

VII Jornadas Santiago Wallace de Investigación en Antropología Social. Sección de Antropología Social. Instituto de Ciencias Antropológicas. Facultad de Filosofía y Letras, UBA, Buenos Aires, 2013.

# **Los inmigrantes Bolivianos y el acceso a los servicios de salud en la ciudad de São Paulo, Brazil.**

SILVEIRA Cássio, GOMES Mara Helena de Andrea, GOMES Maria da Penha S. y RIBEIRO Manoel Carlos S. A.

Cita:

SILVEIRA Cássio, GOMES Mara Helena de Andrea, GOMES Maria da Penha S. y RIBEIRO Manoel Carlos S. A. (2013). *Los inmigrantes Bolivianos y el acceso a los servicios de salud en la ciudad de São Paulo, Brazil. VII Jornadas Santiago Wallace de Investigación en Antropología Social. Sección de Antropología Social. Instituto de Ciencias Antropológicas. Facultad de Filosofía y Letras, UBA, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-063/112>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

# **Los inmigrantes Bolivianos y el acceso a los servicios de salud en la ciudad de São Paulo, Brasil (ID: 3169)**

## **Cássio Silveira**

Sociólogo. Máster en Ciencias Sociales y Doctor en Salud Pública. Profesor Adjunto del Departamento de Medicina Social, Facultad de Ciencias Médicas de la Santa Casa de São Paulo  
([cassio.silveira@fcmsantacasasp.edu.br](mailto:cassio.silveira@fcmsantacasasp.edu.br))

## **Mara Helena de Andrea Gomes**

Socióloga. Máster y Doctora en Antropología. Profesora Adjunta del Departamento de Medicina Preventiva de la Universidad Federal de São Paulo.

## **Maria da Penha Gomes**

Socióloga. Programa de Posgrado en Salud Colectiva de la Universidad Federal de São Paulo.

## **Manoel Carlos Sampaio de Almeida Ribeiro**

Médico Sanitarista. Máster y Doctor en Medicina Preventiva. Profesor Adjunto del Departamento de Medicina Social, Facultad de Ciencias Médicas de la Santa Casa de São Paulo

## **Introducción**

El presente artículo tiene como objetivo principal contribuir con la reflexión acerca de la problemática situación de los inmigrantes Bolivianos establecidos en el área central de la ciudad de São Paulo. Intentamos con esto destacar como cuestión central en esta discusión la particularidad de las políticas de inclusión en la salud que han desarrollado importantes procesos de atención a los inmigrantes en general, y a los bolivianos en particular.

En tiempos recientes, informes y análisis de las condiciones de vida y de salud de los inmigrantes bolivianos han ganado destaque, en los medios de comunicación y también en la producción académica nacional, configurando casi siempre presentaciones acerca de las precarias condiciones de trabajo, habitación y los complejos cuadros de enfermedades derivadas.

Las respuestas presentadas por el poder público a esta situación de salud tienen – en un contexto de un sistema de salud universal – las bases para la ejecución de proyectos y estrategias específicas que permiten la inclusión de personas y grupos sociales. De esta manera se ha podido formar un conjunto de acciones estructuradas en el enfoque específico de las necesidades de la salud de los inmigrantes, en el contexto de las particularidades

socioeconómicas y culturales de los mismos, hecho que hemos problematizado desde los riesgos del mantenimiento de una discriminación hecha negativamente.

Para esto, partimos de la noción de discriminación negativa desarrollada por Castel cuyo apuntamiento crítico permite identificar el énfasis dado a sus análisis sobre las generaciones de inmigrantes en la ciudad de París, la posibilidad de que las políticas de discriminación positiva (con enfoques específicos) puedan establecer el mantenimiento de los rasgos particulares de personas y grupos sociales sin la perspectiva de construcción de una efectiva incorporación de estas personas como iguales (Castel 2008).

Se recogen aquí parte de los resultados obtenidos a partir de un conjunto de actividades de investigación y debates, acerca de las condiciones de salud de grupos de inmigrantes en el centro de la ciudad de São Paulo. La realización de sucesivas aproximaciones a una realidad social que esconde, en su clandestinidad, necesidades sociales acentuadas por las precarias condiciones de vida, han posibilitado la producción de estudios acerca de las condiciones de vida y de salud de los inmigrantes bolivianos. Orientados por el objetivo de conocer las desigualdades y las situaciones de vulnerabilidad a las que estos están sometidos, nuestros proyectos<sup>1</sup> han permitido verificar la lenta incorporación de esos grupos al sistema nacional de salud pública.

