

EL PROGRAMA “VETE SANO Y REGRESA SANO”: LECCIONES DE UNA ETNOGRAFÍA INSTITUCIONAL EN EL ESTADO DE MÉXICO

IVONNE VIZCARRA-BORDI
FERNANDO FARFÁN-GONZÁLEZ

RESUMEN *Con un enfoque antropológico se realiza una etnografía institucional del programa “Vete Sano, Regresa Sano” el cual formó parte de la construcción de agendas binacionales sobre migración y salud entre México y Estados Unidos en la primera década del Siglo XXI. El programa no logró ejecutarse, pero dejó algunas lecciones que aquí se estudian sobre los mecanismos de control social que las instituciones gubernamentales diseñan para regular a las poblaciones rurales mexicanas que emigran en condiciones no legales y dar cabida al surgimiento de nuevos actores que ofertan paquetes de salud y que obedecen a estrategias de dominación de mercado.*

PALABRAS CLAVE *Salud, migración, etnografía institucional, estado de México.*

ABSTRACT *From an anthropological approach this paper presents an institutional ethnography of the program Leave Healthy, Return Healthy, which was part of the bi-national agenda on Migration and Health between Mexico and the United States in the first decade of the XXIst Century. Thus, although the program has failed it fostered some lessons and ideas about social control mechanisms that are used by government institutions to regulate undocumented rural Mexican immigrants. All the same, this structure paved the way to the advent of news actors who offer health packages and obey market domination strategies. Hence the inheritances of this program are the focus of this analysis.*

KEYWORDS *Health, Immigration, Institutional Ethnography, Mexican State.*

INTRODUCCIÓN

Existe una basta literatura sobre las tensiones en las negociaciones para incluir políticas de seguridad social y de salud de los migrantes en la Agenda Binacional entre México y Estados

Unidos de América (EUA)¹. Varios intentos gubernamentales por crear programas binacionales de salud han fracasado por distintas razones, aparentemente, algunas de peso tienen que ver con la incompatibilidad de esquemas en la asistencia de servicios de salud pública entre países y el problema de reconocer a la población mexicana migrante que reside y trabaja en EUA sin documentos en regla (FARFÁN et al, 2012)².

Ciertamente, EUA ha sido el país de fuerte atracción de mano de obra subcalificada mexicana, que por vías de la contratación a destajo y desregulada, los flujos de migrantes indocumentados no se ha contenido ni desacelerado, con todo y que se han fortalecido y encrudecido las medidas antiinmigrantes en EUA (SCHMIDT, 2008). Ello ha obligado desde hace más de una década a poner en la tabla de relaciones binacionales entre EUA y México, el complejo asunto de esta migración (TUIRÁN, 2000), dentro del cual resalta la salud de esta población en movimiento transfronterizo (HERSZENHORN, 2009).

En este contexto se entrecruzan dos campos discursivos de interés público entre ambas naciones: el derecho humano y el mercado.

Por un lado, la salud como un derecho universal (ONU, 2009), ha interpelado que diferentes sistemas de salud logren cierta definición que sea compatible con los intereses propios de cada Estado y con los mecanismos que regulan el acceso a la salud. De aquí que el concepto de gobernanza ha sido recientemente retomado por los estudios de migración y salud para proponer sistemas y procesos de tomas de decisiones donde se definan “la participación de actores a los cuales les concierne la definición e implementación de políticas, programas y prácticas que promueven sistemas de salud equitativos y sostenibles” (WHO, 1998), en cada nación involucrada en el fenómeno de la migración transfronteriza³.

Por otro lado, en estos procesos intervienen actores estratégicos y organizaciones que aplican las reglas del juego

1 Véanse los aportes de: FREEMAN (1999); CASTAÑEDA et al. (2005); ESCOBAR-LATAPI (2008); LUNA et al. (2009); ARREDONDO et al. (2010) y BILBAO et al. (2012).

2 El estudio de la protección de la salud de las poblaciones migrantes indocumentadas es más diversa y compleja al considerar las relaciones asimétricas que acentúan las desigualdades entre grupos poblacionales dentro de EUA (BARÓN-GÓMEZ Y CAICEDO, 2002), y sobretudo porque provienen de profundas desigualdades sociales ya existentes en México.

3 Véase por ejemplo el estudio de ARREDONDO et al (2010). Así mismo HUFTY et al (2006) desarrollan un conceptual analiticometodológico para abordar la gobernanza de la salud, que bien puede incorporarse a contextos migratorios.

y de poder, que establecen una relación estrecha entre salud, mercado, trabajo e ingreso. De tal forma, que al mismo tiempo que el estado general de salud de los migrantes es considerada un energético condicionante para lograr su inserción a los mercados de fuerte atracción laboral, la expansión de los mercados requiere de esta fuerza laboral de bajo costo para competir con productos baratos en los mercados globalizados (MÁRQUEZ Y DELGADO, 2011).

4 En un documento recientemente publicado, analizamos cómo las estrategias del Estado se entretajan para controlar a la población mexicana que emigra hacia EUA, donde las políticas públicas de salud constituyen los mecanismos de control de los migrantes con el fin de asegurar la producción de mano de obra calificada, saludable y barata para la expansión de mercados globales (FARFÁN, et al, 2012). En este sentido la biopolítica retomada de Foucault, se refiere a las estrategias que los agentes con poder (gubernamentales en este caso) diseñan para potenciar la extracción de todos los beneficios posibles de los seres humanos constituidos como materia prima (FOUCAULT, 2008) .

En base a las aportaciones de Foucault sobre la biopolítica⁴, en el 2005 se decidió realizar una etnografía institucional de este programa, tomando el estudio de caso de dos poblaciones rurales del Estado de México caracterizadas por sus altos índices de migración hacia EUA: La Vueltas del municipio de Coatepec, Harinas, y Tonatico cabecera municipal del mismo nombre (CASTRO, 2008). Pero a medida de que el estudio avanzaba, presenciamos las inconsistencias de su real existencia. Ello nos obligó a tener una visión más crítica del papel gubernamental mexicano en la parte discursiva sobre su interés por atender una de las demandas genuinas de millones de migrantes indocumentados de origen mexicano, que trabajan y residen permanente o temporalmente en EUA (ESCOBAR-LATAPÍ, 2008; ARREDONDO et al, 2010).

