; las otras razones refieren al desconocimiento y los obstáculos para tramitar la documentación, pero sobre todo, al régimen de esclavitud al que son sometidos por sus propios paisanos, dueños de los talleres.

El modo de vida de los inmigrantes bolivianos del AMBA que trabajan en talleres textiles clandestinos está marcado por condiciones que en algunos casos se aproximan a la esclavitud: sin relación contractual, en un ambiente de insalubridad, mediante jornadas intensas, de sobrecarga y con descanso nulo, y sin que se efectúe la correspondiente revisión médica ocupacional de las personas que trabajan y, con frecuencia, también viven en los talleres, en algunos casos con sus hijos.

El trabajo se realiza en condiciones de hacinamiento, en habitaciones sin ventilación, plagadas de retazos de tela, hilos, polvillo en el ambiente y pelusas que producen las máquinas. La cantidad de horas trabajadas –entre 10 y 15– y las características del trabajo, provocan, en general, serios problemas posturales, respiratorios y de la vista. Al respecto, según las Normas de Higiene y Seguridad Laboral

(Instituto Nacional de Tecnología Industrial) el corte de la tela con la máquina se debe realizar en un ámbito ventilado, utilizando guantes y barbijos (para prevenir la afectación de las vías respiratorias como consecuencia de la pelusa que se genera y que se esparce por todo el ambiente). En cuanto a la pérdida de la visión, a las condiciones ya mencionadas se suma la poca iluminación que hay en el recinto del taller; un serio problema si se tiene en cuenta que el trabajo en la máquina requiere que el trabajador fije permanentemente la vista en el corte.

En el caso de las embarazadas, la intensidad del trabajo, sumada a la escasa y deficiente alimentación, ha producido, además de riesgo de vida para la madre y el bebé, anemias crónicas y una baja en las defensas que puede llevar a contraer enfermedades como la TBC.

En consecuencia, enfermar en las condiciones de vida y de trabajo descritas resulta un hecho frecuente y recurrente para estas personas. Dadas sus características, el taller textil clandestino constituye un espacio que posibilita la emergencia de la TBC, su contagio y su transmisión. En este marco, en el transcurso del trabajo de campo realizado se ha podido relevar que los inmigrantes bolivianos experimentan y sufren una serie de modalidades de vida y trabajo en un contexto migratorio específico: angustia y depresión que acompañan a la situación de duelo migratorio¹⁸ derivada del cambio –a nivel personal, familiar, residencial, cultural, etc.– que supone la nueva situación de emigrar; la fatiga en el trabajo, debida a los ritmos intensos y sin descanso; el hacinamiento en el trabajo y en la vivienda (la cual, en la mayoría de los casos, se encuentra en el mismo recinto del taller textil clandestino); la inhalación permanente de polvo y polvillo (incluso al dormir) por falta de una adecuada protección en los talleres; la alimentación deficitaria y diferente a la de origen; y las altas tasas de consumo de alcohol (bebidas destiladas) que se registran en algunos casos.

Las diversas situaciones descritas suponen la interacción de un conjunto de experiencias que generan un proceso destructivo/deteriorante de carácter permanente en la salud/enfermedad de los trabajadores y sus hijos, que puede llevarlos a accidentes de trabajo, a la muerte por enfermedades infecciosas, como la TBC; o a lo sucedido en 2006 con los dos trabajadores y los cuatro niños bolivianos fallecidos en el incendio de un taller textil clandestino de la calle Viale (CABA).

Como parte de los datos recopilados, se ha constatado que una proporción importante de los bolivianos y las bolivianas que trabajaron en estos talleres y que padecieron la TBC antes de ello no conocían la enfermedad:

"Trabajaba en un taller de costura en Capital, en la villa 1-11-14... Y había una persona que tenía tuberculosis ahí, sí, y yo de seguro me contagié ahí porque había una pieza de 5 x 4, ahí dormíamos 4 personas (...) Primero me dolía la espalda, luego me afectó el corazón, me dolía ahí, y no me di cuenta que era tuberculosis; luego de un tiempo se pasó eso, luego tosí, empecé a toser mucho,

luego boté flema con sangre... Mi marido me trajo aquí, al Muñiz, ahí me dijeron que tenía tuberculosis, que me tenía que internar, pero antes no me di cuenta, no sabía de la enfermedad, no sabía adónde ir..." (NE, inmigrante boliviana con tuberculosis internada en el Pabellón Koch, Hospital Muñiz, extraído del GD).