Adicionalmente a las citadas actividades, nuestros contactos con la red de atención primaria de la salud del centro de la ciudad han posibilitado la elaboración de procesos de observación, llevados a cabo de forma eventual por medio de visitas esporádicas, y de relaciones con personas y organizaciones vinculadas con la asistencia a los inmigrantes, además de las actividades de enseñanza superior en salud, desarrolladas directamente en los servicios públicos. Esta aproximación nos acercó a los trabajadores que realizan intervenciones con inmigrantes, pudiendo comprobar nuevas experiencias en la atención de la salud en conjunto con aquellos. A partir de este aprendizaje, adquirimos mayor conocimiento sobre los procesos sociales y los procesos de enfermedad relacionados con los modos de vida de los inmigrantes. Al equipo de trabajadores mencionado, representado por profesionales de las organizaciones de asistencia, se le sumó la experiencia de contacto con los Agentes Comunitarios de Salud (ACS)<sup>2</sup> procedentes de los grupos de inmigrantes bolivianos.

### **Los Bolivianos en la ciudad de São Paulo**

Motivados por el fuerte atractivo de una economía en expansión, los bolivianos empezaron el proceso de migración hacia Brasil a mediados del siglo veinte. La mayoría, se concentró en los Estados de “Mato Grosso do Sul” y en las regiones metropolitanas de “Río de Janeiro” y

“São Paulo”. Las estimaciones sobre migración y permanencia de bolivianos en Brasil no son precisas, sino que varían bastante dependiendo de la fuente: la Pastoral del Migrante calcula que hay aproximadamente 60 mil bolivianos; el Censo Demográfico del IBGE del 2000 indicaba la presencia de 20.388, mientras que la Policía Federal (Ministerio de la Justicia) contabilizaba 32.416 inmigrantes de ese país (Silva, 2008).

Más recientemente, el número de inmigrantes bolivianos residentes en Brasil se estimó entre 80 y 200 mil, con casi un 40% concentrado en la ciudad de São Paulo. Otra característica demográfica de este grupo es la cantidad acentuada de adultos jóvenes de 20 años de edad, lo cual contrasta con el creciente y cada vez más evidente fenómeno paralelo de envejecimiento de la población local (Souchaud, 2010). En São Paulo, datos recientes del IBGE indican la cantidad de 21.679 bolivianos residentes, siendo que el 17% de ellos se nacionalizó brasileño (IBGE, 2010).

Aunque los inmigrantes sudamericanos en la ciudad de São Paulo, en particular los inmigrantes bolivianos, hayan conseguido cierta visibilidad a través de los medios y, también, por la producción académica en América del Sur de los últimos años, todavía es lento el movimiento en las articulaciones políticas y en la viabilidad de procesos de inclusión que permitan capturar demandas y encaminar soluciones que abarquen las necesidades de salud de esos segmentos sociales, generalmente expuestos a las más variadas situaciones de vulnerabilidad.

Sus fragilidades, originadas en sus pésimas condiciones de vida, se pueden ejemplificar en la situación de ilegalidad, en su inmersión en rutinas de trabajo intenso y precario, en viviendas insalubres, las cuales, para una parte importante de ellos, también constituyen sus talleres de trabajo en el ramo de la confección de vestimentas, entre otras desigualdades (Silva, 2006).

Como ya ha sido señalado, nuestro foco de observación es el centro de la ciudad de São Paulo, *locus* reconocidamente privilegiado de atracción y permanencia de este grupo. La composición del área en cuestión se presenta como un campo heterogéneo de grupos populares, diferenciados entre sí por sus características particulares de origen extranjero, y también por sus particularidades étnicas. Esa heterogeneidad social explicita un cuadro complejo de relaciones entre grupos en situaciones y con intereses múltiples. En este contexto, la inclusión social de los inmigrantes bolivianos ha revelado dos aspectos interesantes: en primer lugar, que resultan sus marcas distintivas de sus modos de ser, concebir y ocupar los espacios públicos y privados; y, en segundo término, que son los procesos de inclusión por medio de las políticas en salud los que han capturado parte de sus

demandas, aunque todavía haya que recorrer un largo camino para superar las desigualdades a las que están sometidos (Silveira et al., 2009; Barata et al., 2011).

