

Situaciones de riesgo para la salud de los trabajadores inmigrantes: una aproximación etnográfica comparativa

Health risks for immigrant workers: A comparative ethnographic approach

Alejandro Goldberg

Instituto de Ciencias Antropológicas-CONICET

Resumen

Se presenta un análisis etnográfico-comparativo de dos casos de estudio: trabajadores inmigrantes senegaleses en los invernaderos del Poniente almeriense y trabajadores inmigrantes bolivianos en talleres textiles clandestinos del Área Metropolitana de Buenos Aires. Reconociendo las especificidades que posee cada uno de estos procesos migratorios y más allá de las particularidades de los contextos histórico sociales y geográficos de los que se trata, es posible identificar algunas similitudes entre los dos casos de estudio que se abordan en este trabajo; los cuales permiten abordar la manera en que determinados contextos de vulnerabilidad social, en los que se desarrollan los modos de vida/trabajo/vivienda de estos conjuntos socioculturales específicos de inmigrantes -en distintos tiempos y espacios- están marcados por situaciones de riesgo concreto para su salud. Se propone una indagación en torno a estas situaciones de riesgo, que caracterizan los procesos productivos en los que están insertos estos dos grupos de inmigrantes, y el impacto que tiene ello en su salud, identificando los padecimientos específicos que sufren y explorando cómo se manifiestan estos procesos en sus cuerpos.

Palabras clave: trabajadores inmigrantes, riesgo para la salud, España, Buenos Aires.

Abstract

This article presents a comparative ethnographic analysis of two case studies: Senegalese immigrant greenhouse workers in the Andalusian province of Almería (Spain) and Bolivian immigrant workers in clandestine textile workshops located in the Buenos Aires metropolitan area. While recognizing the specificities of each case, it is possible to identify similarities that can address how certain contexts of social vulnerability contexts in which living, working and housing conditions present concrete health risks. It is argued that more research on these risk situations characteristic of production processes that are dependent on immigrant labor is necessary to demonstrate their impact on the workers' health by identifying the specific illnesses they suffer from and exploring how they manifest themselves in their bodies.

Key words: immigrant labor, health risks, Spain, Buenos Aires.

Introducción

El presente artículo aborda, en clave comparativa, dos casos de estudio etnográfico: 1) trabajadores inmigrantes senegaleses en los invernaderos del Poniente almeriense; y 2) trabajadores inmigrantes bolivianos en talleres textiles clandestinos del Área Metropolitana de Buenos Aires¹. Reconociendo las especificidades que posee cada uno de estos procesos migratorios y más allá de las particularidades de los contextos histórico sociales y geográficos en los que estos se desenvuelven, es posible identificar algunas similitudes entre los dos casos de estudio.

En función de lo planteado, se analiza la manera en que determinados contextos de vulnerabilidad social (Goldberg, 2012) en los que se desarrollan los modos de vida/trabajo/vivienda de estos conjuntos socioculturales específicos de inmigrantes -en distintos tiempos y espacios- están marcados por situaciones de riesgo concreto para su salud (Goldberg, 2013). Partiendo de lo anterior, se considera al contexto geográfico-histórico-social como determinante en la violencia estructural (Farmer, 2004) ejercida contra estos grupos, a la vez que promotor de los procesos de desigualdad y precarización social que experimentan los mismos en su condición de inmigrantes en la sociedad de destino. Todo ello se traduce en desigualdades en salud que se corporifican (Csordas, 1994), inscribiéndose en los cuerpos de estos trabajadores a través de procesos de desgaste, padecimientos y modos particulares de sufrimiento social (Quaranta, 2006) que impactan en las relaciones que entablan, y se manifiestan en los significados que cotidianamente elaboran y en los saberes y prácticas que producen.

Me propongo, entonces, en lo que sigue, indagar en torno a las situaciones de riesgo ocupacional/de vivienda que caracterizan los procesos productivos en los que están insertos estos dos grupos de inmigrantes y el impacto que tiene ello en su salud, identificando los padecimientos específicos que sufren y explorando cómo se manifiestan estos procesos de desgaste y deterioro de la salud en sus cuerpos.

Caso 1: trabajadores inmigrantes senegaleses en invernaderos del Poniente almeriense

En el Poniente almeriense (Andalucía), aproximadamente un 80% de la población es de origen extranjero (principalmente hombres de distintos países africanos), trabajando en su mayoría como peones –sin papeles y sin contrato- en los invernaderos agrícolas de El Ejido, Roquetas de Mar y otros pueblos de la zona (Goldberg, 2003; Checa Olmos y Arjona Garrido, 2005; Fortescu, 2011).

¹ Las fuentes de información etnográfica de este trabajo han sido extraídas de distintas investigaciones realizadas por el autor, entre las que sobresalen las siguientes: “Ser inmigrante no es una enfermedad. Inmigración, condiciones de vida y de trabajo. El proceso de salud/enfermedad/atención de los migrantes senegaleses en Barcelona”. Tesis Doctoral en Antropología Social y Cultural, Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social, Universidad Rovira y Virgili, 2003 (2007), para el primer caso de estudio; y “Una aproximación antropológica a la Tuberculosis en inmigrantes bolivianos del Área Metropolitana de Buenos Aires: su relación con los modos de vida y de trabajo” (CONICET 2010-2013); “Las Condiciones de Trabajo en los Talleres Textiles en Buenos Aires, factores de riesgo e impacto en la salud enfermedad de los trabajadores” (Superintendencia de Riesgos de Trabajo de la Nación, 2011-2012); “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” (MINSAL, 2009-2011), para el segundo caso.