De esta experiencia hemos considerado la necesidad de rescatar algunas lecciones que nos permitan ir más allá de las evaluaciones de los programas públicos y que normalmente se describe en la literatura oficial (y que pueden, desde luego, tanto apoyar como restringir los objetivos oficiales del propio programa) (LEWIS, 2001, p. 361), También es nuestro interés, dirigir el análisis hacia las relaciones entre al menos dos o más sujetos (llámense funcionarios, agentes, beneficiarios), conscientes y políticamente significantes en las intervenciones y entre los arreglos institucionales para resolver problemas socialmente construidos (CLIFFORD, 1991). Es decir, que en las lecciones que pretendemos puntualizar, no sólo se trata

de describir a detalle el proceso del diseño y las fallas del funcionamiento del programa VSRS (Vete sano, regresa sano), sino de cómo se establecen los vínculos entre los promotores gubernamentales y los beneficiarios o poblaciones objetivo del programa y la sociedad en general.

La antropología del desarrollo retoma la biopolítica no sólo para entender cómo los mecanismos estratégicos regulan y controlan a poblaciones campesinas, rurales, indígenas y otras subalternas, sino que de ella ha derivado una perspectiva sobre las instituciones para analizar el campo donde se reproducen las relaciones de poder que permiten perpetuar el dominio capitalista en nombre del desarrollo. De esta manera el estudio de las instituciones y sus relaciones nos permite identificar las principales fuerzas que organizan y controlan el mundo en que vivimos (ESCOBAR, 1995). Para acercarnos a su estudio, la etnografía institucional ha desarrollado una metodología cualitativa para reconocer, por un lado, las maneras de cómo se construyen los problemas, de tal forma que se justifica la intervención gubernamental para atenderlos, y así discernir si estos problemas corresponden o no a las demandas reales de la población afectada; y por otro lado, para indagar si más bien se trata de estrategias de dominación más amplias que dan cabida al control de la vida socioeconómica de las poblaciones afectadas, con el fin de no atentar contra los intereses que sostienen las estructuras de poder⁵.

Los procesos que se estudian en las etnografías institucionales, por lo general discursivos, son llamados mecanismos externos de control, y gracias a sus aproximaciones analíticas nos permiten discernir los mecanismos internos de control conducidos por instituciones específicas para poder dar cuenta de las prácticas, tanto en las relaciones horizontales como en las verticales de las agencias gubernamentales (FOX, 2005; HEVIA DE LA JARA, 2011).

5 Algunas etnografías institucionales con esta perspectiva han sido desarrolladas por: FERGUSON (1990); ESCOBAR (1995); LEWIS (2001); SMITH (2005) y HEVIA DE LA JARA (2011).

Ahora bien, estos mecanismos establecen prácticas de control social que legitiman de alguna manera las categorías discursivas y de dominio de las poblaciones “sub” desarrolladas, como podría ser el caso de migrantes indocumentados provenientes del medio rural. De hecho, es porque proceden de un contexto “sub” desarrollado y como emigrantes, que convierte a estas poblaciones en objetos “beneficiarios” o clientela de los proyectos acordados entre los Estados, dentro de los cuales quienes sustentan el poder son los verdaderos beneficiarios (ESCOBAR, 1995). De tal forma, que al construir al migrante indocumentado y proveniente de países “sub” desarrollados como objeto, éste se sujeta fácilmente para transformarse en otro objeto (HOBART, 1993, p. 14) como fuerza laboral “desechable” o fácilmente reemplazable, debido a la conectividad potenciada por los procesos de globalización y de transnacionalismo de la migración. Sin duda, estos procesos de construcción de sujetos (personas que emigran por diversas razones y motivaciones) en categorías objetivables (migrantes indocumentados, mano de obra desechable) llamaron nuestra atención en el curso del estudio del programa VSRS.

La etnografía institucional del programa VSRS se realizó de 2005 al 2008. En este tiempo se observaron las etapas de diseño e instrumentación y a pesar de que no se logró llegar a la etapa de ejecución del programa, incluimos la percepción de algunos médicos locales y de algunos migrantes del medio rural que deberían haber sido sujetos ejecutores por un lado y beneficiados de éste por el otro lado. De tal forma que la etnografía institucional consistió en tres grandes etapas de trabajo documental y de campo: en la primera se analizaron los discursos oficiales que dieron origen a la creación del programa, así mismo se revisaron los contenidos de los documentos producidos por el gobierno mexicano donde debería constituirse e instrumentarse dicho programa. En una segunda etapa, entrevistamos a funcionarios mexicanos del sector salud involucrados políticamente en

el diseño y en la ejecución del programa a nivel federal y estatal. Para el nivel estatal, escogimos al gobierno del estado de México y a funcionarios del sector salud a quienes se les encomendó el programa y quienes deberían ejecutarlos en los municipios rurales con alto índice migratorio transnacional hacia EUA (Coatepec Harinas y Tonatico). Las diferentes entrevistas implicaron que asistiéramos a eventos gubernamentales binacionales (2006 al 2008) sobre salud y migración, así como visitas periódicas a la delegación de salud de Tenancingo por ser la delegación en jurisprudencia que le corresponde a los municipios de estudio. La tercera etapa del trabajo de campo, consistió en entrevistas a profundidad con médicos locales y de migrantes que se encontraban en su localidad de origen en el momento del estudio.

Los resultados etnográficos están divididos en dos partes: los mecanismos externos, dentro de los cuales se contextualiza la creación del programa VSRS y; los mecanismos internos sobre el análisis institucional del mismo programa, en el que se incluye a los actores que se relacionan en él. A manera de conclusión se destacan las grandes lecciones que pueden derivarse en aprendizajes valiosos para las poblaciones rurales y sus demandas sociales en materia de salud.

MECANISMOS EXTERNOS

LA CONSTRUCCIÓN DEL PROBLEMA

Al inicio del sexenio del presidente Fox (2001-2006) en el Plan Nacional de Desarrollo se profetizaba que para el año 2005 “el analfabetismo prácticamente no existirá, el nivel de vida de la población se habrá incrementado significativamente, y habrá desaparecido la pobreza extrema; los servicios de salud darán cobertura universal (...)”.⁶ Lejos de cumplirse estas metas, el incremento de la precariedad de las condiciones de vida de más

6 Plan Nacional de Desarrollo (2000-2006). Área de desarrollo social y humano, Cap. 5.1.

familias mexicanas rurales fue un detonante de la emigración interna y transnacional (MELGAR, 2006).