### **Algunas consideraciones acerca de la salud de los inmigrantes Bolivianos en São Paulo**

La mencionada imprecisión de datos demográficos no nos permite deducir con exactitud la cantidad de inmigrantes bolivianos residentes en São Paulo. No obstante, sí nos permite verificar la presencia considerable de ellos en el conjunto de la población<sup>3</sup>, pudiendo abordar de esta manera la inmigración y sus consecuencias para la salud de este grupo. En tal sentido, al informar las pésimas condiciones de vida y de salud de los inmigrantes en la ciudad, nos situamos bajo la perspectiva de un problema de salud pública dentro de un contexto social más amplio sobre los procesos migratorios internacionales a nivel global (Sassen, 1998; Rizek et al., 2010). En este marco, vale señalar que el proceso de trabajadores absorbidos por el sector textil de confecciones ha tomado grandes proporciones en las últimas décadas, trazando el modelo de trabajo predominante en los talleres textiles de São Paulo entre los bolivianos. Se trata de un modelo que configura una territorialidad específica, diferente de otros polos internacionales de atracción migratoria, pero semejante al caso de la ciudad de Buenos Aires, Argentina (Cymbalista y Xavier, 2007; Rizek et al., 2010). Tal modelo le impone a los trabajadores inmigrantes y a sus familias una situación de confinamiento en los talleres de costura, dentro de un dinámico sector de la producción textil (Silva, 2006; Tambellini et al., 2009).

En el campo de la salud, la expresión de ese contexto se manifiesta en un cuadro de expansión de patologías íntimamente asociadas a las condiciones de vida y de trabajo de los bolivianos. En el distrito de Brás, por ejemplo, la experiencia del servicio de atención primaria de la salud presentó datos alarmantes con respecto a la tuberculosis (TBC): la incidencia es mayor entre esos inmigrantes, que alcanzaron el 58% del total de pacientes en tratamiento. Por otro lado, la tasa de cura llegó al 94% de los casos tratados, superando la meta establecida por el Ministerio de Salud que es de 80% (REDET B, 2005).

Un estudio realizado recientemente en los barrios de Belém, Bom Retiro, Brás y Pari le confirió relevancia a la comunidad de bolivianos respecto al aumento de la incidencia de la TBC en la zona urbana estudiada. El trabajo constató una inversión en la cantidad de casos de la enfermedad: mientras que para los brasileños la patología disminuyó el 45%, entre los bolivianos aumentó el 250% en los últimos diez años. La tasa de cura en ese grupo, sin embargo, es de 70,9%, o sea, más alta que la de los brasileños, que es de 62,1%. El acceso a los servicios de salud y la continuidad del tratamiento a base de medicamentos gratuitamente

distribuidos, resultaron los motivos citados por la autora del estudio para explicar la eficacia del tratamiento (Martínez, 2010).

Una vista más específica sobre los modos de vida, de trabajo y la salud de los bolivianos en São Paulo, muestra también particularidades en relación a las mujeres. La violencia física y psicológica sufrida en el ámbito doméstico, incide sobre gran parte de las mujeres, víctimas de las acciones de sus compañeros o de otros sujetos. A la situación de violencia, se le suman jornadas intensas y prolongadas de trabajo en los talleres textiles y en el cuidado y mantenimiento del espacio doméstico. También sufren las consecuencias del estado de gestación: A las embarazadas, se les agrega a lo mencionado anteriormente una enorme carga de trabajo y de grandes esfuerzos en las sucesivas tentativas para superar las desigualdades (Madi et al., 2009; Carneiro Junior et al., 2011).