Diez años después de la investigación que realicé para la tesis doctoral (2003), en la cual, entre otros temas, abordé esta problemática a través del análisis de la trayectoria migratoria y el itinerario terapéutico de un inmigrante fula senegalés, la periodista F. Lawrence redactó para el periódico británico *The Guardian* (7/02/11) una nota en la que recogía las denuncias hechas por distintas organizaciones humanitarias europeas –entre ellas, *Anti-slavery*- sobre las formas de “esclavitud moderna” que se producen en este escenario productivo agroindustrial español, que abarca unas 30 mil hectáreas de cultivos y mueve alrededor de 2 mil millones de euros al año (Lawrence, 2011). Las conclusiones de la investigación publicadas en este medio sobre las condiciones de vida/vivienda/trabajo de estos inmigrantes, corroboran los hallazgos obtenidos en mi citado estudio. Estas condiciones, en conjunto, generan una situación de riesgo concreto para la salud de los trabajadores, potenciando el desarrollo de determinadas patologías (problemas dermatológicos, respiratorios, digestivos y neurológicos), fundamentalmente relacionadas con la utilización intensiva y la sobreexposición -sin la adecuada protección- a sustancias tóxicas como pesticidas, plaguicidas, herbicidas y fungicidas, a elevadísimas temperaturas y escasa ventilación bajo el plástico del invernadero.

En este sentido, indagar en el proceso de trabajo supone la consideración de los diversos factores que, desde un enfoque socioepidemiológico, impactan negativamente en la salud del trabajador. Entre ellos, puede mencionarse el hecho de que el mismo se realice sin un contrato, esté mal remunerado, supeditado a ritmos productivos intensos, bajo condiciones estresantes, de sobrecarga física y de deshidratación constante:

“Es un trabajo que te usa [queriendo decir que te exprime] y a lo largo de los años ya no vas a servir para nada. Gastas ahí toda la energía que tienes... toda. Todo lo que tú haces en el invernadero es muy duro”. (Entrevista a N., inmigrante fula senegalés) (citado en Goldberg, 2003: 122)

Si a lo anterior se le agrega la exposición crónica a las sustancias tóxicas apuntadas, estamos en presencia de un proceso destructivo/deteriorante de carácter permanente para su salud, que no se reduce estrictamente al ámbito laboral (Goldberg, 2003). En efecto, se debe reconocer, asimismo, la influencia negativa para la salud que tienen otros factores de orden sociocultural interactuantes, como lo son, por ejemplo, el “duelo migratorio”² (Atxotegui, 2000) experimentado por los sujetos o las situaciones de violencia racista contra los extranjeros presentes en el contexto del Poniente almeriense.³

² La situación de inestabilidad material, social, cultural y afectiva en el desarrollo evolutivo del proceso migratorio, que implica en sí mismo un problema de adaptación ante la ruptura con el medio ambiente sociocultural de origen, constituyen todos determinantes en el proceso de salud/enfermedad/atención del sujeto. Lo anterior incluye desde los posibles problemas de salud sufridos en origen, pasando por aquellos experimentados durante el trayecto hasta destino, hasta la alimentación deficitaria y los cambios en ella y situaciones específicas de riesgo para la salud como las que se abordan.

³ Si bien no ha sido el único, el episodio racista más sonado de España sucedió a finales de la década de 1990. Concretamente, en febrero de 1999 en El Ejido, provincia de Almería, como consecuencia del presunto asesinato de una mujer a manos de un "marroquí bajo tratamiento psiquiátrico", se desató una ola de violencia xenófoba descontrolada, aunque al parecer, no absolutamente espontánea, contra los inmigrantes en su mayoría originarios de Marruecos. Cosas del tipo: "Frente a la invasión: deportación"; "Inmigrante, ayúdanos a luchar contra el racismo. Vuelve a tu país", se podían leer en las paredes del pueblo por esos días. De acuerdo a Martínez Veiga (2001), se impuso entre la población nativa local el miedo a unas personas desconocidas, anónimas y sin documentos (los inmigrantes "ilegales"), producto de la situación de segregación espacial y exclusión en la que se encuentran y que hace de estos últimos,

En virtud de esto último, uno de los elementos importantes a remarcar es la relación de hegemonía y subordinación que poseen los dueños de los invernaderos (españoles) sobre los trabajadores inmigrantes (extranjeros). Los primeros son, a su vez, propietarios de las viviendas (cortijos) que alquilan a los segundos, y que están situadas en las cercanías a los campos donde estos trabajan. Se trata en general de edificaciones precarias que mayoritariamente no tienen luz eléctrica ni agua corriente:

“Puedes pasar cerca y piensas que es una casa abandonada o que son perros los que viven allí... pero está viviendo gente, la mayoría sin agua, sin luz, y pagando el alquiler al patrón cada fin de mes. A veces hay casas que no tienen ni ventanas ni nada por donde entre luz...” (Entrevista a N., inmigrante fula senegalés) (citado en Goldberg, 2003: 117)

El “Informe sobre la situación de los inmigrantes en Almería” de 1998, elaborado por la ONG Almería Acoge y los sindicatos CCOO y UGT, se refería a esta situación detallando que el 55% de las viviendas no tenía agua corriente, el 57% carecía de lavabo y el 31% de electricidad. En la misma línea, el Defensor del Pueblo Andaluz sostuvo en su Informe 2000 que entre el 60 y el 80% de estos alojamientos podían clasificarse como “infraviviendas” (Goldberg, 2003: 118). Por su parte, Martínez Veiga (2001: 151) señala que la carencia de facilidades para el baño representa un grave problema para estos trabajadores, en tanto que los efectos nocivos que producen en la salud los insecticidas, pesticidas y herbicidas se generan principalmente mediante su absorción a través de la piel, por lo que se reducirían –además de las medidas de protección recomendadas⁴– con el lavado y se acentuarían sin él. En tal sentido, es preciso tener en cuenta que las rutas de absorción de sustancias potencialmente tóxicas son tres: inhalación, ingestión y penetración dérmica. Esta última constituye la vía más frecuente de intoxicación por el uso intensivo de pesticidas, además de provocar un vasto conjunto de dermatosis (Breilh, 2003: 252-257). Adicionalmente, las altas temperaturas dentro de los invernaderos de plástico conllevan a una apertura mayor de los poros de la piel de los trabajadores, por lo que la penetración del producto por vía cutánea se vuelve más fácil y rápida. De cualquier modo, en la práctica hay casos en los cuales la intoxicación por un plaguicida, por ejemplo, se efectúa por dos o más vías simultáneamente, que en general son la dérmica e inhalatoria (Dierksmeier, 2001: 332). En los casos de fumigación de plaguicidas en ambientes cerrados como el de los invernaderos del Poniente almeriense, la exposición inhalatoria puede llegar a ser hasta 65 veces superior a la de campo abierto. Lo mismo sucede con la exposición dérmica (Ibid: 374, citado en Goldberg, 2003: 124).