La migración indocumentada representaba más del 80 por ciento de la población mexicana en EUA a finales de 2005 (LEVINE, 2006, p. 89). Se estimaba para entonces que más de medio millón de personas que intentaban anualmente establecerse en territorio norteamericano, se había incrementado en forma proporcional al número de mexicanos inmigrados que carecen de seguridad médica (CASTAÑEDA et al, 2005, p. 358). Carencia que se agudiza entre los migrantes recientes quienes son personas con diez años de residencia o menos (CONAPO, 2008; UC-SSA, 2006). A nivel nacional (EUA), el acceso a seguridad social y cuidados médicos es un claro indicador de diferenciación social y racial, pues no sólo refleja la existencia de profundas asimetrías entre las poblaciones norteamericanas y las poblaciones de migrantes, sino que además propicia fenómenos de vulnerabilidad, discriminación y exclusión basados en su origen étnico y su estatus ilegal, que a su vez favorece el trabajo en empleos mal pagados, más peligrosos, y residir temporalmente en condiciones de marginación en EUA (WALLACE Y CASTAÑEDA, 2008). Asimismo, el tema de salud afecta también directamente a las familias de los migrantes. Castañeda et al (2005) observan que entre 1998 y 2001, dos tercios de los niños migrantes mexicanos no tenían seguro médico y que la mortalidad infantil entre hijos de trabajadores agrícolas migrantes fue 25% más alta que el promedio nacional, por lo que la migración en condiciones de precariedad es considerada como un factor de riesgo que incrementa la morbilidad y mortalidad de la población infantil de las familias indocumentadas⁷. Además, es menester indicar que algunos sectores vinculados a la orientación de las políticas públicas en materia de salud, manifiestan, al igual que la Organización Mundial de la Salud (OMS), una preocupación por los riesgos epidemiológicos

7 “Los hijos de menores de 18 años de migrantes mexicanos que nacieron en México, quienes representan a 14% del total, se encuentran mucho más marginados del sistema de salud que cualquier otro grupo de niños nacidos en territorio norteamericano. Basta decir que casi la mitad no cuenta con seguro de salud (...)” (CONAPO, 2009, p. 21).

relacionados con el incremento de los flujos de población y sus consecuencias económicas en los países receptores (OIM, 2002).

LA NECESIDAD DE LA INTERVENCIÓN GUBERNAMENTAL

Al parecer, las inquietudes de la OMS son las mismas que las del gobierno de EUA, quien debe proteger la salud de sus ciudadanos. Por ser éste el país receptor de miles de mexicanos indocumentados y desprovistos de seguridad social y de salud, constantemente actualiza sistemas de monitoreo epidemiológico para detectar focos de infección y propagación de enfermedades infecciosas que “aseguran” se relacionan con la población migrante mexicana que viene del medio rural empobrecido, tales como tuberculosis, VIH/Sida, malaria, cólera y otras infecciones gastrointestinales, así como la hepatitis C y recientemente las relacionadas con las epidemias que derivan en infecciones respiratorias. Esto a pesar de que la población mexicana en EUA presenta con mayor prevalencia enfermedades crónicas degenerativas, tales como diabetes mellitus 2, hipertensión arterial, obesidad, cáncer cérvico-uterino y de mamas, afecciones cardiovasculares y otras (FARFÁN et al, 2012).

De hecho se tiene constancia que el *Programa de Repatriación de Connacionales Enfermos* operado por la Secretaría de Relaciones Exteriores, ha sido de los más efectivos en mostrar acuerdos binacionales con EUA (CASO-RAPHAEL, 2002) y Canadá (LUTZ et al, 2010) cuando se trata de retirar al enfermo que necesita de tratamientos especializados del suelo estadounidense.

Lo cierto es que de no contar con un sistema de protección social y de la salud accesible para la población migrante mexicana indocumentada, los costos de atención (tratamiento, hospitalización y/o cirugías) tanto de enfermedades infecciosas como crónicas son muy elevados en EUA así como en México. De

aquí que el gobierno de México retomó el problema y propuso varias acciones de intervención para:

i) revisar y actualizar el marco normativo de manera que se concilien los intereses comerciales y migratorios con las posibles pérdidas económicas y humanas de una eventual emergencia sanitaria; ii) promover la coordinación internacional con los principales socios comerciales y organismos internacionales responsables de la vigilancia epidemiológica global; iii) coordinar las políticas preventivas con las Secretarías de Economía (comercio interior y exterior), Agricultura y Ganadería (vectores y reservorios animales) y Gobernación (política migratoria)...” (FUNSALUD, 2006, p. 43).

No obstante estas propuestas, la problemática de la atención de la salud de los migrantes y sus familias provenientes de comunidades indígenas y del medio rural mexicano, estuvo prácticamente marginada desde la creación de la Comisión Binacional México-EUA, órgano encargado de analizar los temas binacionales de mayor interés entre ambos países⁸. No fue sino hasta 1989, cuando se incorporaron todos los miembros de ambos gabinetes con responsabilidad en asuntos bilaterales, que se incluye por primera vez en la discusión el tema de salud, aunque a final de cuentas el asunto quedó excluido de los acuerdos suscritos para esa ocasión (SSA, 2002, p. 16). La incorporación del grupo de salud a la Comisión Binacional no tuvo mayores repercusiones a favor de la salud de los migrantes a pesar de la acuerdos de la reunión de septiembre del 2000, reunión en la que los responsables de salud de ambos países firmaron la “Declaración conjunta sobre salud del migrante” (DCSM). En este documento se plasman actividades precisas en torno a la promoción de la salud de los migrantes, las cuales se encomendaron al Grupo Nuclear de Salud cuya función se limitó a recibir únicamente los reportes de los integrantes mexicanos.

La ligereza de la administración federal norteamericana para tratar el tema de la atención a la salud de los indocumentados

⁸ La Comisión Bilateral México-estados Unidos se creó en 1981 integrada inicialmente por las secretarías de Relaciones Exteriores, Comercio y Hacienda, así como sus contrapartes estadounidenses.

debe entenderse en el marco del federalismo que otorga una gran autonomía a EUA, pero también debe comprenderse a la luz de los atentados del 11 de septiembre del 2001, que marcó un endurecimiento en las ya de por sí severas políticas de migración de EUA. En cuanto al capítulo de salud, éste avanzó lentamente en la agenda binacional a pesar del reconocimiento público de que los migrantes seguían enviando a México las remesas que fortalecen económicamente a millones de familias (LEVINE, 2006). Esta lentitud política en las reformas migratorias estadounidenses, obedece sin duda a un asunto de mercados neoliberales, pues proveer de servicios de atención y seguridad a los trabajadores migrantes y sus familias, comprometería directamente los márgenes de ganancia, y el incremento en los costos de producción impactaría la competitividad regulada por los propios mercados globales (DELGADO et al, 2009). Tal vez, si no hubiese aparecido con fuerza la preocupación mundial de las enfermedades que se convierten en epidemias y pandemias asociadas a los crecientes de las migraciones internacionales, tales como el VIH-Sida, malaria, tuberculosis, obesidad, diabetes mellitus, virus gripales mortales, entre otras (OIM, 2002; MOYA Y FINKELMAN, 2007), la salud de los migrantes permanecería en su marginalidad.

