

---

## **PRECARIEDAD, TUBERCULOSIS Y PROCESOS ASISTENCIALES EN INMIGRANTES BOLIVIANOS DE SÃO PAULO**

Alejandro Goldberg  
Cássio Silveira  
Denise Martin

---

Tomando como base referencial el esquema de análisis desarrollado en investigaciones previas sobre el problema de estudio en la ciudad de Buenos Aires y su área metropolitana (GOLDBERG, 2010; 2014; entre otros), y considerando al mismo tiempo las semejanzas de los procesos migratorios abordados, pero desenvolviéndose en contextos geográficos-sociopolíticos particulares, durante 2015 llevamos a cabo una aproximación etnográfica focalizada en la incidencia de la tuberculosis (de ahora en adelante, TB) en inmigrantes bolivianos de São Paulo. En términos del diseño del estudio, las unidades de análisis fueron inmigrantes bolivianos de São Paulo, hombres y mujeres adultos, que concurrieran a la red de servicios sanitarios públicos del Sistema Único de Saúde (SUS) de los barrios del centro de esta ciudad, para atender sus problemas de salud, con énfasis en la TB. Vale apuntar que priorizamos el trabajo de campo en el distrito de Barra Funda en función del número de inmigrantes bolivianos que residen en él (considerando en esto, que en muchos casos la vivienda se encuentra localizada en el propio lugar de trabajo -las oficinas de costura-), así como debido a las facilidades, los contactos y el trabajo previo de integrantes del Grupo “Processos migratórios e saúde: perspectivas interdisciplinares” (CNPq) del cual formamos parte, para desarrollar nuestras tareas etnográficas en la Unidade Básica de Saúde (UBS) Centro de Saúde Escola Barra Funda “Dr. Alexandre Vranjac” (de ahora en adelante, UBS-Barra Funda), vinculado a la Organização Social de Saúde Irmandade de Misericórdia da Santa Casa São Paulo.

Efectuamos un total de 27 entrevistas semi estructuradas a inmigrantes bolivianos de ambos sexos en oficinas de costura (distinguiendo entre dueños de las oficinas -oficineros- y trabajadores costureros), organizadas en tres grandes bloques temáticos: 1) Proceso migratorio (trayectoria migratoria desde origen hasta São Paulo); 2) Modos de vida-trabajo-vivienda en destino; y 3) La salud-enfermedad-atención de los/las inmigrantes costureros/as bolivianos/as, con énfasis en la TB. Del mismo modo, realizamos conversaciones informales con las Agentes Comunitarias de Salud (ACS), otros integrantes del equipo de salud de la UBS-Barra Funda y otros actores vinculados a la comunidad inmigrante boliviana de São Paulo, con el sentido de recoger sus percepciones y representaciones sobre el fenómeno de estudio.

Por el lado de las observaciones de campo, fueron desarrolladas en distintos ámbitos de la vida cotidiana de los sujetos, incluyendo además de centros de salud y oficinas de costura, asociaciones del colectivo inmigrante boliviano de São Paulo (Casa del Pueblo, vinculada a una congregación religiosa evangélica) y lugares de esparcimiento, ocio y tiempo libre (feria La Kantuta y rua Coimbra y alrededores los domingos -día de descanso en las oficinas de costura-; barrio Bras: restaurantes de comidas típicas, bares, manifestaciones de arte y cultura bolivianas, etc.). Por otra parte, ampliamos el universo de observación a zonas del área metropolitana de São Paulo (zonas norte, noreste, Leste y ciudad de Guarulhos), ya que detectamos en el transcurso del trabajo de campo que algunas oficinas de costura se habían trasladado del centro de la ciudad hacia esos lugares.

En lo que sigue, entonces, expondremos sintéticamente los resultados de la investigación siguiendo el esquema de los tres bloques temáticos mencionado con anterioridad.

Proceso migratorio. Los sujetos de estudio de nuestra investigación fueron inmigrantes bolivianos adultos (18 a 35 años) de ambos sexos (con mayor proporción de mujeres), solteros o en pareja, que migraron en busca de mejores condiciones de vida y de trabajo o para pagar deudas contraídas en origen. Los primeros tienen como objetivo fundamental enviar remesas a sus familias y poder reunir algo de dinero para regresar en algún momento a Bolivia. Entre los segundos, una alta proporción migró con uno o más hijos, pero como parte de una estrategia a mediano y largo plazo intentan concebir a sus hijos en territorio brasilero para lograr la nacionalidad de éstos, y proporcionarles así una educación de mayor calidad que la de origen, lo cual –piensan- les dará la posibilidad posterior de una mejor inserción en el mercado laboral, así como a nivel de la integración y el ascenso social.