De manera complementaria, pudimos obtener datos valiosos en las sucesivas incursiones al campo realizadas en los servicios de salud. En particular en la red de Atención Primaria de la Salud organizada por medio de las Unidades Básicas de Salud (UBS), de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) y del Programa de Agentes Comunitarios de Salud (PACS), observamos que gran parte de la mediación con los servicios de salud ha sido realizada por las mujeres bolivianas. Principalmente en los talleres textiles, que también configuran sus espacios domésticos, esas mujeres se responsabilizan muchas veces por las tareas de recepción al representante del servicio de salud, por organizar la agenda para consultas y análisis, verificar el estado de salud de las personas que viven y trabajan en los talleres, y comunicar los acontecimientos y la evolución de las personas en tratamiento. Entre otras tareas domésticas y laborales, las mujeres bolivianas amplían así su carga de trabajo, con consecuencias perjudiciales para su salud.

En una investigación con una muestra de doscientos y cincuenta inmigrantes bolivianos, realizada el año de 2008, pudimos obtener un cuadro más preciso del acceso a los servicios de salud en el área central de la ciudad de São Paulo. Los datos permitieron inferir que con el tiempo de permanencia en el país cambia la búsqueda por servicios: cuando llegan tienen solamente los establecimientos farmacéuticos del mercado privado de consumo de insumos en salud; con el pasar de los años procuran las unidades públicas de Atención Primaria. Las redes de soporte son caracterizadas especialmente por las relaciones familiares, habiendo un bajo número de inmigrantes que tienen otras formas de soporte para sus necesidades, tal como asociaciones comunitarias. Finalmente, aunque en la muestra hubiera el predominio de personas jóvenes, los inmigrantes bolivianos, en su percepción, consideraron su estado de

salud muy bajo y precario, expresión importante que indica la existencia de malas condiciones de vida y de trabajo (Silveira et. al., 2013)

### **La inclusión en los servicios de salud**

El Sistema Único de Salud (SUS), desde la Constitución de 1988, en su artículo 196, garantiza el acceso universal e igualitario a las acciones y servicios para la promoción, protección y recuperación de la salud de las personas. Este marco legal posibilitó el desarrollo de experiencias de inclusión de inmigrantes en el sistema en las tres últimas décadas, viabilizando el acceso a los servicios por medio de la creación de nuevas estrategias de asistencia y creando oportunidades para mantener los cuidados de la salud en ese segmento de inmigrantes (Brasil, 2006).

Orientada por una concepción de los derechos humanos basada en la tolerancia y en la hospitalidad, el SUS inauguró una nueva fase en la concreción de estos derechos, la cual supone que en la práctica el acceso a los servicios de salud prescinde de la obligatoriedad de presentar un documento de identificación de permanencia en el país por parte de un usuario inmigrante. Se trató de un gran paso, ya que permitió el surgimiento y la ampliación de estrategias innovadoras en la incorporación de grupos de inmigrantes bajo los cuidados de acciones de atención primaria (ESF y PACS) y de las acciones asistenciales en los niveles secundario y terciario de atención a la salud (Tambellini et al., 2009)<sup>4</sup>.

En consecuencia, se logró aumentar la cantidad de inmigrantes registrados y la adecuación de un sistema de cuidados de la salud más efectivo, aunque incluye Agentes Comunitarios de la Salud (ACS) entre inmigrantes bolivianos residentes. El rol de estos es actuar como mediadores en la relación servicio-usuario inmigrante, buscando superar dificultades en común que cotidianamente poseen los servicios. La transposición de barreras lingüísticas y culturales y, aún más, la posibilidad del acceso directo a los servicios de Atención Primaria en Salud, han permitido la incorporación de los “invisibles” a un sistema de salud que preconiza el principio de la universalidad como precepto esencial para la formación y constitución del sistema (Carneiro Junior y Silveira, 2003; Carneiro Junior et al., 2006; Carneiro Junior et al., 2011). Esto se vio reflejado en el gran contingente de inmigrantes bolivianos registrados en algunas Unidades Básicas de Salud (UBS) del centro de la ciudad de São Paulo. Informaciones del segundo semestre del 2011 muestran el registro de aproximadamente 6.500 bolivianos solamente en dos UBS: el Centro de Salud Escuela Barra Funda “Dr. Alexandre Vranjac” y la UBS de Bom Retiro (Bolivia Cultural Notícias, 2011).