“El importante número de mexicanos que labora en Estados Unidos constituye una contribución única al desarrollo económico y a la vida social y cultural de este país”. De tal manera, el documento reconoce de manera explícita que el proceso migratorio es de naturaleza binacional y por tal motivo responsabilidad de ambos países” (SSA, 2004).⁹

Cabe reconocer que el esfuerzo por abordar esta creciente problemática no ha venido directamente de los gobiernos sino a través de otras agencias o instituciones tales como la Universidad de California, principal impulsora y generadora de la Iniciativa

9 Declaración Conjunta Sobre Salud del Migrante entre la Secretaría de Salud (SSA) y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EUA, firmada en acuerdo binacional el 22 de septiembre del 2000, en la Ciudad de Washington.

de Salud México – California (ISMECAL, 2002)¹⁰ desde inicios del 2000. Esta iniciativa fue promotora de llevar el problema a ámbitos gubernamentales de ambas naciones a través del programa de mayor reconocimiento de atención a la salud de los migrantes: “La Semana Binacional de Salud” (SBS) en el 2001. Gracias a ellas, hubo cierto interés para estudiar ese tema durante los mandatos de los presidentes Fox (2000-2006) y Bush (2001-2009). En el marco de ese dialogo bilateral, el gobierno mexicano propuso la creación del programa VSRS en el 2002, con un carácter político y social de conveniencia para ambos gobiernos. De esta manera, al gobierno de México le correspondería enviar en buen estado de salud (“vete sano”) a los migrantes para que pudieran insertarse directa e inmediatamente en el mercado laboral estadounidense, mientras que a la administración federal de EUA le competiría regresar a esos migrantes en las mismas condiciones de buena salud (“regresa sano”).

Una de las alternativas para cumplir con el trato de garantizar el derecho a la salud de los migrantes y sus familias ha sido el seguro privado de atención médica. Tanto en las ferias de salud transfronterizas como en las SBS, observamos la instalación de mesas con representantes o agentes de varias aseguradoras (casi todas estadounidenses, otras europeas y asiáticas). Estos nuevos actores también están presentes en otros programas gubernamentales como son las Ventanillas de Salud Consular mexicanas en EUA, creadas en el 2003 con el fin de atender a las personas de origen mexicano que residen en EUA. Además estas ventanillas ofrecen información y asesoría sobre aspectos relacionados con la salud, a fin de que puedan prevenir enfermedades o en su caso acceder a una atención médica oportuna (IMESCAL, 2006; IME, 2009)¹¹.

El conjunto de estas acciones y otras más conforman en la actualidad el Programa para la Salud del Migrante (2010-2012)¹², el cual ha sido ampliamente aplaudido por organismos internacionales y de hecho forma parte de una lista de ejemplos

10 La Iniciativa de Salud México-California (ISMECAL) se creó en enero del 2001 como un programa de la Universidad de California, Oficina Presidente; es la estrategia precedente de la Iniciativa de Salud de las Américas (ISA).

11 En el transcurso de los años, las Ventanillas de Salud aumentó progresivamente hasta llegar a 50 en 2012. Véase a la Secretaría de Relaciones Exteriores. http://www.sre.gob.mx/csocia_l_viejo/contenido/comunicados/2011/sep/cp_305.html Consultado el 30 de junio de 2012.

12 www.saludmigrante.salud.gob.mx. Consultado el 20 de mayo de 2012.

de las buenas prácticas gubernamentales en materia de salud de los migrantes a nivel mundial.

“...El Programa para la Salud del Migrante de México tiene por finalidad promover el acceso a servicios de salud entre mexicanos residentes en el exterior, dar información a los migrantes y facilitar una respuesta gubernamental coordinada. Las iniciativas incluyen “ventanillas de información sobre salud en los consulados mexicanos en Estados Unidos”, el “Programa Vete Sano, Regresa Sano”, la repatriación de migrantes gravemente enfermos y actividades de promoción y prevención de la salud en la frontera México-Estados Unidos...”¹³

Dentro de este listado de buenas prácticas, el programa VSRS no difunde resultados exitosos de coordinación entre países de origen y destino, en su lugar, las Ventanillas de Salud, las Semanas Binacionales de Salud y el programa de Repatriación de Connacionales Enfermos, publican sus alcances en beneficio de los migrantes mexicanos en EUA. Por su parte, el Seguro Popular aplicable en territorio mexicano¹⁴, aparece como el programa más exitoso de cobertura nacional para atender la salud de la población mexicana y el cual se incluye como la estrategia más importante del Programa para la Salud del Migrante. Evidentemente los programas como el Seguro Popular y otros de combate a la pobreza no han sido creados para atender la salud de la población migrante hacia EUA, sino que al ser ésta una población que subsiste en condiciones de marginalidad y exclusión, sobretudo las que viven en el medio rural, se convierten en poblaciones objetivo de todo un paquete de políticas mexicanas que se han vinculado de alguna manera para tratar directa e indirectamente el problema para regular la emigración de mexicanos hacia EUA¹⁵.

13 Esta lista fue preparada por la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) en coordinación con la Organización Mundial de la Salud (OMS) Ginebra, 2011. Publicado por la SSA (2011).

14 En 2002 nació la propuesta de ofrecer asistencia de salud básica a quienes carecieran de asistencia social, surgiendo para este propósito la necesidad de un “Seguro Popular de Salud”.

15 El trabajo de Escobar-Latapí (2008) expone claramente cuáles han sido las políticas mexicanas de desarrollo, sociales, económicas, de salud e internacionales que han tratado de servir de puente para atenuar los efectos negativos de la migración indocumentada en EUA y al mismo tiempo contribuir a regular el flujo migratorio hacia ese país.

MECANISMOS INTERNOS: DEL DISEÑO A LA INSTRUMENTACIÓN DEL VSRS

El programa VSRS surgió por iniciativa de la Secretaría de Salud, y aunque el programa se publica en formato impreso hasta mayo del 2002, la primera referencia “formal” del mismo aparece en el contexto del Programa Nacional de Salud (PNS), únicamente como un título más de los programas de Acción de la Estrategia: “Vincular a la salud con el desarrollo económico y social” (SSA, 2001a, p. 203). Es decir que VSRS fue el único programa del PNS que careció de un documento de operación descriptivo, siendo que ya se divulgaba en reuniones oficiales y binacionales meses antes¹⁶.