Oriundos principalmente de zonas rurales (mayoritariamente del departamento de La Paz y alrededores, seguidos por aquellos provenientes de Cochabamba y Santa Cruz de la Sierra, y en menor medida de Oruro), una parte de estos migrantes fue reclutado en origen mediante el engaño (GOLDBERG, 2014) y llevados directamente a la oficina de costura en São Paulo. Un porcentaje alto de ellos trabajaba en tareas agrícolas, otros tantos en la construcción y el comercio informal, no contando en buena medida con experiencia en el rubro de costura hasta su llegada a São Paulo y su inserción en las oficinas de costura (exceptuando algunos provenientes de la ciudad de La Paz con antecedentes en la actividad, y otros con trayectorias migratorias previas en oficinas de costura de Buenos Aires). Para aquellos que llegaron por su cuenta a esta ciudad, con frecuencia y sin conocer el oficio previamente, la única opción de trabajo que se les presenta es igualmente la de costurero. Se trata de la alternativa más “viable” en lo inmediato, ya que garantiza un techo, alimento y dinero sin la condición excluyente de poseer la regularidad administrativa-migratoria. En el horizonte de estos migrantes está el hacer un sacrificio en la

oficina de costura (algunos trabajadores experimentan las duras condiciones de trabajo precario: jornada laboral intensa e ininterrumpida de hasta 16 horas, hacinamiento, abusos y violencias de distinto tipo, como se describirá a continuación), para luego lograr salirse y montar su propia oficina; o bien regresar a Bolivia con algo de dinero ahorrado (dadas las posibilidades).

En opinión de Silvia Rivera Cusicanqui, socióloga aymara boliviana, el oficinero (“tallerista” según la denominación en el caso porteño) saca provecho de la falta de relaciones, de red, de contactos que tiene quien recién llega. Es el estar sólo/a lo que hace que se tolere el modo de vida dominante en la oficina. Se está sólo/a frente al “engaño”, porque quienes viajan no sabían de antemano las condiciones extremas de trabajo que les esperaban en São Paulo o en Buenos Aires (especialmente la cantidad de horas y la cantidad de dinero a percibir). Esta investigadora reconoce la existencia de una dinámica, un flujo, un movimiento constante y organizado de hombres, mujeres y niños que siguen llegando (tanto a São Paulo como a Buenos Aires) desde Bolivia. Para ella, los y las costureros/as saben perfectamente lo que hacen en base a un “cálculo” regido por el costo (sacrificio presente)-beneficio (expectativas futuras) del proyecto migratorio. Afirma que mientras esos jóvenes “se hacen explotar, van construyendo su microempresa”, por lo cual, de acuerdo a su punto de vista, en las oficinas no está en juego una dinámica de relaciones de esclavitud (COLECTIVO SITUACIONES-COLECTIVO SIMBIOSIS CULTURAL, 2011, p. 19-20).

Modos de vida-trabajo-vivienda en destino. Las oficinas de costura existentes en la actualidad en São Paulo responden a un esquema que coincide, a grandes rasgos, con el de Buenos Aires, incluyendo en ello el proceso histórico de etnización de la industria textil por medio del cual se llegó a la realidad actual del rubro en ambas ciudades (GOLDBERG; SILVEIRA, 2013). La primera gran distinción está dada entre las oficinas cuyos propietarios son bolivianos y aquellas pertenecientes a coreanos o a hijos de éstos nacidos en Brasil. En nuestra investigación focalizamos el trabajo de campo en las oficinas del primer grupo, que son la mayoría en el sector y que se encuentran en alta proporción sin regularización fiscal, contractual, etc. Estas constituyen, al mismo tiempo y con frecuencia, la unidad productiva y habitacional de los trabajadores. El segundo grupo de oficinas de costura, proporcionalmente minoritario en la realidad actual de la industria textil paulista (así como porteña), concentradas sobre todo en los barrios de Bras y Bom Retiro del centro de la ciudad, emplea a trabajadores bolivianos, quienes trabajan por hora y de manera registrada (se les exige toda la documentación en regla, incluyendo la carteira de trabalho), los cuales no viven en el mismo recinto de la oficina.