Todos estos avances parecen recorrer el camino en dirección a la equidad. No obstante ello, queda mucho camino por recorrer para que la inclusión pueda reconocer realmente los procesos de enfermedad de los inmigrantes y las desigualdades de unas condiciones de existencia marcadas por la invisibilidad. En el ámbito de la asistencia hospitalaria, por ejemplo, hemos recogido relatos de profesionales que resaltaron el problema de las barreras lingüísticas en el acceso de los inmigrantes al servicio. Creemos que tal problema no consiste únicamente en un hecho de incomprensión lingüística, con la consecuente falta de comunicación entre las partes. Al contrario, de manera conflictiva, es provocado por la polarización entre tradiciones culturales que muchas veces expresan concepciones y modos de practicar los cuidados de la salud muy distintos a las concepciones técnico científicas predominantes en la estructura de los servicios de salud.

### **La universalidad y la discriminación positiva en el sistema de salud de São Paulo**

Tal y como se apuntó anteriormente, aún reconociendo los avances obtenidos en la cobertura de salud en atención primaria de inmigrantes en São Paulo, y el carácter incluyente de estas acciones que genera transformaciones positivas en el cuidado de su salud, es preciso señalar al mismo tiempo que las mismas no responden a la totalidad de necesidades y demandas de estos grupos. En tal sentido, no sería temerario afirmar que, de manera similar a lo que sucede con la población brasileña que usa exclusivamente los servicios públicos de salud, los inmigrantes también sufren los contratiempos de un sistema todavía en formación y con una fuerte tendencia a segmentar sus actuaciones (Marsiglia et al., 2005). Adicionalmente, debido a sus condiciones específicas como inmigrantes, las desigualdades se potencian.

En suma, lo que se detecta es un proceso lento de inclusión de estos grupos por vía del derecho a las políticas sociales (al menos, en lo relativo a la salud), desde el momento en que se está reconociendo el fenómeno de la inmigración, las consecuencias negativas que puede tener esto en la salud de las personas y, principalmente, la responsabilidad del Poder Público en relación a las condiciones de salud de este segmento de la población.

Aunque reconozcamos sus avances, la inclusión a la cual nos referimos sigue siendo parcial, ya que limita las acciones y dificulta la obtención de mejores resultados enmarcados en una estructura que practique efectivamente la integración, por medio de intervenciones que se adecuen a las características y necesidades de esos grupos sociales. En este último punto, partiendo del reconocimiento de las particularidades que posee la situación de salud de los inmigrantes, lo cual reafirma la necesidad de desarrollar un conjunto de acciones pautadas. Las mismas deberían centrarse, por un lado, en la multiplicidad de factores socioculturales y



políticos que intervienen en el proceso migratorio de estas personas en São Paulo, y que les provocan problemas de salud específicos; y, por otro lado, en la capacidad efectiva de intervención dirigida a lograr un beneficio para su salud, paralelamente a una denuncia de las condiciones de existencia de familias y grupos de personas que sufren las consecuencias de una violencia estructural organizada en base a la explotación del trabajo en condiciones de extrema precariedad.

De esta manera, la ampliación del conocimiento sobre esos procedimientos permitirá comprobar que el agravante en la salud incide sobre grupos de personas cuya posibilidad de permanencia en el anonimato se perpetúa por medio de la formación de campos relacionales más endógenos y marcados por el aislamiento de sus contextos socioculturales. Este aislamiento, junto con las restricciones determinadas por la falta de potencial participativo marcado por la incapacidad de exigir sus derechos en el país que los acoge, pueden contribuir para establecer una inclusión parcial y marcada por una fuerte tendencia para constituir acciones públicas que promuevan la transformación de las políticas de discriminación positiva (enfoque) en políticas de discriminación negativa. Es decir, políticas que marcan a personas y grupos con características que no son elegidas por sus portadores, pero definidas y delimitadas por los que las conciben. Según Castel (2008), al inclinarse hacia un tratamiento diferenciado, las políticas pueden alejarse de un tratamiento igualitario y caminar hacia la discriminación negativa con la instrumentalización de la alteridad, constituida en factor de exclusión.

En São Paulo la inclusión de los bolivianos a través de una política de discriminación positiva (enfoque) incluyó a una cantidad considerable de inmigrantes en los cuidados de atención primaria. Cabe resaltar que esto sugiere una supervisión que considere los riesgos del desarrollo de procedimientos discriminatorios, ya que si bien se han comprobado avances en los procesos de inclusión en los servicios de salud, esto no significa la eliminación de la cadena de procedimientos discriminatorios que intervienen en los servicios públicos en general, ni la eliminación de las evidencias de actos prejuiciosos y racistas.