Del otro lado, la TBC es valorada por aquellos que saben de su existencia como un problema grave, en ocasiones conocido desde origen, provocado "por el trabajo duro y la falta de alimentación". En general, asocian el padecimiento con los siguientes síntomas: tos, sudor nocturno, pérdida de peso, falta de fuerzas, etc., y en algunos casos, directamente con la muerte:

"Yo sabía algo de la enfermedad, el único conocimiento que yo tenía de esta enfermedad era que por el 94, más o menos, por el 93, que yo estaba chica todavía allá en Bolivia, murió mucha gente, porque esta tuberculosis también afectó allá y yo sabía eso: que murió mucha gente o sea que cuando entré acá dije me voy a morir, cuando fui a terapia intensiva dije yo me muero..." (CE, inmigrante boliviana con TBC internada en el Pabellón Koch, Hospital Muñiz, extraído del GD).

Ya mencionado anteriormente, el polvillo que despiende la tela al trabajarse es aspirado constantemente por todos los que están en el recinto cerrado, ya sea durante las intensas jornadas laborales como al dormir, y a éste se le atribuyen los problemas respiratorios que vinculan con la TBC:

"El polvillo... lo vas aspirando y el pulmón tira mucho, jala mucho polvillo ahí del taller (...)

Al hacer la tela, el polvillo siempre sale y sale más cantidad (...) En cinco minutos ya tenés la cara toda llena de polvillo: si en cinco minutos tenés la cara llena de polvillo, imagínate cuánto estás aspirando, ¡es un montón!". (SE, inmigrante boliviana con TBC internada en el Pabellón Koch, Hospital Muñiz, ex trabajadora de un taller textil clandestino del AMBA, extraído del GD).

En función de lo hasta aquí expuesto, es posible afirmar que un segmento vulnerable de la población del AMBA, entre los cuales sobresalen los inmigrantes bolivianos que trabajan y viven en talleres textiles clandestinos, enferman de TBC como consecuencia directa de los modos de vida y de trabajo que caracterizan su situación en esta sociedad.

EL PROCESO ASISTENCIAL POR TUBERCULOSIS.

En el caso del Instituto de Tisioneumonología "Prof. Dr. Raúl Vacarezza"-Hospital Muñiz, las concepciones de buena parte del personal de salud entrevistado se orientan al reconocimiento del modo de vida/trabajo de estas personas, de su situación de irregularidad administrativa-migratoria y de los factores de riesgo en relación a la TBC vinculados al trabajo en los talleres textiles clandestinos:

"El que no viene infectado desde Bolivia se infecta acá por la comida, la alimentación que lleva, mal nutrición, el trabajo malo... En este momento lo que se ve, lo que prevalece es en los talleres... tiene que ver con las condiciones y medidas de higiene..." (Entrevista a F, médica del Instituto).

"(...) La gente boliviana que vienen de trabajar en un taller todo el día y los tienen hacinados (...) Entonces cómo trabajan ellos, cómo están hacinados, la falta de alimentación y demás... Están sin ventilación adecuada y todo eso, los lleva a enfermarse y cuando se enferma uno de ellos, se contagian todos los que están en los talleres. Entonces vienen unos tras otros a internarse. A veces hay 4 o 5 bolivianos que son del mismo taller y otros que siguen con el tratamiento, los que pueden, con el tratamiento ambulatorio..." (Entrevista a A, enfermero del Instituto).