Respecto de los tipos de oficinas de costura de propietarios bolivianos, sus dimensiones, las modalidades productivas y para qué mercado producen, también encontramos una clasificación similar al caso porteño, en función del tipo de oficina del que se trate. El universo de estas oficinas engloba una

multiplicidad de situaciones: desde una pareja que cose con dos máquinas para otras oficinas en su minúscula casa de alquiler, hasta una oficina con 60 o 70 costureros en Guarulhos que produce para grandes marcas internacionales. Frente a este panorama, tanto el destinatario de la producción como las condiciones del trabajo (y de vivienda, dado el caso) varían enormemente. En el caso de las oficinas de costura que presentan condiciones de trabajo-vivienda más precarias, podemos encontrar aquellas que producen para comercializar su propia indumentaria y venderla en ferias, o producir para terceros (marcas de “coreanos”); o incluso es frecuente que se dé la combinación de ambas modalidades.

Lo mismo que en el caso porteño, son las mujeres quienes tienden a ser más requeridas que los hombres como mano de obra en estas unidades productivas, ya que, además de la costura o durante el proceso de aprendizaje de ésta, desarrollan otras tareas: cocinar, limpiar, ayudar y aprender el oficio en el recinto de la oficina (donde, además, viven, en muchos casos con sus hijos y su marido que trabaja de costurero), con una sobrecarga laboral intensa y por momentos ininterrumpida. Por otra parte, ya señalado previamente, aquellos trabajadores costureros hombres que consiguen con el tiempo juntar el dinero suficiente para comprar máquinas, buscan abrirse su propia oficina, reproduciendo, así, el mecanismo de explotación intracolectivo ya referido. Respecto a la descripción de las oficinas de costura como contextos de vulnerabilidad social (GRIMBERG, 2008; GOLDBERG, 2014) en el cual se desenvuelven los modos de vida-trabajo-vivienda precarios de estos trabajadores inmigrantes (y, dado el caso, sus hijos), tenemos que:

Elas funcionam em locais pequenos e inadequados com infraestrutura ruim cujo principal problema é a pouca ventilação devido à ausência de janelas. Muitas vezes as oficinas também servem como moradia dos imigrantes, que chegam a dormir em colchonetes estendidos atrás das máquinas de costura. Assim, eles respiram dia e noite o pó que sai dos tecidos. Além disso, não há refeitório, a alimentação é ruim e o banheiro é coletivo. Os costureiros chegam a trabalhar dezesseis ou até dezoito horas por dia, de segunda a sábado e a remuneração não alcança um salário mínimo. Em algumas oficinas, a exploração dos trabalhadores bolivianos é exacerbada e os proprietários proibem os trabalhadores de sair, com ameaças de denunciá-los à Polícia Federal. Tal situação foi até chamada de análoga à escravidão (PORTO SCAFF PINTO, 2015, p. 81).

Por su parte, Silva (2006) apunta que se trata de longas jornadas de trabalho que não raro ultrapassam catorze horas por dia, seis dias na semana, podendo estender-se para sete em períodos de alta demanda. Os imigrantes ganham 10% ou menos do valor final e por peça costurada, variando esse valor de acordo com a máquina de costura utilizada (overloque, zigue-zague, pespontadeira) e com a complexidade e acabamento da costura: “Uma peça

vendida pelo “oficineiro” a um real traz um ganho de dez centavos ao costureiro” (COUTINHO, 2015, p. 92).

Con la crisis económica general por la que atraviesa Brasil, que ha repercutido también en el sector de la industria textil paulista, los costureros, determinados por su condición de precariedad laboral, se enfrentan con el problema de la cantidad de días al mes en los que no cosen, porque no hay pedidos; y, por lo tanto, si no producen no cobran. Lo propio sucede con los oficineros. Esta es una de las razones por las cuales se constata una tendencia progresiva entre los bolivianos a constituir el tipo de oficina “casal”, sin otros trabajadores, bajo la modalidad de “taller secundario” de costura o especializado en corte, estampado o alguna otra de las tareas productivas requeridas en el rubro. Del mismo modo, el número de oficinas de costura cuyos propietarios son bolivianos, de la zona centro de la ciudad, se redujo en los últimos años, debido a dos motivos sobresalientes: por una parte, un porcentaje de bolivianos que regularizaron su situación administrativa (fundamentalmente -aunque no sólo- por medio de la amnistía general de 2010) optaron por trabajar para “los coreanos”, en las condiciones ya descritas con anterioridad; y, por otro lado, una proporción importante de estas oficinas se relocalizaron en la zona Norte (principalmente), noreste y Leste de la ciudad para abaratar costos de alquiler y evitar la fiscalización y los controles legales.