En su trabajo, Martínez Veiga (2001) corrobora lo anterior citando dos fuentes: 1) las declaraciones efectuadas en 1999 por el Delegado de Salud en la provincia de Almería sobre el aumento del número de intoxicados por pesticidas, en su mayoría no por ingestión sino por el contacto directo con la piel de las personas; y 2) las

no personas, sino algo que se desconoce absolutamente, una masa de la que se tiene miedo (Goldberg, 2007).

⁴ Según las recomendaciones sobre la aplicación de estos productos químicos, deben utilizarse los siguientes medios de protección personal: guantes y botas de goma, gorra, gafas de protección, ropa que no deje al descubierto partes del cuerpo, y mascarilla respiratoria con filtro químico. Asimismo, se recomienda la aplicación de cremas protectoras sobre la piel expuesta, a fin de reducir la absorción dérmica de plaguicidas; el aseo personal inmediato después de concluido el trabajo; mantener una supervisión médica periódica de todos los trabajadores expuestos a estos productos; trabajar en un espacio cerrado de alto riesgo con buena ventilación, y preferentemente de noche o al amanecer (pues a estas horas el aire es más fresco y se reduce la potencialidad de la intoxicación al estar cerrados los poros del cuerpo), entre otras (Asociación para la Prevención de Accidentes, 1999: 31).

estadísticas del Hospital del Poniente (El Ejido), centro donde entre 1999 y 2001 se atendieron más de 250 casos de intoxicación por estos productos, la mayor parte por contacto con la piel (Goldberg, 2003: 126).

Por su parte, Parrón et al. (1992) realizaron un estudio clínico basado en un seguimiento con encuestas epidemiológicas de series de corta duración, reconocimiento médico y análisis de sangre y orina, a 110 fumigadores expuestos sobre todo a plaguicidas, herbicidas y fungicidas del Poniente almeriense. Los resultados arrojados por el estudio ponen de manifiesto los riesgos de intoxicación, así como la aparición de síntomas y enfermedades que pueden producirse con el empleo de productos químicos, entre los que sobresalen las alteraciones del sistema nervioso central. Respecto de los primeros, si bien la intoxicación por organofosforados muchas veces no genera síntomas, sí se manifiesta en los dosajes en sangre y orina cuando éstos son muy elevados. Incluso puede haber casos en los que se interna a los pacientes en terapia intensiva con signos no específicos pero graves (Goldberg, 2003: 126). Los plaguicidas organofosforados como los que se utilizan en los invernaderos del Poniente almeriense, “afectan la hidrólisis enzimática del neurotransmisor acetilcolina mediante la disminución de Acetilcolinesterasa, con la consecuente intoxicación colinérgica (...) la toxicidad crónica compromete al sistema nervioso periférico, generando una polineuropatía senso-motora que persiste, incluso meses después de suspender la exposición [a la sustancia nociva], llegando a producir secuelas en algunos pacientes” (Breilh, 2003: 256).

En este punto es importante remarcar que el contexto sanitario de la provincia de Almería es uno de los más deficitarios de la Comunidad Andaluza. La red de centros de atención primaria es, además de incompleta, absolutamente inconexa. Existen zonas, por ejemplo, en las que no hay centros de salud y la asistencia médica se reduce, o bien a los médicos de cabecera, o a los rurales. N. relata su primera experiencia con ese sistema de salud de la siguiente manera:

“Me vio una médica que me preguntó: -¿qué te pasa?-. Me duele la espalda –le contesté-. Vale -dijo-, no pasa nada. Y me dio una receta de pastillas y una pomada antiinflamatoria para frotarme en la espalda. No me revisó ni nada. Es como si allí saben [supieran] perfectamente lo que puede sufrir un trabajador de los invernaderos. Tú llegas, te dicen lo que tienes que tomar y te vas. En Almería, si eres extranjero, nadie va a preguntarte qué haces, qué tipo de trabajo haces... ya lo saben, ya saben lo que hay ahí”. (Entrevista a N., inmigrante fula senegalés) (citado en Goldberg, 2003: 197)

Además de los padecimientos descritos que posibilitan establecer una estimación de la prevalencia de intoxicación por plaguicidas y otras sustancias en los trabajadores, existe también una elevada tasa de riesgos de accidentes de trabajo en el montaje y mantenimiento de las estructuras de los invernaderos, como las caídas de escaleras a una altura considerable, el electrocutamiento y las profundas heridas en manos, cara y ojos producto de la manipulación de alambres de púa (Goldberg, 2003: 129).

Una situación de riesgo añadido para la salud de estos trabajadores radica en que, en muchos casos, los dueños de los invernaderos utilizan los cortijos también como depósitos de abonos, fertilizantes, pesticidas y otros instrumentos del trabajo agrícola. Lo anterior, a contramano de las recomendaciones de seguridad en la agricultura, mismas que apuntan a que los pesticidas, plaguicidas y otros productos fitosanitarios deben almacenarse en recintos con buena ventilación, destinados exclusivamente a ese fin. En este sentido, se remarca expresamente que en dichos recintos no deben almacenarse, bajo ningún concepto, ropas ni alimentos, tanto si son para el consumo

humano como para el de animales (Asociación para la Prevención de Accidentes, 1999: 29). Podría decirse entonces que el “patrón” guarda en los cortijos los medios de producción, incluida la fuerza de trabajo inmigrante (Goldberg, 2003: 117).

Según Breilh (2003: 255), la exposición a dosis bajas de intoxicación por estas sustancias, prolongada en el tiempo, puede no llegar a provocar efectos ostensibles inmediatos en la persona, pero en cambio genera un proceso fisiopatológico que puede ir destruyendo algunos órganos vitales (hígado, riñones, médula ósea, glándulas endocrinas y gónadas, etc.), así como producir una fuerte neurotoxicidad⁵ que deteriore el sistema nervioso a largo plazo o actuar como promotores o detonantes de Cáncer (Goldberg, 2003: 125).