16 Este evento fue celebrado en la Ciudad de México en agosto de 2001.

“Vete Sano, Regresa Sano, es un programa de la más alta prioridad que está expresamente incluido en el Programa Nacional de Salud 2001-2006. [] Tiene una población objetivo de tres millones de migrantes en el extranjero y 11.8 millones en el interior del país, así como 502 municipios de muy alta movilidad, que representan el 20.5 por ciento del total en México”.¹⁷

17 Discurso del Secretario de Salud (SSA, 2001b).

El programa fue elaborado en 2002 como una acción de atención para migrantes, que “...tiene como propósito ofrecer un blindaje en salud a la población migrante” (SSA, 2002, p. 9). Pese a que en él se describen de manera general las acciones del programa a realizarse en los lugares de origen, en el traslado y en el destino, nacional o internacional, refiriéndose “exclusivamente” a los EUA (idem), su carácter binacional quedó solo en los discursos, pues no surge de un acuerdo entre Estados-Nación (México y EUA), sino al interior de la SSA, específicamente en la Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades. Queda claro que brindar atención a la salud para los migrantes sin documentos en regla, requiere de antemano acuerdos entre los gobiernos de México y EUA para el reconocimiento del estatus

de esta población, y sólo así entonces se pueden desarrollar una serie de estrategias gubernamentales en consecuencia, para la concreción del programa.

La falta precisamente de una reforma migratoria estadounidense que reconozca los derechos fundamentales de la vida, como es la salud de los millones de mexicanos migrantes indocumentados, ha obligado a replantear el programa VSRS en el 2006 (2006a), y redefinir su injerencia para ofrecer servicios de atención a los migrantes mexicanos en ambos territorios (México y EUA). En este tenor, a finales de la administración del presidente Fox germina el programa de “Salud y Apoyo al Migrante” (SSA, 2006b) el cual fue más tarde retomado por la política del presidente Calderón (2006-2012), renombrado como “Programa para la Salud del Migrante”, siendo éste el programa federal, que con mayor amplitud en la cobertura de beneficiarios, diera cabida al VSRS como una acción gubernamental.

Entre re-estructuras gubernamentales y aplazamientos de una agenda binacional en materia de salud, la población mexicana indocumentada en EUA sigue padeciendo la inseguridad de contar con mecanismos de protección social en materia de salud y, aunque acuden a las clínicas comunitarias que otorgan ciertos servicios a muy bajos costos, siguen estando desprotegidos de los tratamientos de larga duración o la atención de emergencias médicas que por lo general son las más costosas.

Con este vacío, se da lugar a la aparición de nuevos actores sociales, quienes vienen a jugar un papel clave de solución inmediata al problema de salud de estos migrantes. Nos referimos a las aseguradoras de medicina privada. Actores que desde la primera Semana Binacional de Salud (SBS), se presentaron ofreciendo sus paquetes y servicios y quienes fueron cobrando mayor protagonismo en las SBS, de tal forma que, junto con el Instituto Nacional de Salud Pública de México y universidades nacionales y estadounidenses, lograron desarrollar la propuesta sobre la creación de seguros binacionales de salud (GONZÁLEZ-

BLOCK y ROBINSON, 2008), la cual todavía sigue siendo evaluada para implementarla en las Ventanillas de Salud o en VSRS.

Entre otras iniciativas de carácter binacional y de intervención en multiagencias gubernamentales, universitarias, comunitarias y privadas, resulta interesante observar los esfuerzos de la Comisión de Salud Fronteriza México- Estados Unidos (2010), que admite la complejidad de ofrecer atención médica y oportuna a toda la población que no tenga un estatus legal y que además esté desempleada en los estados fronterizos norteamericanos. Así mismo dichas iniciativas reconocen la complejidad de determinar los focos rojos de atención en las grandes urbes transfronterizas, porque dentro de ellas existe una gran movilidad de migrantes compuestos por grupos etarios hispanos de origen rural, quienes vienen a ser los más desprotegidos, además de que son los más pobres y los más vulnerables a padecer enfermedades infecciosas transmisibles comparados con los residentes permanentes de estas ciudades. El problema más grave para diseñar programas de intervención para atender a estas poblaciones en materia de salud es su invisibilidad política, por lo que habría que comenzar a nombrarlos y reconocerlos en los foros binacionales. Si no existen como categorías visibles en las negociaciones, difícilmente surgirán acciones que atiendan esta problemática.

Mientras tanto, y a pesar de la falta de conocimiento e instrumentos para llevar a cabo cualquier programa en beneficio de estas poblaciones, en territorio mexicano se sigue difundiendo discursivamente el programa VSRS, sin hacer distinción de la diversidad étnica, ni de procedencia (rural/urbano), ni distinguir el género y la edad, como un programa para atender salud de migrantes. Es decir, bajo la misma categoría hegemónica de construir al migrante mexicano, se invisibiliza la compleja diversidad, diferenciación social y estatus migratorio de las personas.

En entrevista, el 22 de mayo del 2007 con el responsable de VSRS a nivel nacional comentó:

“Hasta este momento no hemos recibido toda la documentación del programa y estamos organizándonos, porque estamos reconstruyendo el programa (...) El programa sólo funciona parcialmente, sobre todo en periodos en que los migrantes provenientes de los Estados Unidos vienen a México en fin de año a pasar las fiestas con sus familias.”

Bajo esta mirada un tanto monolítica, descienden los discursos y se traducen en acciones de algunos de los secretarios de salud estatales en México, mismos que se convierten en voceros del programa VSRS. Y aunque carezca de presupuesto propio, se han puesto en marcha acciones de prevención, aplicación de vacunas, exámenes de laboratorio etc., sin un previo plan estratégico que responda a necesidades reales de las poblaciones migrantes. Los resultados de estas acciones se difunden en indicadores generales de salud y sociales de los migrantes mexicanos, como si se tratara de una acción efectiva del buen gobierno. Así por ejemplo el gobierno de Jalisco informó que para el año 2007, “se realizaron acciones en 13 Regiones Sanitarias en Jalisco, en los eventos “Día Estatal del Migrante” y “Semana Binacional de Salud”: 58 Ferias de Salud, distribución de 25,248 trípticos y folletos, 1,147 Sesiones Educativas con 23,149 personas beneficiadas, 12,465 detecciones y se aplicaron 8,510 dosis de vacunas, además en este año se otorgaron 12,028 consultas médicas a la población migrante.”¹⁸ Estas elevadas cifras tienden a indicar que se retomaron los resultados de otros programas públicos de atención a la salud de toda la población mexicana con el fin de sobrevalorar la eficiencia del VSRS. Lo mismo se puede observar en el estado de Veracruz que con el fin de contribuir a un buen gobierno en turno, difunden datos de ferias de salud y de prevención como la tuberculosis y el

18 Información proporcionada por funcionarios del Departamento de Salud Rural de la SSA (2008). vetesano@salud.gob.mx

dengue, dentro de los cuales incluyen a migrantes y sus familias, difundiendo el programa en su fase “vete sano” (MUÑOZ, 2009)¹⁹.