La salud-enfermedad-atención de los/las inmigrantes costureros/as bolivianos/as, con énfasis en la TB. Como parte de las relaciones de hegemonía y subordinación presentes al interior de las oficinas, los trabajadores costureros inmigrantes bolivianos y, dado el caso, sus hijos, experimentan diversos problemas de salud vinculados con las precarias condiciones de higiene, salubridad y trabajo presentes en el espacio de la oficina de costura-vivienda, la alimentación deficitaria, las situaciones de violencia física y psicológica y de maltrato que en ocasiones se dan por parte de los oficineros (retención de la documentación, prohibición de salida de la oficina de costura bajo amenaza, extorsión y no pago del dinero adeudado por el trabajo realizado, agresiones físicas, abusos sexuales contra las mujeres, entre otras), el consumo excesivo de sustancias alcohólicas, etc.

Entre los padecimientos que sufren los trabajadores pueden mencionarse los accidentes, cortes y lesiones producidos por los instrumentos de trabajo y la falta de protección, problemas respiratorios a causa del polvillo que despiden las máquinas, gastritis, dolores de espalda por la postura de trabajo, estrés, para mencionar sólo algunos. Una parte importante de los sujetos no acude a los centros de salud para tratar estos problemas por desconocimiento, temor o barreras lingüísticas, pero principalmente porque deben seguir trabajando, ya que, en caso contrario, no cobrarán el dinero por pieza producida. En consecuencia, el cuerpo de estos trabajadores inmigrantes precarizados se “acostumbra” a sufrir para seguir trabajando, único medio que poseen para obtener el dinero de su subsistencia y la de su familia. Tal como lo demuestran

otros casos de procesos migratorios, tanto históricos como actuales, lo primero para estos sujetos es el trabajo; la salud está en otro lugar (GOLDBERG, 2014).

Además de lo apuntado anteriormente, entre los motivos por los cuales estos trabajadores inmigrantes no acuden directamente a los servicios públicos de salud de São Paulo para atender la mayor parte de sus problemas de salud, sino recién cuando éstos son de gravedad, encontramos los siguientes:

1) Ya analizado en un trabajo anterior (GOLDBERG, 2010), las narrativas de los sujetos entrevistados en nuestro estudio sugieren una relación entre determinadas actitudes, prácticas y conductas de salud con el contexto sociosanitario de origen de los inmigrantes. En tal sentido, el grado de mayor o menor desconfianza/rechazo a la medicina científica en Brasil se vincula, a su vez, con la eficacia otorgada por los bolivianos en su país a la medicina tradicional andina y a sus terapeutas representantes, además de estar influenciada por una atención sanitaria pública biomédica no gratuita y de difícil acceso (sobre todo para aquellos que residen en zonas rurales; o sea, la mayoría de la población). Asimismo, al explorar los itinerarios terapéuticos de los sujetos, notamos que, en algunos casos, primeramente, utilizan hierbas y plantas medicinales en forma de infusiones, que conocen desde origen o que algún otro paisano inmigrante les recomienda, y que consiguen en la Feria La Kantuta o en el barrio de Bras. Estos saberes y prácticas, generalmente transmitidos de generación en generación (y que justamente por ello, se van perdiendo progresivamente en el contexto de la sociedad a la que migraron) provienen de la medicina tradicional andino-boliviana (quechua o aymara), formando parte del modelo de autoatención (MENÉNDEZ, 1994; GOLDBERG, 2010).

2) Existe un cierto temor, desconfianza o recelo entre ellos respecto a la atención médica en los servicios sanitarios. Uno de los motivos que fundan ese temor es que, en el caso de que la gravedad del problema de salud requiera su internación, no tienen a nadie (familiar, paisano, etc.) que pueda velar por ellos y cuidarlos en esa situación. El recelo está dado, en parte, por las barreras lingüísticas, a la vez que por una atención en los centros de salud que valoran como “con mucha demora” y hasta en ciertos casos “inútil”, ya que no se recibe el “atendimento esperado”. Parte del temor y la desconfianza provienen también de ciertas historias que circulan sobre bolivianos que fueron internados en hospitales y nunca salieron vivos de ahí, lo cual ha levantado sospechas entre ellos sobre el posible tráfico ilegal de órganos.