N. relata que un amigo suyo, quien trabajó dos años en los invernaderos, tuvo cáncer de garganta:

“No fumaba, al principio él pensó que era un dolor que se le pasaría. Fue muchas veces al hospital más grande de Almería para que lo vieran pero nadie nunca lo atendió porque no tenía papeles (...) Al final en Almería le dijeron que tenía un cáncer, un cáncer de garganta. Cuando regresó a su casa de vuelta todavía no sabía bien lo que era un cáncer. Fue preguntando poco a poco y le fueron explicando. Y le agarró el pánico. Quería volver a Senegal para morir allí (...) Un día, mi amigo me explicó lo que hacía en el invernadero. Eran muchos polvos insecticidas que se mezclaban para ponerlos sobre las plantas con las manos, sin guantes ni protección en la boca. Esto es lo peor que había en Almería. Yo lo he hecho sólo dos veces con mi jefe y luego le dije que esto ya no lo tocaba más. Cada vez que lo hice me puse mal de la garganta por lo menos una semana. Estos polvos insecticidas le han hecho el cáncer a este amigo, porque él era el único que lo hacía en el invernadero donde estaba trabajando, y porque se lo dijeron los médicos”. (Entrevista a N., inmigrante fula senegalés) (citado en Goldberg, 2003: 129)

Vale señalar, asimismo, que el problema del uso intensivo de plaguicidas y otras sustancias tóxicas en la producción de tomates y demás hortalizas, como el que se realiza en los invernaderos del Poniente almeriense, no se agota en el impacto sobre la salud de los trabajadores sino que afecta negativamente también los ecosistemas inmediatos y a otros agentes de la cadena productiva, incluyendo a los consumidores finales de esos productos; sin dejar de mencionar también los intereses económicos que existen en torno a las redes de venta de productos fitosanitarios ilegales.

Al respecto, es importante considerar que el problema planteado por el tratamiento de los residuos en la agricultura intensiva del Poniente almeriense (restos orgánicos y de plásticos, trazas de pesticidas y abonos, etc.) incluye su cantidad, diversidad y toxicidad en términos de contaminación; así como los efectos tóxicos producidos por los residuos que quedan en cultivos tratados con plaguicidas, los cuales pueden producir formas de conjuntivitis y dermatitis, una disminución del nivel de la colinesterasa (disfunción del sistema nervioso central) y otros malestares de difícil

⁵ Por neurotoxicidad se entiende “el efecto tóxico de un plaguicida que aparece retardadamente (varios días después de la aplicación) y se manifiesta, fundamentalmente, por una parálisis, casi siempre irreversible”. (Dierksmeier, ob. cit.: 351). Entre los plaguicidas, vale destacar la neurotoxicidad del DDT, cuya acción va dirigida directamente al sistema nervioso central causando una subida en el nivel de acetilcolina, como lo demuestran los síntomas de envenenamiento por este producto: temor, hiperexcitabilidad, ataxia (pérdida de movimiento) y parálisis. (Ibid: 330). En cuanto a los insecticidas organofosforados, considerados también agentes neurotóxicos, actúan en el organismo modificando el nivel de la enzima colinesterasa, lo que provoca una distorsión de la función normal de transmisión del impulso nervioso, trayendo como consecuencia daños en las funciones regidas por éste que pueden provocar la muerte. Otros factores que influyen en el nivel de la colinesterasa, relevantes para el caso que se trata, son el estado nutricional y la actividad física de una persona (Ibid: 320-322, citado en Goldberg, 2003: 126).

diagnóstico, generalmente clasificados por los médicos como intoxicaciones alimentarias o trastornos gastrointestinales (Goldberg 2003: 228-229).

Por último, y a modo de introducción a una de las problemáticas centrales del segundo caso de estudio -que se abordará a continuación-, es oportuno referirse a la incidencia de la tuberculosis en el contexto sociosanitario de Almería, provincia que desde 2000 en adelante presenta las tasas más elevadas de esta enfermedad al interior de Andalucía, y una de las más altas del Estado español en su conjunto, mostrando una incidencia mayor entre la población inmigrante (Lucerna et al., 2011: 175).

Caso 2: trabajadores inmigrantes bolivianos en talleres textiles clandestinos (TTC) del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA)

En trabajos previos (Goldberg, 2010; 2011; 2012; 2013) he descrito el proceso por el cual se produce la incorporación ilegal de inmigrantes bolivianos de ambos sexos al sector sumergido de la industria textil del AMBA. El mismo se desarrolla, en buena medida, por medio de redes transnacionales de tráfico y trata de personas que abastecen de mano de obra a los TTC, actuando como un sistema delictivo organizado de reclutamiento, reducción a la servidumbre y explotación de trabajadores en condiciones semi-esclavas.

Tal como sucede con el anterior caso de estudio analizado, los inmigrantes bolivianos experimentan y sufren una serie de modalidades de vida/vivienda/trabajo en un contexto migratorio específico, caracterizada por: la angustia y la depresión que acompañan a la situación de “duelo migratorio”, derivada del cambio -a nivel personal, familiar, residencial, cultural, etc.- que supone la nueva situación de emigrar bajo esas circunstancias de violencia⁶; la alimentación deficitaria y diferente a la de origen; las altas tasas de consumo de alcohol (bebidas destiladas) que se registran en algunos casos, etc. (Goldberg, 2010: 11). Sumado a lo descrito, el recinto cerrado del TTC no facilita la renovación del aire y la penetración de la luz, pero sí la acumulación de polvo y la humedad de paredes, suelos y techos, entre otros aspectos insalubres. A ello se le agrega el hecho que el trabajo se realiza en condiciones de hacinamiento, y que la cantidad de horas trabajadas -entre 15 y 18- y las características del mismo provocan en general serios problemas posturales, respiratorios y de la vista. En el caso de las embarazadas, por ejemplo, la intensidad del trabajo, con el agregado de la escasa y deficiente alimentación ha generado, además de riesgo de vida para la madre y el bebé, anemias crónicas. La baja en las defensas que se produce como consecuencia del conjunto de factores enumerados, puede llevar también a contraer y desarrollar enfermedades como la tuberculosis (TB).