El desafío de transformar la realidad descrita requiere de un conjunto de cambios que pasan por varias instancias de la vida social, comenzando por la crítica al procedimiento de segregación que no reconoce a esos grupos que ocupan áreas urbanas en conexión con la lógica de un mercado promotor de su explotación y permanencia en espacios sociales relacionales sumergidos (Zaluar, 1997). Nos referimos al hecho de que, en muchos casos, el inmigrante no es reconocido en sus necesidades más profundas y en su efectiva incorporación como persona y ciudadano a la sociedad de acogida. En este contexto, las condiciones de

salud eventualmente configuran una de las expresiones más sensibles de la vida de los inmigrantes bolivianos.

### **Consideraciones finales**

En este artículo hemos tenido la intención de divulgar algunas ideas acerca de los procesos de inclusión de inmigrantes bolivianos en los servicios públicos de salud en la ciudad de São Paulo. Nuestros apuntes siguen la orientación de mantenernos atentos y alertas al riesgo de que los inmigrantes sean sometidos a procesos de estigmatización por parte de los servicios de atención a la salud en el contexto de las políticas de discriminación positiva (enfoques específicos). Destacamos que los procesos de estigmatización son más amplios y determinados por otras situaciones sociales locales. Los inmigrantes se insertan en el ámbito sumergido de la economía, ocupando puestos de trabajo precarizados que, en algunos casos, rozan las condiciones de esclavitud, como lo demuestran sus modos de vida y trabajo.

En el campo de las prácticas de atención a la salud, los esfuerzos por lograr el reconocimiento de la población inmigrante y sus especificidades, se ha derivado en una propuesta de reorganización de la Atención Primaria en Salud. A través de esto, se ha logrado una ampliación considerable de la cobertura a los inmigrantes bolivianos, ya que les garantiza la entrada al sistema de salud; aunque todavía persista una parte importante de inmigrantes irregulares que no tiene acceso a la atención sanitaria.

La atención primaria constituye la puerta de entrada y la garantía para acceder a la atención en los demás niveles del sistema de salud, hecho que no garantiza en su totalidad la atención en otros niveles de salud, es decir, los niveles secundarios y terciarios de la atención. Los inmigrantes que están registrados se encaminan a otros niveles de asistencia de la salud, de la misma manera que los brasileños y extranjeros con documentos. Sin embargo, todavía no se observa una política intersectorial definida, ni la creación de una estructura de servicios de salud que permita la inclusión más amplia del contingente de inmigrantes.

### **Referencias Bibliográficas**

BARATA, R. B.; et al. Social vulnerability and health status: a household survey in the central area of a Brazilian metropolis. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, p. s164-s175, 2011. Suplemento 2. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2011001400005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001400005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso dia: 10 Dic. de 2012.

BOLÍVIA CULTURAL NOTÍCIAS. *UBS Bom Retiro e comunidade boliviana trabalhando pela saúde*. São Paulo, 1 ago. 2011. Disponível em:

<[http://www.boliviacultural.com.br/ver\\_noticias.php?id=586](http://www.boliviacultural.com.br/ver_noticias.php?id=586)>. Acesso em: 07 nov. 2012.

BRASIL. Ministério Da Saúde. *Carta dos direitos dos usuários da saúde*. Brasília, DF, 2006.

Disponível em:

<[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha\\_integra\\_direitos\\_2006.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_integra_direitos_2006.pdf)>. Acesso em: 07 nov. 2012.

CARNEIRO JUNIOR, N.; SILVEIRA, C. Organização das práticas de atenção primária em saúde no contexto dos processos de exclusão/inclusão social. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1827-1835, nov./dez., 2003.

CARNEIRO JUNIOR, N; et al. Organização de práticas de saúde equânimes em atenção primária em região metropolitana no contexto dos processos de inclusão e exclusão social. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 30-39, set./dez., 2006.

CARNEIRO JUNIOR, N. et al. Migração, exclusão social e serviços de saúde: o caso da população boliviana no centro da cidade de São Paulo. *Boletim do Instituto de Saúde*, São Paulo, v. 13, n. 3, out. 2011.

CASTEL, R. *A discriminação negativa: cidadãos ou autóctones*. Petrópolis: Editora Vozes, 2008.