Focalizando en el tema del tratamiento para curar la enfermedad, si bien los médicos entrevistados consideran que entre los pacientes bolivianos no existe una tasa mayor de abandono en relación a los pacientes nativos, que se calcula globalmente en un 20%, las dificultades que se presentan son variadas: desde los problemas de comunicación, pasando por la dosificación de los fármacos, hasta la falta de recursos para acercarse al hospital donde los entregan. Esto último como variable ligada a sus condiciones de vida y de trabajo en esta sociedad: prohibición de salida que se les impone en los talleres y temor por la situación de indocumentación en la que muchos están:

"Lo que por ahí produce la mayoría de los abandonos son los contactos, como están sanos, es más difícil que durante seis meses tomen la medicación porque en realidad están sanos, es preventivo... y ahí sí, porque tal vez los primos o los hermanos puede ser que aparezcan internados unos años después (...) Es decir, que más o menos se trata de gente que por algún síntoma o dolor de espalda, como ya lo tiene presente el tema de la tuberculosis acude por prevención, digamos, y otra gente que ya viene porque no puede trabajar más, porque escupe sangre... ¿no? Mas o menos son este tipo de síntomas (...) Pero no es que no quieren venir... son problemas relacionados con el trabajo, o dificultades para venir... entonces eso hace que dejen, que no puedan cumplir estrictamente con el tratamiento". (Entrevista a L, médica del Instituto).

Uno de los principales problemas identificados, relacionado con la posibilidad de que los pacientes bolivianos con TBC puedan seguir con el tratamiento de manera completa y durante los meses que éste exige, refiere a que en muchos casos no saben de qué tipo de sustancias se trata, por qué se las medican, qué repercusiones tienen en su vida o qué efectos les producen (en esto, como en otros tantos aspectos, igual que los pacientes "nativos"). Suele pasar que, o bien abandonan la medicación cuando comienzan a sentirse mejor, o lo hacen cuando se acaba la primera caja de comprimidos, en ambos casos sin completar el tratamiento y generando la reincidencia del problema de salud; o, posteriormente, derivando a veces en un caso de TBC multiresistente.

"Con la tuberculosis tenemos en este sentido un inconveniente médico, que es que la tuberculosis lleva muchos meses de tratamiento. Entonces, es a veces difícil convencer al que ya se siente bien, que tiene que seguir igual, tomando las pastillas y viniendo a controlarse... Es

distinto a una neumonía, que vos le das antibiótico y se cura en una semana. Por eso nosotros, a pesar de que él se siente bien, tenemos que convencerlo de que tiene que seguir viniendo porque el tratamiento dura seis meses o más... un problema que le pasa a la gente no inmigrante también. Aparte, dentro de esos meses se tienen que hacer controles, que es un poco lo que yo hago de remarcar la importancia de estar controlado por el médico y no que es tomar medicamentos y ya". (Entrevista a R, médica del Instituto).

Diego Aruquipa Fernández, boliviano de 19 años de edad, murió de TBC el 25 de agosto de 2006. Fue uno de los 36 muertos por esta enfermedad de los 2.078 casos que se registraron ese año en la ciudad. Trabajaba 19 horas diarias, de lunes a sábado, en un taller textil clandestino de la calle Chivilcoy, CABA, actualmente clausurado. De acuerdo a los relatos de un ex compañero del taller, Diego comenzó a sentirse mal en julio: "en esa época estaba sin poder hablar, doblado, no podía caminar, tenía fiebre y transpiraba mucho".¹³ El itinerario terapéutico de Diego lo condujo por diferentes centros de salud hasta que terminó en el Hospital Muñiz, donde ingresó el 4 de agosto y falleció el día 25 del mismo mes. Como tantos otros inmigrantes bolivianos en Argentina que carecen de documentación, este joven no tenía información respecto al derecho de acceso a la atención sanitaria gratuita en la red de hospitales públicos de la ciudad, incluyendo, para el caso de la TBC, los estudios radiológicos y la entrega gratuita de la medicación correspondiente para su tratamiento. Del mismo modo que le sucede a otros compañeros en los talleres a quienes se les prohíbe salir, fue obligado a seguir trabajando aún con síntomas de enfermedad. El caso relevado del hijo de S, de 23 años, confirma lo expuesto: él también siguió trabajando con fiebre alta y tos continua, hasta que un día ya no pudo levantarse de la cama porque se mareaba, tosía y esputaba sangre; falleció días después en un hospital de la ciudad por un cuadro agudo de tuberculosis.

DISCUSIÓN

Todos los autores coinciden en que la TBC es una enfermedad de la pobreza. En opinión de Farmer,¹⁴ esto implica con total claridad que el "mundo subalterno" de los pobres constituye un escondite adecuado para las enfermedades infecciosas, especialmente cuando se trata de situaciones de segregación, subordinación y marginación social, como sucede con el caso particular abordado en este estudio.