Una de las particularidades del TTC, como unidad productiva-habitacional central del modo de vida/de trabajo de estos inmigrantes y sus hijos, es que las situaciones de riesgo para su salud, derivados de esas condiciones de subordinación y explotación de tipo semi-esclavista, tratándose generalmente de un mismo recinto, se encuentran entrelazadas (Goldberg, 2013):

“Con el taller de costura se ve mucho, es que hay muchas familias que viven en el taller y esto es peor todavía que el que trabaja y se va a su casa, porque viven al lado de la máquina, o donde

⁶ Además de las situaciones de violencia referidas, la presión psicológica y el estado emocional de muchos de estos inmigrantes se ve potenciado en el marco de un proceso migratorio “obligado” por la necesidad de venir a trabajar para pagar deudas asfixiantes en origen.

cortan o donde cosen, así que eso es como que contagian todo”. (Entrevista a M., médica del Hospital Muñiz de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires)

Por lo tanto, resulta de sumo interés la consideración de los distintos aspectos referidos a las condiciones de edificación precaria y de hacinamiento de los talleres y a las situaciones de riesgo para la salud que las mismas suponen, articuladamente con aquellas ligadas a las condiciones en que se realiza el trabajo. Es la interacción de este conjunto de experiencias las que generan un proceso destructivo/deteriorante de carácter permanente en la salud de los trabajadores y sus hijos, que puede llevarlos a accidentes de trabajo, a la muerte por enfermedades infecciosas como la tuberculosis; o a lo sucedido en 2006 con los dos trabajadores y los cuatro niños bolivianos fallecidos en el incendio del taller textil clandestino de la calle Viale, Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) (Goldberg, 2010: 12).

Retomando la descripción de los TTC, la lógica que generalmente rige en los mismos –al igual que lo que sucede con los cortijos del primer caso de estudio- es la de hacinar compulsivamente la mayor cantidad de personas y máquinas posibles. Se trata de lugares en los cuales personas y prendas circulan a diario en forma permanente, más allá incluso de los límites impuestos por el espacio. Su distribución, con frecuencia, es la siguiente: en uno de los ambientes se ubica el taller y en función del tipo de producción que se realice, se completa la distribución del resto de los ambientes. Estos son subdivididos en pequeños espacios de aproximadamente 2 x 2 metros con tabiques improvisados de paños de lienzo, nylon, cartón y madera. Es en estos últimos donde se alojan y duermen varios trabajadores o los trabajadores con sus hijos. En cuanto a los servicios, suelen ser precarios e insuficientes para la cantidad de personas que se encuentran en el inmueble, entre trabajadores y sus familiares:

“En el taller había sólo un baño y una cocina para todas las personas que vivían ahí. El baño era para todos, la ducha también, era como un cono del que sólo salía agua fría. A la noche hacíamos colas hasta las dos de la mañana...” (Entrevista a Pm. inmigrante boliviana, ex trabajadora en un TTC del AMBA)

Dependiendo de su antigüedad y mantenimiento, estos edificios se encuentran parcial o totalmente deteriorados: desde humedades en los cimientos, pasando por paredes con revoques totalmente desprendidos, hasta los pisos con huecos por la falta de baldosas o bien por el hundimiento de las mismas provocado como consecuencia de la rotura de alguna tubería de agua. En el caso de aquellos talleres que se improvisan dentro de las villas miserias (chabolas), en general no cuentan con los servicios básicos de agua y gas (pero sí de electricidad porque es esencial para la producción), y las condiciones de hacinamiento e insalubridad se potencian como factores de riesgo para la salud. Un elemento a destacar es el hecho de que no sólo no existen salidas de emergencia en estos recintos, sino que muchas veces el único medio de evacuación se encuentra cerrado y encadenado desde afuera, bajo llave, por el dueño del taller. Justamente esto fue una de las cosas que se comprobaron cuando se hicieron los peritajes posteriores al incendio del taller de Luis Viale, en 2006.

L., sobreviviente de aquella tragedia, relató que el dueño del taller había subdividido la planta alta del inmueble de dos plantas donde funcionaba el taller con lienzos, con el fin de alojar allí a los trabajadores y sus hijos:

“Cuando yo llegué con mis cosas me quedé sorprendida... me dio unas telas y me dijo: tomá, hacete una pieza (...) las piezas estaban hechas además de tela con cartón, nylon y madera, yo

nunca había vivido así (...) en la parte de abajo estaba el taller con las máquinas, y arriba, las piezas”. (Entrevista a L. inmigrante boliviana, ex trabajadora en un TTC del AMBA)

El último TTC en el que trabajó Lu., quien en la actualidad integra la cooperativa textil “20 de diciembre”-La Alameda⁷, también estaba compuesto por una planta baja donde se emplazaba el taller y un primer piso destinado a la vivienda de los trabajadores y sus hijos:

“Cuando entré ahí no tenía nada, ni un mueble. Arriba vivían varias familias: una pareja con los hijos, la hermana también, una pareja sola, dos chicas, todos durmiendo en el mismo establecimiento. Había dos muchachos que dormían junto al baño, yo le decía por qué no te buscas otro lado, pero ellos dormían entre las telas de las camperas, se arropaban”. (Entrevista a Lu., inmigrante boliviano, ex trabajador en un TTC del AMBA, integrante de la cooperativa textil “20 de diciembre”-La Alameda)

En cuanto a los procesos de trabajo, si bien resulta obligatorio según la normativa vigente la instalación de extractores de aire para mantener una buena ventilación y evitar así que se esparzan en el aire partículas de polvo y pelusas que afectan las vías respiratorias, cuando se realiza el corte y la costura, en los TTC, por el contrario, no sólo es escasa la ventilación y casi nula la renovación del aire, sino que además es común que se tapien con muros de ladrillos las ventanas que dan a la calle para que desde el exterior no se evidencie la existencia de esta actividad ilegal. Lo mismo sucede, dado el caso, con una de las dos puertas de entrada a la casa, con el fin de bloquear su acceso e impedir una posible fuga de los trabajadores.