En el Estado de México la situación no es muy distinta. Para justificar que el programa se llevara a cabo en la entidad, los responsables estatales anunciaron las acciones de beneficio para los migrantes a los EUA, y que otros organismos como el Instituto Nacional de Migración (delegación Estado de México) ya realizaban. Por ejemplo, dentro de algunos programas como el de Bienvenido Paisano, se siguen ofreciendo apoyos durante el traslado hacia los lugares de destino nacional, cuando los migrantes se encuentran de vacaciones en su lugar de origen. Dentro de esos apoyos se ofrece auxilio en casos de deshidratación o accidentes en carretera.

El funcionario responsable de la Secretaría de Salud del Estado de México, mencionó que no contaban con presupuesto para llevar a cabo las acciones del programa VSRS:

“Pero eso no es todo, la verdad es que carecemos de información al respecto, hasta mediados del 2004 fuimos a México a la primera reunión con los responsables del programa. Allí nos proporcionaron unos CDs con los contenidos del programa (...). Sí realizamos acciones a favor de los migrantes mexiquenses, pero no son específicas de VSRS, sino provenientes de otros programas que se manejan de rutina en el Estado.”²⁰

En tanto que el personal directivo Jurisdiccional en Tenancingo, (región del estado de México) lugar del que dependen administrativamente las localidades de estudio, confirmó que efectivamente no se tenía un control sobre el programa VSRS pero que se mantenía cierta relación con el gobierno norteamericano. Por ejemplo, en el caso de la repatriación de cadáveres de mexiquenses, éstos provenían con un diagnóstico específico (causa de muerte por enfermedad,

19 Otros estados como Puebla, donde fue una de las entidades seleccionadas para arrancar el programa VSRS en 2001, algunos estudios comprobaron que ningún de sus informantes habían referido conocer este programa en el 2008, ya sea como migrante o como médico (BILBAO et al, 2012, p. 94).

20 Entrevista realizada el 2 de febrero de 2006, en Oficinas de la SSA, Metepec.

accidente u homicidio), con el cual se expedía en México la documentación necesaria para el sepelio. Además, el funcionario entrevistado explicó que son los familiares de la persona fallecida y los amigos, quienes cubren los gastos del traslado del difunto, hasta los lugares de origen en México, para darle mayor rapidez a los trámites.²¹ Lo anterior muestra que la parte de la instrumentación del programa de acción VSRS ha tenido que configurarse de acuerdo a las circunstancias de cada entidad federativa. Ya sea llegando sólo a la instrucción de su puesta en marcha o bien acomodando otros programas operados por la secretaría de Salud como Oportunidades y Seguro Popular, y otros programas como el de Ventanillas de Salud, Bienvenido paisano, y las propias SBS, para darle vida a VSRS, aunque sea a nivel discursivo.

21 Entrevista realizada el 9 de febrero del 2006 en Oficinas Jurisdiccionales de Tenancingo México.

“... Los programas e intervenciones del gobierno para la atención a migrantes mexicanos en Estados Unidos; como el programa Ventanilla de Salud, la Semana binacional de salud, el Seguro Popular para el Migrante, programas de certificación de enfermeras e intercambio de profesionales de la salud, el programa fronterizo de Atención a la Salud, albergues, programa Vete Sano, Regresa Sano; entre otros. Todos estos programas son dirigidos a la población migrante en Estados Unidos, con el objetivo de no dejarlos desprotegidos. Así como los programas para combatir la tuberculosis, antes de salir de México, fuera de él, y en dado caso, al momento de regresar”.²²

22 Palabras de la participación del Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, México en la undécima Semana binacional de salud y al Foro binacional de políticas públicas sobre migración y salud global, llevados a cabo el 3 y 4 de octubre de 2011 en San Antonio, Texas.

Hasta la fecha (2012), el programa de acción VSRS puede descargarse directamente de la página web de la Secretaría de Salud, en el sitio relacionado con la promoción para la salud. Dentro del programa se pueden observar las líneas de acción estratégica y su operación al menos a un nivel conceptual. Ahora en este nuevo documento (fechado 2007-2012), se logran esclarecer los alcances del programa. En él, se enfatizan los servicios dentro del territorio nacional a través del otorgamiento

de paquetes informativos de Prevención y Promoción para una Mejor Salud en los Migrantes, así como su inserción a un esquema básico de salud accesible a través de la SSA y otras dependencias federales y estatales, los cuáles sin necesidad de ser migrantes, la mayoría de los hogares mexicanos rurales ya tienen acceso a través de los programas Oportunidades y Seguro Popular²³.

Cabe mencionar que entre otras líneas de acción estratégicas del mismo VSRS, se menciona la apertura de albergues favorables para la salud de los migrantes en tránsito y destino, de que no existe evidencia de que se hayan implementado aún. El importe destinado a ello, ejercido en siete estados, se dice que fue de poco más de cuatro millones de pesos en el 2011. Si bien no existe evidencia sobre su ejercicio, es probable que este presupuesto debiera haberse ejercido en otros eventos relativos a la Semana Nacional de Migración y a la Semana Binacional de Salud del 2009.²⁴

Por lo anterior, y un tanto fortalecido con la conjunción de las Semanas Binacionales de Salud y sus Foros de Políticas Públicas, así como la misma difusión del programa con carácter binacional, VSRS parece fungir más como mecanismo propagandístico por medio del cual se hace creer en la existencia de acciones en beneficio de la población migrante, difundiendo información sobre la efectividad del programa (discursos oficiales, programas de radio, spots televisivos y hasta en las propias “ferias de salud” que se realizan dentro del marco de las Semanas Binacionales de Salud). Si se quiere, una interpretación foucaultiana sería que estos mecanismos pueden traducirse en control social porque se aprovechan las acciones pre-establecidas en otras políticas universalistas para atender a la salud como las campañas de vacunación, y se le etiqueta una acción especial para la población migrante del medio rural mexicano. Al mismo tiempo, se pone de manifiesto la necesidad de que los migrantes hacia EUA contraten un seguro médico, preferentemente con una cobertura binacional, como si todos los migrantes tuvieran

23 Muchos hogares en extrema pobreza fueron beneficiados desde 1998 con el Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA), cuyo esquema de atención focalizada atendió a un millón de familias en las que se incluían familias de migrantes. Por su éxito este programa federal fue retomado por los dos gobiernos subsiguientes, bajo el nombre de Oportunidades, expandiendo su cobertura rápidamente hacia todo el país. El Seguro Popular aprovechó este padrón de beneficiarios y fue llevado a todos los centros de salud públicos locales, estatales y federales para ampliar el servicio de salud prácticamente a toda la población que no tenía algún préstamo como derechohabiente.