Investigaciones como la que se ha presentado se relacionan con la necesidad de generar nuevos conocimientos sobre la población de estudio, sus procesos de SEA por TBC –vinculados a sus modos de vida/trabajo– y el contexto de interacciones sociales (con énfasis en el ámbito sociosanitario); es decir que el enfoque adoptado está en directa relación con la producción de información y con la generación de conocimiento para la acción. En tal sentido, la investigación ha tenido como meta llegar a tener un impacto a largo plazo en cuatro niveles interrelacionados:

1) el de las competencias "socioculturales" del personal sanitario, dirigidas a una atención integral más eficaz de los pacientes con TBC; 2) el de la adquisición y el manejo de cantidad y calidad de información por parte de los sujetos pertenecientes a los grupos más vulnerables (población en general y la inmigrante boliviana que trabaja en talleres textiles clandestinos del AMBA en particular), relativa a la prevención de la TBC y al proceso asistencial para su curación; 3) el del diseño de políticas de intervención sociosanitaria con una perspectiva preventivista, implementadas alrededor de la TBC y la población más vulnerable a esta enfermedad; y 4) el del ámbito de la atención de la salud de los conjuntos sociales, con el objetivo puesto en mejorar sus índices de morbimortalidad por TBC.

"Los riesgos de contraer tuberculosis disminuirían en estas personas del 4 al 6% anual, a lo que habría que añadirle una disminución adicional del 7 al 9% con un tratamiento adecuado. La mejora en las condiciones socioeconómicas parece implicar la erradicación de los talleres clandestinos y en facilitar la documentación de los inmigrantes indocumentados, lo que permitiría desde exámenes pre-ocupacionales, condiciones dignas de trabajo, agremiación de los trabajadores para su autodefensa, prevención, tratamiento en etapas tempranas, control gubernamental de la infraestructura, con la repercusión inmediata en las condiciones sanitarias. La inclusión en el sistema hace la diferencia...".¹⁵

RELEVANCIA PARA POLÍTICAS E INTERVENCIONES SANITARIAS

Conocer los valores, significados, sentidos y prácticas de los distintos actores implicados en el proceso asistencial en torno a padecimientos como la TBC, resulta de singular importancia para la aplicación exitosa de programas de atención médica sanitaria.

Se acuerda con Ramírez Hita,¹⁶ cuando afirma que 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 analizar las patologías y las problemáticas de mayor incidencia en una población determinada. Se remarca así, la importancia de realizar diagnósticos de salud e implementar programas de intervención sanitaria desde una metodología cualitativa que implique la recolección del dato a través de la etnografía.

RELEVANCIA PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Resulta básico e indispensable el reconocimiento del pluralismo asistencial existente en el contexto sociosanitario argentino, tanto por parte de las autoridades sanitarias locales/nacionales, como por el personal de salud de los centros públicos y privados. Uno de los principales problemas detectados, ha sido la desinformación y el desconocimiento por parte de los profesionales médicos respecto de

la situación de salud de la población inmigrante boliviana en origen, así como en relación al conjunto de representaciones y prácticas que ellos poseen en torno a la SEA. Se plantea la necesidad no sólo de reconocer la presencia de diversos sistemas médicos de atención interactuando entre la población (en este caso, el de autoatención, el tradicional indígena quechua o aymará y el biomédico); sino también de garantizar que la comprobación empírica de lo anterior por parte de los médicos no constituya un obstáculo para una "adecuada" terapia biomédica ni un mecanismo de culpabilización del paciente.

RELEVANCIA PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

Enfermedades respiratorias como la TBC han sido estudiadas desde enfoques clínicos y epidemiológicos, pero fueron poco abordadas como problemas de estudio desde la perspectiva antropológica-médica del padecimiento. En general, los estudios efectuados en el campo de la salud no reflexionan en torno a los procesos de cambio que, en términos de fenómeno sociocultural total, genera un proceso complejo como la migración, en este caso, focalizando en el proceso de SEA y el ámbito de la salud pública.