Principalmente entre los bolivianos oficineros entrevistados (y sus esposas), identificamos su preferencia por ir a atenderse a Bolivia, aun sabiendo que allí el sistema de salud es pago. La razón de lo anterior aparece como inversamente proporcional a los tipos de rechazo expuestos anteriormente: apoyo de la red familiar y de paisanos; mismo país-cultura-idioma; mayor confianza en los médicos bolivianos, etc. Por último, a medio camino entre las dos situaciones descritas se encuentran las clínicas o consultorios privados de São Paulo donde atienden médicos “patricios” (paisanos bolivianos).

Respecto a la TB, y en concordancia con el caso de Buenos Aires, “as condições de vida nas oficinas de costura [...] denigrem principalmente o sistema respiratório [...] demonstrando um cenário altamente favorável para o adoecimento por TB” (PORTO SCAFF PINTO, 2015, p. 81-81). La citada autora remarca en su reciente estudio cuantitativo sobre la incidencia de la TB en inmigrantes “sudamericanos” (hasta el presente año las estadísticas epidemiológicas no desagregaban los datos por país) de São Paulo, que:

Os imigrantes sul-americanos doentes de TB aumentaram de 2,7% em 2006 para 4,6% em 2013. No período de 2006 a 2013 foram notificados 1.916 casos novos de TB entre imigrantes sul-americanos no MSP, representando 4,2% do total de casos de TB no município. A incidência de TB no MSP, como já foi descrito acima, sugere uma tendência de queda. Já o número de casos de TB em imigrantes sul-americanos aumentou de 2006 a 2011, passando de 155 para 361 casos respectivamente (PORTO SCAFF PINTO, 2015, p. 40-p. 47).

La mayor incidencia de la TB entre esos inmigrantes, de los cuales el 85% trabajaba en la costura, también fue detectada por Martínez et al. (2012), apuntando que representaban el 58% del total de pacientes en tratamiento.

De acuerdo a los datos que relevamos en nuestro trabajo de campo, en el cual de 27 entrevistados 5 habían padecido la enfermedad, la TB es una enfermedad generalmente poco o nada conocida desde origen, siendo relacionada en la mayoría de los casos por los sujetos con sus modos de vida-vivienda-trabajo en las oficinas de costura, pero asociada frecuentemente a un resfriado o a la neumonía. Esto a su vez explica, en parte, el hecho de que cuando algún trabajador comienza a experimentar los síntomas de la enfermedad siga trabajando “normalmente” mientras pueda, sin comentarle nada al oficinero o a los otros costureros, lo cual, a su vez, aumenta los riesgos de contagio en el espacio cerrado de la oficina. De igual manera, recién acuden -o los llevan- directamente a los servicios de urgencia de los hospitales cuando por los síntomas avanzados de la enfermedad (debilitamiento extremo, esputo con sangre) ya no pueden seguir con sus tareas. Según relataron las ACS, hay veces en que llegan a una oficina y comprueban que uno de los trabajadores costureros bolivianos tiene puesto un barbijo. En ese caso, le preguntan al oficinero si conoce el motivo y éste responde que es porque el trabajador está tosiendo mucho. A ninguno de los dos le conviene que el trabajador, en este caso con sospechas de posible sintomatología de TB, concurra al centro de salud para realizarse los exámenes correspondientes y hacer la consulta con el médico: salvando las proporciones asimétricas que se dan en la cadena productiva de la industria sumergida de la confección paulista, ambos -oficinero y costurero- estarían dejando de ganar su parte si el costurero no produce. La situación descrita constituye, con frecuencia, otro de los obstáculos reales en el acceso a la atención de la salud de estos trabajadores inmigrantes, que trasciende el marco formal de derechos garantizados y consagrados legalmente en la normativa

brasileira. Esta dimensión de análisis permite dar cuenta del peso que tienen los determinantes socioculturales de los problemas de salud de los grupos poblacionales, fundamentalmente en relación a enfermedades infectocontagiosas como la TB. Paralelamente, buena parte de ellos desconoce su derecho a la atención médica pública gratuita. Al mismo tiempo el tratamiento les resulta dificultoso debido al malestar y los efectos secundarios que el mismo produce, así como a causa de los inconvenientes para ir a retirar aquellos al centro de salud. De ahí la importancia del trabajo de mediación, promoción, prevención y atención de la salud en terreno que desarrollan las ACS.