24 Disponible al 30 de junio de 2012 en www.promoción.salud.gob.mx

el mismo nivel de accesibilidad a los servicios de salud privada, siendo el caso de las poblaciones rurales, cuyos habitantes difícilmente pueden acceder a servicios de salud comunitaria a través del sistema de salud pública federal o estatal.

Sin distinciones, se proponen los seguros médicos transfronterizos, donde los principales promotores son los gobiernos locales a través de las ferias de salud, paquetes de información, entre otras. Se puede prever que los reguladores y beneficiados directos serán los mercados de aseguradoras privadas y los migrantes quedan desprotegidos de derechos a la salud al quedar a merced de estos nuevos actores que en definitiva juegan un papel decisivo en las agendas binacionales. De hecho, al no haber más alternativas, los mismos consulados mexicanos en EUA han incursionado en este ámbito. Ciertamente, estos nuevos protagonistas de mayor peso económico, no aparecen como tal en ninguna agenda de la Comisión Binacional México-Estados Unidos, sin embargo se pronuncian a través de los mecanismos internos de control, que en este caso se trata de los gobiernos estatales y locales, quienes al parecer fungen más bien como sus principales agentes “de ventas”.

El surgimiento de estos nuevos actores responden más “a las estrategias de protección social en salud identificadas con el desarrollo o la existencia de opciones de seguros médicos, que con el compromiso del Estado de garantizar acceso y cobertura a un mínimo de servicios de salud para los migrantes en ambos lados de la frontera y con un carácter binacional de políticas públicas. [...] en ambos lados de la frontera están tomando fuerza posturas relativamente encontradas entre los diferentes actores sociales. Del lado de EUA se perciben escenarios de mayor factibilidad, los relativos a seguros médicos con carácter binacional pero en un

contexto de seguros privados de salud, mientras que en el lado de México los escenarios se dirigen a desarrollar una mayor fuerza hacia seguros médicos públicos como una nueva modalidad de seguro popular de salud bajo esquemas de aseguramiento público” (ARREDONDO et al, 2010 p. 165).

LAS FALSAS VISIBILIDADES

El trabajo de campo de 2006, permitió que en las primeras visitas a ambas localidades (Tonatico y Las Vueltas) se entrevistara al personal de los Centros de Salud. Si bien ambas localidades dependen del Instituto de Salud del Estado de México (ISEM), no se conocía la existencia del programa VSRS. Así lo refirió el médico del Centro vecino a Las Vueltas:

“No, no sé qué programa será, es la primera ocasión que lo escucho y efectivamente muchas personas del pueblo se van a los Estados Unidos pero no contamos con ningún programa de salud exclusivo para ellos, las únicas personas a las que no se les cobra la consulta son las que están inscritas a “Oportunidades” o al Seguro Popular”²⁵.

25 Entrevista realizada el 19 de julio de 2006, en el Centro de Salud de Las Vueltas.

Allí mismo, un joven de aproximadamente 30 años de edad que se había establecido en los EUA por más de nueve años, nos dijo:

“La atención médica en el otro lado es muy cara. Poco vamos a consulta. Preferimos tomar algunas medicinas que compramos sin receta y así nos curamos. A mí no me ha tocado tener una enfermedad grave, pero sé de otras personas que han tenido que ir al Hospital y dicen que son muy altos los cobros en sus *billes*”^{26,27}.

26 Esta palabra es un término que utilizan los migrantes para referirse al cobro que el gobierno hace por los servicios de salud y otros, estos cobros les llegan a sus domicilios.

27 Entrevista realizada el 19 de julio de 2006, en el Centro de Salud de Las Vueltas.

El mismo joven nos comentó además que carecía de “aseguranza” igual que otros migrantes, y por esa razón cuando vienen a México, procuran hacerse un chequeo con médicos privados. Por su parte el delegado municipal de Las Vueltas, quien también fue migrante, mencionó que la última vez que pasó a EUA fue por un par de años y pese a que desde 2004 reside en Las Vueltas nunca había escuchado del programa VSRS y de ningún otro programa del gobierno mexicano para apoyar a los migrantes en los EUA en materia de salud. De hecho, está convencido que es más fácil que le vendan un seguro de gastos médicos en EUA aunque no tenga papeles en regla, que los gobiernos les ofrezcan protección (social y de salud).

Miguel, otro lugareño migrante que se encontraba en la comunidad, comentó que estaba festejando que hacía apenas una semana le habían dado su “ciudadanía”, después de más de 10 años de estar trabajando en los EUA y que ciertamente desconocía que hubiera algún programa de salud de parte de gobierno mexicano, no obstante, tiene una buena opinión del gobierno norteamericano respecto de la atención que otorgan a los migrantes en general, en especial con los servicios de salud comunitarios, aunque él no tiene el problema de la carencia de seguridad social, pues aún sin documentos su patrón le había arreglado un seguro. El insistía en que el gobierno norteamericano les facilita las cosas a todos los migrantes documentados, y en especial a los mexicanos.²⁸ Su opinión debe entenderse como la de un trabajador mexiquense inmigrado a los EUA quien, con el paso de los años, ha podido insertarse exitosamente en la sociedad del país vecino.

Semejante a lo observado en Las Vueltas, ocurrió en Tonatico, donde ni el personal médico del Centro de Salud, ni la población habían oído mencionar de la existencia del programa VSRS. De existir algo similar, indica el delegado municipal, los migrantes y sus familias radicadas en la localidad no gastarían

28 Entrevista realizada al Sr. Miguel Ángel Carbajal O., el 19 de julio de 2006 en Las Vueltas.

tanto en medicinas ni en consultas, pues la mayoría prefiere la medicina privada.