Tanto desde el plano teórico, como a través de estudios

de caso, por su énfasis holístico y su enfoque etnográfico y cualitativo, desde la Antropología se plantea la necesidad de articular los niveles micro y macro en el análisis de los problemas de salud. El marco teórico-conceptual de la Antropología Médica, aplicada a fenómenos como los procesos migratorios, permite una cierta capacidad explicativa que posibilita relacionar dichos procesos con las manifestaciones de morbimortalidad que presentan algunas poblaciones,¹⁷ tal como lo demuestra el caso de la incidencia de la TBC en inmigrantes bolivianos que trabajan y viven en talleres textiles clandestinos del AMBA.

De esta manera, se podría lograr un puente interdisciplinar para obtener un conocimiento más completo sobre este tipo de problemas y los grupos vulnerables de la sociedad que los sufren, y aportar al diseño de mecanismos participativos de intervención sociosanitaria. Se subraya así la relevancia del método etnográfico para la recolección del dato epidemiológico.

Por último, dentro de la metodología cualitativa que utiliza la Antropología, el enfoque narrativo de la enfermedad intenta superar los límites de la aproximación epidemiológica basada en cuestionarios, recuperando al sujeto y situándolo en el centro del análisis contextualmente.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES: No hubo conflictos de intereses durante la realización del estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Menéndez E. Estilos de vida, riesgos y construcción social. *Estudios Sociológicos*, 1998; 46: 37-67.
- ² Menéndez E. *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires, Lugar, 2009.
- ³ Grimberg M. Narrativas del cuerpo. Experiencia cotidiana y género en personas que viven con VIH. *Cuadernos de Antropología Social*, 2003; 17: 79-100.
- ⁴ Grimberg M. Prácticas sexuales y prevención al VIH-Sida en jóvenes de sectores populares de la ciudad de Buenos Aires. Un análisis antropológico de género. *Revista de Trabajo Social y Salud*, 2004; 47:21-44.
- ⁵ Franco Agudelo S. La salud y el trabajo. *Cuadernos Médico-Sociales*, 1986; 35:15-25.
- ⁶ Laurell AC. El estudio del proceso salud-enfermedad en América Latina. *Cuadernos Médico-Sociales*, 1986; 37:3-17.
- ⁷ Menéndez E. Grupo doméstico y proceso salud/enfermedad/atención. Del "teoricismo" al movimiento continuo. *Cuadernos Médico Sociales*, 1992; 59: 3-18.
- ⁸ Goldberg A. Fábricas de padecimientos. La salud laboral de los inmigrantes en los invernaderos del poniente almeriense. En: Comelles JM et. al. (comps.), *Migraciones y Salud*, Publicaciones Universidad Rovira y Virgili, Tarragona, 2009, pp. 442-448.
- ⁹ Grimberg M. VIH/SIDA y proceso salud-enfermedad-atención: construcción social y relaciones de hegemonía. En: *Seminario-taller de capacitación de formadores*. LUSIDA, Buenos Aires, 1998.
- ¹⁰ WHO Report 2009, *Global Tuberculosis Control*, 2009.
- ¹¹ *Programa Nacional de Control de la Tuberculosis*, Ministerio de Salud de la Nación, 2007.
- ¹² *Red para la atención de tuberculosis de la CABA*, 2009.
- ¹³ *Testimonio de "Juan"*. Disponible en: www.renacerboliviano.com
- ¹⁴ Farmer P. Social inequalities and emerging infectious diseases. *Emerging infectious diseases journal*, 1996; (2) 4:259-269.
- ¹⁵ Boccia C, et. al. Tuberculosis: reflexiones después de la tragedia. *El Muñiz Hoy*, marzo de 2007, pp. 4-5.
- ¹⁶ Ramírez Hita S. *Calidad de atención en salud. Prácticas y representaciones sociales en las poblaciones quechua y aymará del altiplano boliviano*. OPS/OMS, La Paz, 2009.
- ¹⁷ Romani O. La salud de los inmigrantes y la de la sociedad. Una visión desde la Antropología. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 2002; 9(7):498-504.
- ¹⁸ Atxotegui J. Los duelos de la migración: una aproximación psicopatológica y psicosocial. En: Perdigüero E y Comelle JM (Comps). *Medicina y cultura*, Barcelona, Bellaterra, 2000.