Un ambiente mal ventilado, donde las partículas portadoras de los bacilos de Koch pueden circular sin quedar expuestas a los efectos letales de la luz solar, amplifica aún más el riesgo de infección de TB. 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 este factor algunos de los trabajadores le atribuyeron los problemas respiratorios, que a su vez, vincularon con la TB (Goldberg, 2010):

“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 5 minutos ya tenés lacara toda llena de polvillo: si en 5 minutos tenés la cara llena de polvillo, imagínate cuánto estás aspirando, ¡es un montón!”. (Entrevista a Se., inmigrante boliviana con TB internada en el Pabellón Koch, Hospital Muñiz, ex trabajadora en un TTC de la CABA) (Goldberg, 2010: 19)

“Hay mucho polvillo y como la mayoría de los talleres que vive ahí adentro del taller, porque el taller solamente está dividido con maderas, entonces todo el polvillo cuando se apagan las máquinas va cayendo y eso es lo que vamos aspirando todo el tiempo, y nuestros hijos también”. (Entrevista a Si., inmigrante boliviana, ex trabajadora en un TTC del AMBA)

“Ahí {en el taller} había una persona que tenía tuberculosis... Tosía mucho y de paso botaba mucha flema. Sí, y yo de seguro me contagié ahí porque había una pieza de cinco por cuatro, por

⁷ La Cooperativa textil “20 de diciembre”, llamada así en referencia a la Asamblea de Parque Avellaneda que dio origen al movimiento, funciona en un inmueble situado en la intersección de las calles Lacarra y Directorio (barrios de Floresta-Parque Avellaneda, CABA), una ex confitería ocupada en diciembre de 2001. En 2006 la Legislatura de la CABA declara a la “Asamblea Popular 20 de diciembre La Alameda” como entidad de bien público, cediéndole el edificio en comodato por 5 años. El taller de costura de la cooperativa funciona en el primer piso del inmueble. De las 7 mujeres y los 3 hombres que integran actualmente la cooperativa, 8 son de nacionalidad boliviana, todos ex trabajadores en TTC.

ahí; ahí dormíamos cuatro personas... Pero no me di cuenta, no sabía de la enfermedad nada, no sabía bien el lugar, no sabía bien a dónde ir (...) Primero me dolía la espalda, luego me afectó el corazón, me dolía ahí, y no me di de cuenta que era tuberculosis, nada. Luego de un tiempo se pasó eso, no sentí nada. Luego tosí, tosí, tosí y boté flema con sangre. Ahí me trajo mi hermano aquí mismo, y ahí me dijeron que tenía tuberculosis, que me tenía que internar”. (Entrevista a Ni., inmigrante boliviana, ex trabajadora en un TTC de la CABA, internada con TB en el pabellón Koch del Hospital Muñiz)

Otra de las recomendaciones de seguridad e higiene laboral que se incumplen en estos talleres es el referido a la iluminación del recinto de trabajo, dentro del cual la misma debería ajustarse a cada tarea específica que se desarrolle. Contrariamente, las instalaciones eléctricas de los TTC son en general inseguras, ya sea por su deterioro o debido a lo precario de la instalación, todo lo cual genera riesgos de accidentes e incendios, además de los problemas visuales para los trabajadores de las máquinas:

“Cuando pusieron las máquinas pusimos los cables con enchufes que ya habían, no quería comprar, los cables estaban así nomás, colgando, había cables pelados...” (Entrevista a Re, inmigrante boliviano, ex trabajador en un TTC del AMBA, miembro actual de una cooperativa textil integrante del CDI⁸)

A continuación, se presentan fragmentos de entrevistas correspondientes al trabajo de campo realizado, hechas a ex trabajadores/as en TTC que sufrieron problemas de salud específicos de distinto tipo (dolencias, malestares, padecimientos), tras haber trabajado y vivido en estas unidades productivas ilegales, y que en muchos casos –tal como se desprende de sus narrativas- les han dejado secuelas, marcas y consecuencias irreversibles en su estado de salud:

a) Problemas visuales

“Me pasaba todo el tiempo sentado en la máquina, encerrado en el taller, de lunes a viernes, unas quince horas trabajaba en la máquina y el taller estaba oscuro. Cuando la prenda era de color oscuro tenía que forzar la vista y me ardía... Después, al otro día, ¡me levantaba con unas ojeras!” (Jl., boliviano, 27 años)

“Ya estoy muy cansado, hace cinco años que estoy esperando que se resuelva mi juicio, ¿vos sabés que no puedo trabajar más? Veo todo nublado... el médico ya me dijo que preciso anteojos (...) Me estropeé la vista trabajando en los talleres y ahora no tengo dinero ni para viajar en ómnibus; cuando se resuelva esta situación me quiero ir a Bolivia, con mi familia, a Potosí (...) Aparte, acá soy una carga, vivo con una hija pero ya no puedo trabajar... por eso quiero irme”. (Ne., boliviano, 55 años)

⁸ El Centro Demostrativo de Indumentaria (CDI) de Barracas-CABA, constituye un establecimiento-planta modelo para cederle espacios a emprendimientos cooperativos conformados por costureros que en muchos casos han sido víctimas de la explotación y del trabajo esclavo en TTC. Inaugurado el 1º de julio de 2009, en coincidencia con el Día Internacional de Derechos de los Trabajadores Migrantes, el recinto está dividido en nueve unidades de 80 m2, con capacidad para albergar un máximo de 15 trabajadores cada una. El proyecto nació de los esfuerzos conjuntos del Instituto Nacional de Tecnología Industrial - que desarrolló el diseño del proyecto, aporta la capacitación y monitorea las actividades productivas y comerciales de las Unidades Productivas Tipo que conforman el proyecto-; del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, -que aporta maquinarias y capital de trabajo para los emprendimientos-; del Ministerio de Producción de la Ciudad de Buenos Aires; de la Corporación Buenos Aires Sur y de las cooperativas que agrupan a los costureros (en la actualidad, un total de 6).