CYMBALISTA, R.; XAVIER, I. R. A comunidade boliviana em São Paulo: definindo padrões de territorialidade. *Cadernos Metrópole*, São Paulo, v. 17, p. 119-133, 2007.

GOLDBERG, A. Salud e interculturalidad: aportes de la antropología médica para un abordaje sociosanitario de la población boliviana de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En: VVAA. *Buenos Aires Boliviana*. Buenos Aires: Ed. Comisión para la Preservación del Patrimonio Histórico Cultural de la Ciudad de Bs. As., Ministerio de Cultura, GCABA, 2009. p. 233-246. (Colección Temas de Patrimonio Cultural, v.24).

GOLDBERG, A. Tuberculosis en inmigrantes bolivianos del Área Metropolitana de Buenos Aires: narrativas y procesos asistenciales. En: MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, A.; DI GIACOMO, S. (Comp.). *De la evidencia a la narrativa en la atención sanitaria: biopoder y relatos de aflicción*. Tarragona: Publicaciones Universidad Rovira y Virgili, Colección de Antropología Médica, 2010a. En prensa.

GOLDBERG, A. Análisis de la relevancia de los factores socioculturales en el proceso asistencial de pacientes con tuberculosis, usuarios del Instituto Vaccarezza-Hospital Muñiz. Un abordaje etnográfico desde la Antropología Médica. *Revista Argentina de Salud Pública*, Buenos Aires, v. 1, n. 5, p. 13-21, dic. 2010b.

GOLDBERG, A. Contextos de vulnerabilidad social y situaciones de riesgo para la salud: tuberculosis en inmigrantes bolivianos que trabajan y viven en talleres textiles clandestinos del AMBA. *Revista Cuadernos de Antropología Social*, Buenos Aires, 2012. En prensa.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo Demográfico Brasileiro de 2010*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

MADI, M. C. C.; CASSANTI, A. C.; SILVEIRA, C. Estudo das representações sociais sobre gestação em mulheres bolivianas no contexto da atenção básica em saúde na área central da cidade de São Paulo. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, p. 67-71, 2009. Suplemento 2. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902009000600011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000600011&lng=en&nrm=iso)>. Acceso en: 18 oct. 2012.

MARSIGLIA, R. M. G., SILVEIRA, C., CARNEIRO JUNIOR, N. Políticas sociais: desigualdade, universalidade e focalização na saúde no Brasil. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 69-76, maio-ago., 2005.

MARTÍNEZ, V. N. *Equidade em saúde: o caso da tuberculose na comunidade de bolivianos na cidade de São Paulo*. 2010. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

REDETUB - Rede Brasileira de Pesquisas em Tuberculose. Bolivianos são os mais atingidos pela Tuberculose em São Paulo. Rio de Janeiro: REDETUB, 2005. Disponível em:

<<http://redetb.org/arquivo-de-noticias/41-noticias2005/124-bolivianos-sao-os-mais-atingidos-pela-tuberculose-em-sao-paulo>>. Acessado em: 06 nov. 2012, 2005.

RIZEK, C. S.; et al. Trabalho e imigração: uma comparação Brasil-Argentina. *Lua Nova*, São Paulo, n. 79, p. 111-142, 2010.

SASSEN, S. *As cidades na economia mundial*. São Paulo: Studio Nobel Editora, 1998.

SEADE - Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. *Censo do Municípios Paulistas..* São Paulo: Fundação Seade, 2010. Disponível em: <[http://www.seade.gov.br/produtos/imp/index.php?page=consulta&action=var\\_list&tabs=1&aba=tabela2&redir=&busca=Censo+Demografico+2010](http://www.seade.gov.br/produtos/imp/index.php?page=consulta&action=var_list&tabs=1&aba=tabela2&redir=&busca=Censo+Demografico+2010)>. Acesso em: 13 nov. 2010.

SILVA, S. A. Bolivianos em São Paulo: entre o sonho e a realidade. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 20, n. 57, p. 157-170, 2006.

SILVA, S. A. Faces da Latinidade: hispano-americanos em São Paulo. Campinas/SP: Núcleo de Estudos populacionais-NEPO, v. 1. 73p, 2008.