A manera de cierre, sostenemos que el aumento de la incidencia de la TB entre inmigrantes bolivianos de São Paulo, emerge principalmente como resultante compleja de sus procesos migratorios, asociados a los requerimientos internacionales-locales de la industria textil, la cual deviene en modos de vida-trabajo-vivienda precarios, marcados por contextos de vulnerabilidad social que suponen situaciones de riesgo para su salud y la de sus familias. Asimismo, los procesos socio-estructurales interactuantes en el contexto urbano de esta ciudad afectan, condicionan e incluso determinan las dimensiones biológicas de la TB y su proceso de atención en estos sujetos, cuyos derechos -entre ellos, el de la asistencia sanitaria pública y gratuita- con frecuencia se encuentran vulnerados. En tal sentido, es posible afirmar que nuestro caso de estudio permite comprobar la forma en que las desigualdades sociales se traducen en desigualdades en salud; no sólo por los indicadores diferenciales en cuanto a determinadas enfermedades infectocontagiosas como la TB, sino en relación a las condiciones de acceso a los servicios sanitarios públicos, el diagnóstico y el tratamiento eficaz de las mismas (GOLDBERG, 2014; GOLDBERG; MARTIN; SILVEIRA, 2015).

Agradecemos ao Centro de Saúde Escola Barra Funda “Dr. Alexandre Vranjac”, em particular à Equipe Estratégia de Saúde da Família, pelo apoio ao desenvolvimento da pesquisa de campo.  
Financiamento: Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão (CEALAG, Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo).

## Referencias

- COLECTIVO SITUACIONES-COLECTIVO SIMBIOSIS CULTURAL. **De chuequistas y overlockas**: una discusión en torno a los talleres textiles. Buenos Aires, Argentina: Editorial Retazos, 2011.
- COUTINHO, B. Imigração laboral e a produção de vestuário na cidade de São Paulo: entre a informalidade e a expectativa de mobilidade social ascendente. **Cadernos OBMigra**, Brasília, DF, v. 1, n. 3, p. 79-98, 2015.
- GOLDBERG, A.; MARTÍN, D.; SILVEIRA, C. Editorial: por um campo específico de estudos sobre processos migratórios e de saúde na Saúde Coletiva. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 19, n. 53, p. 229-232, 2015.
- \_\_\_\_\_. Contextos de vulnerabilidad social y situaciones de riesgo para la salud: tuberculosis en inmigrantes bolivianos que trabajan y viven en talleres textiles clandestinos de Buenos Aires. **Cuadernos de Antropología Social**, Buenos Aires, Argentina, n. 39, p. 91-114, 2014.



- \_\_\_\_\_; SILVEIRA, C. Desigualdad social, condiciones de acceso a la salud pública y procesos de atención en inmigrantes bolivianos de Buenos Aires y São Paulo: una indagación comparativa. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, SP, v. 22, n. 2, p. 283-297, 2013.
- \_\_\_\_\_. 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**, Argentina, v. 1, n. 5, p. 13-21, 2010.
- GRIMBERG, M. Contextos de vulnerabilidad social al Vih-Sida en América Latina. Desigualdad social y violencias cotidianas en jóvenes de sectores subalternos. **Thule – Rivista italiana di studi americanistici**, Itália, n. 20/21, p. 31-54, 2008.
- MARTÍNEZ, V. et al. Equity in health: tuberculosis in the Bolivian immigrant community of São Paulo, Brazil. **Tropical Medicine & International Health**, Oxford, v. 17, n. 11, p. 1417-1424, 2012.
- MENÉNDEZ, E. La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? **Alteridades**, México, DF, v. 4, n. 7, p. 71-83, 1994.
- PORTO SCAFF PINTO, P. **Análise espacial e espaço-temporal dos casos de tuberculose em imigrantes sulamericanos no município de São Paulo entre 2006 e 2013**. 2015. Tesis (Maestría em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, 2015.
- SILVA, S. Bolivianos em São Paulo: entre o sonho e a realidade. **Estudos Avançados**, São Paulo, SP, v. 20, n. 57, p. 157-170, 2006.