b) Problemas durante el embarazo

“Al llegar al taller me dijeron que acá se trabajaba de 8 de la mañana a 1 de la noche (...) trabajé al mismo ritmo hasta el día que nació la criatura; me tuvieron que hacer cesáreas porque al estar sentada, el bebé no se había acomodado bien (...) Mis dos hijos nacieron allí (...) Luego me enfermé de anemia y tuve que dejar”. (Nota: Bi., boliviana, 28 años, luego de ese episodio que significó la ruptura con el infierno de los TTC, se incorporó a la cooperativa textil “20 de diciembre”-La Alameda, pero con posterioridad no pudo trabajar más como costurera, dedicándose a tareas que no requerían grandes esfuerzos y con poca carga horaria. Esto, debido a que aún no se había recuperado de la anemia contraída)

c) Problemas de columna

“Yo no puedo estar mucho tiempo en la máquina, si estoy un rato largo, por ejemplo dos horas, me empieza un dolor aquí {se toma la cintura} y en esta parte de la espalda {a la altura de los hombros} hasta que llega un momento en que no aguanto más. La doctora me dijo que no tengo que llegar a ese punto, que trabaje un rato y que luego me pare a descansar. Aparte, ella también me dijo que como yo estuve con neumonía, que debo cuidarme más”. (Ma., boliviana, 29 años)

“Ya no puedo estar sentada, cuando me pongo a coser se me duermen las manos, me duelen los muslos y la espalda”. (Nota: Si., boliviana, 27 años, sufre de artrosis y artritis reumatoidea como consecuencia de haber trabajado en TTC. Al momento de entrevistarla, se encontraba en proceso de solicitar una pensión por invalidez, pero aún no había finalizado el trámite para la obtención de la documentación administrativa-migratoria correspondiente)

d) Problemas auditivos

“Yo estoy mal, acá, atrás de la oreja, siento el ruido de las máquinas; a veces, no oigo nada...” (Jc., boliviano, 32 años)

e) Problemas de estrés

“En este momento no puedo trabajar. La doctora me dijo que estoy con estrés y me dio varias pastillas, no recuerdo el nombre (...) En este momento vivo de changas, no puedo volver a trabajar (...) no me puedo sentar en la máquina, porque ni bien me siento me empiezan a temblar las manos...” (M, boliviana, 26 años)

Por último, un elemento adicional a considerar por su relevancia en el análisis de los problemas de salud de los trabajadores y las trabajadoras, es la inexistencia de controles médicos, sea en el recinto del taller como en lo relativo a la prohibición de salida y el impedimento de acudir a un centro de salud cuando sufren algún malestar, molestia o padecimiento específico. Todo lo cual conlleva, tal como se expuso anteriormente a través de los casos presentados, a la cronicidad de algunos padecimientos, que, a su vez, les impiden en muchos casos volver a trabajar; con las consecuencias sociales, familiares y, por supuesto, para la salud física, mental y psicológica que ello implica en la persona.

La situación descrita se manifiesta de manera potenciada y en toda su complejidad al abordar la infección y el desarrollo de la TB, como padecimiento

específico de creciente incidencia entre los inmigrantes bolivianos del AMBA, ligado a sus modos de vida/vivienda/trabajo en TTC.⁹

Consideraciones finales

Como elementos en común que impactan negativamente en la salud de las personas, presentes en ambos casos de estudio, pueden apuntarse, entre otros, los siguientes:

- Estos colectivos de inmigrantes, al igual que otros tantos, son en muchos casos víctimas de redes transnacionales de tráfico y trata de personas.

- El trabajo se realiza sin contrato y se caracteriza por la sobrecarga horaria y el desgaste físico constante, a lo que se le suman situaciones de riesgo específico para su salud como las descritas para ambos casos.

- La lógica que generalmente rige en las viviendas precarias e insalubres que habitan, es la de hacinar compulsivamente la mayor cantidad de trabajadores.

- Ambos grupos de inmigrantes experimentan el “duelo migratorio”, angustia y depresión, alimentación deficitaria y diferente a la de origen, y en algunos casos situaciones de violencia extrema, todo lo cual repercute en su estado emocional y produce una baja en su sistema inmunológico, volviéndolos más vulnerables a contraer y sufrir padecimientos específicos.

- Debido a la condición de irregularidad migratoria en la que se encuentran estos trabajadores, la cual se potencia mediante situaciones de violencia, reducción a la servidumbre y marginación, sobreviviendo como una especie de masa informal invisibilizada, excluida de la ciudadanía, sus derechos humanos se encuentran vulnerados, incluyendo el del acceso y la atención de sus problemas de salud en los servicios sanitarios públicos de ambos contextos.

- Ha sido posible constatar en ambos casos de estudio el sufrimiento de determinados padeceres, vinculados con sus modos de vida/vivienda/trabajo en los contextos específicos de las sociedades de destino donde migraron. En ciertas ocasiones, el impacto de aquellos en la corporalidad de los trabajadores, devino en un deterioro tal que los ha imposibilitado de por vida a realizar otros trabajos.

Por lo tanto, la corporalidad en riesgo de los trabajadores inmigrantes pertenecientes a estos dos conjuntos socioculturales específicos de la sociedad española (primer caso) y de la sociedad argentina (segundo caso), que supone procesos destructivos/deteriorantes para su salud como los descritos, radica fundamentalmente en su condición de clase subalterna dentro de aquellas, resultante compleja de sus procesos migratorios y sus modos de vida/trabajo/vivienda particular en cada una:

“La solución era no trabajar en Almería, pero... si no trabajaba en Almería, ¿dónde iba a trabajar? (...) Lo que uno pasa ahí, realmente, no es fácil de contar y de que lo entiendas si no lo vives, si no lo sientes. Almería te deja su firma, una marca para toda la vida”. (Entrevista a N., inmigrante fula senegalés) (el destacado es mío) (citado en Goldberg 2003: 129)

“Desde mi nacionalidad boliviana, el primer trabajo, el más accesible siempre es un taller clandestino. En el único lugar en el que no te piden documentos, y cuando lo tienes te lo quitan, si tienes el documento boliviano te lo toman como garantía (...) No tenía otra oportunidad, otra