SILVEIRA, C.; CARNEIRO JUNIOR, N.; MARSIGLIA, R. M. G. *Projeto inclusão social urbana: nós do centro. Metodologia de pesquisa e de ação para inclusão social de grupos em situação de vulnerabilidade no centro da cidade de São Paulo*. São Paulo: Fundação Arnaldo Vieira de Carvalho. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, 2009.

SILVEIRA, C; CARNEIRO JUNIOR, N; RIBEIRO, MCSA; BARATA, RCB. Living conditions and access to health services by Bolivian inmigrants in the city of São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* (no prelo) 2013.

SOUCHAUD, S. A imigração boliviana em São Paulo. In: FERREIRA, A. P.; et al. (Eds.). *Deslocamentos e reconstruções da experiência migrante*. Rio de Janeiro: Garamond, 2010. p. 72-95.

TAMBELLINI, E.; MASCARO, L.; SILVA, U. V. A inclusão de imigrantes bolivianos na cidade de São Paulo: algumas estratégias e políticas locais. In: SILVEIRA, C.; CARNEIRO

JUNIOR, N., MARSIGLIA, R. M. G. *Projeto inclusão social urbana: nós do centro. Metodologia de pesquisa e de ação para inclusão social de grupos em situação de vulnerabilidade no centro da cidade de São Paulo*. São Paulo: Fundação Arnaldo Vieira de Carvalho. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, 2009, p. 123-168.

ZALUAR, A. Exclusão e políticas públicas: dilemas teóricos e alternativas políticas. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 12, n. 35, 1997. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69091997000300003>>. Acesso em: 20 nov. 2012.

---

**Notas:**

<sup>1</sup> Entre los trabajos que hemos desarrollado en el Departamento de Medicina Social de la Facultad de Ciencias Médicas de la Santa Casa de São Paulo, pueden destacarse dos: (1) *Proyecto inclusión social urbana: Nosotros del Centro: metodología de investigación y acción para la inclusión social de grupos vulnerables en el centro de la ciudad de São Paulo*, financiado por la Unión Europea (Oficina de São Paulo) y coordinado por los investigadores Regina M. G. Marsiglia, Nivaldo Carneiro Junior y Cássio Silveira (Silveira et al., 2009); y (2) *Desigualdades sociales en el estado de salud y en el acceso a los servicios para grupos con diferentes grados de vulnerabilidad y exclusión social viviendo en el centro de São Paulo*, financiado por el CNPq, informe en el año 2009, bajo la coordinación de la investigadora Rita de Cássia Barradas Barata.

<sup>2</sup> Los Agentes Comunitarios de Salud (ACS) forman parte integrante de la Estrategia Salud de la Familia (ESF). Esta, a su vez, está organizada en equipos de composición multiprofesional, integrados como mínimo por un médico de familia y comunidad, un enfermero de salud pública, un ayudante de enfermería y entre cuatro y seis ACS. Los trabajos se desarrollan a partir de territorios definidos como micro-áreas, con el registro y acompañamiento de un número determinado de familias para cada equipo (entre seiscientos y mil familias), con un límite máximo de 4.500 personas registradas. Cada ACS acompaña como máximo a 150 familias o a 450 personas CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Atenção primária e promoção da saúde*. Brasília, DF, 2011. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS, v. 3).

<sup>3</sup> En 2010, el municipio de São Paulo contaba con 11.244.369 habitantes. Los distritos con los cuales trabajamos son: Santa Cecília, Bela Vista, Liberdade, Barra Funda, Bom Retiro, Cambuci, Consolação, República y Sé. Estos representan una parte del centro expandido de la ciudad (Fuente: IBGE, 2010; Seade, 2010).

<sup>4</sup> Tal como hemos analizado en trabajos anteriores, la demanda por parte de grupos de inmigrantes de servicios de salud se produce en casos de extrema necesidad, aflictivos, muchas veces bloqueados por barreras impuestas por los propios servicios. Como ejemplos, podemos citar las barreras lingüísticas o el hecho de rechazarles la prestación de servicios a los inmigrantes sin documentos, situaciones que hasta el día de hoy pueden identificarse cotidianamente en buena parte de los servicios de salud (Carneiro Junior y Silveira, 2003; Carneiro Junior et al., 2006; Silveira et al., 2009; Carneiro Junior et al., 2011).