⁹ Por motivos vinculados a los propios límites estipulados en la extensión de este manuscrito, no se profundiza en el análisis de esta problemática. No obstante, la misma se aborda en otros trabajos publicados (véase Goldberg 2010; 2011; 2012; 2013)

posibilidad, y tenía que mantener a mi familia, así que decidí entrar a trabajar ahí porque era mi única opción... no tuve más alternativa”. (Entrevista a Ne., inmigrante boliviana, ex trabajadora en un TTC del AMBA)

En consecuencia, resulta fundamental en el análisis la consideración del contexto histórico-geográfico-social desde una perspectiva situacional, no como marco externo a sujetos y acciones prefiguradas, sino como aquellas tramas en las que se desarrollan los procesos de inserción (en términos de violencia estructural y hegemonía/subalternidad) e interacción (en tanto relaciones sociales de subordinación) y se desenvuelven las prácticas de los sujetos. Este enfoque permite dar cuenta de la forma en que los procesos de desigualdad social, que marcan la existencia cotidiana de estos trabajadores inmigrantes, se despliegan en diversas experiencias traumáticas que se corporifican; es decir, se inscriben en sus cuerpos, expresándose en procesos de desgaste, padecimientos y modos específicos de sufrimiento social que conllevan en muchos casos a procesos destructivos/deteriorantes en su salud (algunos, tal como se abordó, de carácter permanente e irreversible).

En este sentido, se enfatiza en la necesidad de un abordaje integrador, desde una perspectiva holístico-relacional, que tenga en cuenta a la salud laboral como relación social desde sus múltiples dimensiones de análisis. Del mismo modo, a través de una indagación etnográfica de las trayectorias migratorias de los sujetos, se rescata la asignación de significados a lo experimentado, sin perder de vista el sufrimiento del cuerpo vivido como base de la percepción, la experiencia y la subjetividad; explorando en torno a la irrupción en la vida cotidiana del padecimiento corporizado y de la corporalidad deteriorada como consecuencia del proceso migratorio desarrollado, así como en las posibles maneras creativas de enfrentarlos y resolverlos, individual o colectivamente.

Bibliografía

- ASOCIACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES (1999) *Seguridad en la Agricultura*, Zarautz: Itxaropena.
- BREILH, J. (2003) *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*, Buenos Aires: Lugar.
- CHECA OLMOS, J. C. y ARJONA GARRIDO, A. (2005) “El vecino no deseado”, *Revue européenne des migrations internationales* [En ligne], vol. 21, nro. 3.
- CSORDAS, T. (1994) *Embodiment and Experience*, Cambridge: Cambridge University Press.
- DIERKSMEIER, G. (2001) *Plaguicidas. Residuos, efectos y presencia en el medio*, La Habana: Editorial Científico-Técnica.
- FARMER, P. (2004) “An Anthropology of Structural Violence”, *Current Anthropology*, núm. 45, pp. 305–325.
- FORTESCU, T. (2011) “El fenómeno migratorio en el Ejido y Roquetas de Mar: similitudes y diferencias. El caso de la inmigración marroquí”, en García Castaño F. J. y Kressova N. (coords.). *Actas del I Congreso Internacional sobre Migraciones en Andalucía*, Granada: Instituto de Migraciones, pp. 559-562.
- GOLDBERG, A. (2013) “Un abordaje comparativo en torno a la incidencia de la tuberculosis en inmigrantes bolivianos de Buenos Aires y São Paulo”, *Revista*

Interdisciplinar da Mobilidade Humana, dossiê sobre “Migrações e saúde”, núm. 40, pp. 93-106, jan-jun/2013, Centro Scalabrianiano de Estudos Migratórios, Brasília.

GOLDBERG, A. (2012) “Servitude and slave trade: the case of Bolivian immigrants who work in clandestine textile workshops of the Buenos Aires Metropolitan Area”, *Miradas en Movimiento*, vol. Especial “Naturally Immigrants”, enero 2012, pp. 188-202.

GOLDBERG, A. (2011) “Tuberculosis en inmigrantes bolivianos del Área Metropolitana de Buenos Aires: narrativas y procesos asistenciales”, en Martínez Hernández, A. Masana, L. y Di Giacomo, S. (eds.) *Evidencias y narrativas en la atención sanitaria. Una perspectiva antropológica.*, Tarragona: Publicaciones Universidad Rovira y Virgili, Colección de Antropología Médica (en prensa).

GOLDBERG, A. (2010) “Análisis de la relevancia de los factores socioculturales en el proceso asistencial de pacientes con tuberculosis, usuarios del Instituto Vaccarezza-Hospital Muñiz. Un abordaje etnográfico desde la Antropología Médica”, *Revista Argentina de Salud Pública*, vol. 1, núm. 5, pp. 13-21.

GOLDBERG, A. (2009) "Fábricas de padecimientos. La salud laboral de los inmigrantes en los invernaderos del poniente almeriense", en Comelles, J. M. *et al.* (comps.) *Migraciones y Salud*, Tarragona: Publicaciones Universidad Rovira y Virgili, Colección de Antropología Médica, pp. 442-448.

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

GOLDBERG, A. (2003) {2007} *Ser inmigrante no es una enfermedad. Inmigración, condiciones de vida y de trabajo. El proceso de salud/enfermedad/atención de los migrantes senegaleses en Barcelona*, Tarragona: Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social Facultad de Letras, Universidad Rovira y Virgili.

LAWRENCE, F. (2011) “Spain's salad growers are modern-day slaves, say charities”, *The Guardian*, 7/2/11. Disponible en: <http://www.guardian.co.uk/business/2011/feb/07/spain-salad-growers-slaves-charities>.

LUCERNA, M. A. et al. (2011) “Epidemiología molecular de la tuberculosis en Almería. Factores asociados a transmisión reciente”, *Enfermedades infecciosas y microbiología clínica*, vol. 29, núm. 3, pp. 174–178.

MARTÍNEZ VEIGA, U. (2001) *El Ejido. Discriminación, Exclusión Social y Racismo*, Madrid: Libros de la Catarata.

PARRÓN, T. et al. (1992) *Estudio de los riesgos ocasionados por el uso de plaguicidas en la zona del poniente almeriense*. Sin pie de imprenta.

QUARANTA, I. (2006) *Corpo, Potere, Malattia. Antropologia e Aids nei Grassfields del Camerun*, Roma: Meltemi Editore.