En el Centro de Salud de Tonicato, un grupo de Técnicas en Atención Primaria a la Salud (TAPS), indicaron que la relación con los gobernantes de Waukegan, Illinois, lugar estadounidense donde residen la mayoría de los migrantes tonatiquences, era muy buena, que incluso en las fiestas patronales de Tonicato se efectuaba un evento entre habitantes mexiquenses y de aquella región de los EUA, consistente en tres aspectos: una misa de acción de gracias en la Iglesia Católica de la población, un evento deportivo y un programa cívico-social. Apoyados en estas relaciones, reforzadas a través de clubes de migrantes, la población en Tonicato también hace uso de las remesas para atender sus problemas de salud. Sólo en caso de que no lleguen las remesas, acuden al Centro de Salud, aunque muchas jóvenes familias están inscritas al programa Oportunidades y voluntariamente los ex-migrantes se están inscribiendo progresivamente al Seguro Popular, siguen prefiriendo la medicina privada, ya que consideran inadecuadas las atenciones que reciben por parte del sector público. Mencionan las TAPS, que la causa por la que acuden con más frecuencia los migrantes al Centro de Salud, es sobre todo para solicitar preservativos y aplicación de vacunas, antes de emprender el viaje hacia EUA.

Como es de percibirse en estos relatos, las poblaciones que debieran ser la beneficiarias de los programas de atención a la salud a los migrantes y sus familias, sólo aparecen en cifras casi fantasmas en los reportes de salud y en los discursos oficiales binacionales, pero en su vida cotidiana recurren a diversas estrategias o alternativas transnacionales para tratar de atender sus enfermedades o accidentes, dentro de las cuáles se crean falsas expectativas con respecto al papel de los gobiernos en el sentido de garantizarles protección social y salud. En cambio quedan en condiciones de vulnerabilidad y arriesgan continuamente su estabilidad socioeconómica al quedar a merced de alternativas donde la salud es una mercancía y no un derecho.

ALGUNAS LECCIONES A MANERA DE CONCLUSIÓN

La etnografía institucional del programa VSRS nos obliga a preguntarnos ¿porqué seguir difundiendo como práctica discursiva un programa gubernamental sin ejecución propia y como parte de una agenda Binacional?

Tal vez las respuestas a esta interrogante no son certeras y ni se pretende que lo sean, pero pueden acercarse a enunciar algunas lecciones que consideramos significativas para ir creando una importante masa crítica y reflexiva sobre el papel del Estado en la salud de los migrantes mexicanos y sus familias.

En primera instancia los discursos sobre el programa VSRS no son el reflejo de la representación de lo que está sucediendo en el campo de la intervención institucional, y por lo tanto se encuentra ajeno a la realidad que experimentan los supuestos beneficiarios del servicio de protección social y de salud, es decir a los migrantes mexicanos indocumentados y sus familias en EUA, quienes a su vez se ven afectados por el propio sistema de por sí excluyente. Bajo esta disociación entre lo que se dice y lo que se hace, surge la sospecha de que existen intereses escondidos o no explícitos que distraen el interés de los afectados. De ser así, los derechos a la salud de los trabajadores migrantes en EUA no sólo parecen difuminarse en los discursos hegemónicos binacionales, sino que al visibilizar sus necesidades de protección social y de atención a la salud en los discursos institucionales, se esconde la explotación de la fuerza de trabajo que trae implícita la migración indocumentada en la expansión del mercado estadounidense.

En ese juego de poder, se va posicionando un proceso de intervención que responde más a liberar la responsabilidad del Estado sobre protección social y de salud a los mercados, que a garantizar el acceso a los servicios de salud de calidad y oportunos a todos los humanos como un derecho universal.

Derivada de la anterior, aprendimos una segunda lección: no existen discursos institucionales contradictorios entre

derechos y mercados, pues ambos obedecen a estrategias más amplias de dominación y control social. Por un lado, la salud como un derecho universal, ha interpelado que diferentes sistemas de salud logren cierta definición que sea compatible con los intereses propios de cada Estado y con los mecanismos que regulan el acceso a la salud (WHO, 1998). En el proceso de definición, intervienen actores estratégicos y organizaciones que aplican las reglas del juego y de poder que establecen una relación estrecha entre la salud y el mercado, de tal forma, que logran legitimar la fusión en un mercado de la salud (seguros, servicios médicos y terapéuticos, hospitales, farmacéuticos, biotecnológicos, bioingeniería, patentes, etc.).

Por otro lado, para los sectores de la población rural, quienes a menudo requieren de la fuerza física en sus actividades laborales, deberán contar con un buen estado de salud para asegurar cierta regularidad en sus ingresos. Siendo su estado de salud la única reserva, su único capital para subsistir (MIGLIONICO, 2006, p. 15). De tal forma que al mismo tiempo que el estado general de salud de los migrantes es considerada un energético condicionante para lograr su inserción a los mercados de fuerte atracción laboral, la expansión de los mercados requiere de esta fuerza laboral de bajo costo para competir con productos baratos en los mercados globalizados (MÁRQUEZ y DELGADO, 2011). En otras palabras; uno de los pilares de esas estructuras de poder, es sin duda poder controlar esa población a los más bajos costes de producción y reproducción social.

Finalmente y no como una última lección: tenemos que los desafíos que develan la etnografía institucional de un programa discursivo y no operativo, nos conduce a evitar adherirnos a un proceso de “inscripción” (LATOIR y WOOLGAR, 1979), dentro del cual la objetivación de la realidad en categorías estandarizadas de conocimiento nos aleja de cualquier interpretación subjetiva de la realidad y por ende de la vida de las personas. Dado que estas categorías políticas responden a intereses económicos y

por lo tanto constituyen mecanismos de poder, debemos de construir las partiendo de nuevas representaciones sociales sobre la “salud de la población migrante”, impidiendo que se conviertan en categorías subalternas y por lo tanto controlables.

BIBLIOGRAFÍA

ARREDONDO, Armando; OROZCO, Emanuel; WALLACE, Steven; RODRÍGUEZ, Michael. Gobernanza en sistemas de salud; conceptos, aportes y evidencias para el avance de estrategias de protección en la salud de los migrantes. México: Instituto Nacional de Salud Pública en México, UCLA Center of Health Policy Research en California y Universidad Autónoma de Yucatán, 2010.

BARÓN-GÓMEZ Nicolás; CAICEDO, Luis Eduardo. Barreras legales a la cooperación binacional en salud pública en la frontera México -Estados Unidos. 2002. Tesis de licenciatura en Derecho, Bogotá, Colombia: Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Ciencias Jurídicas.

BILBAO, Elena, BURRELL, Jennifer; COLLINS, James. “La migración mexicana y su acceso a los servicios de salud. Una perspectiva binacional desde Puebla y la región de la capital del estado de Nueva York”. México: Iberofórum, Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana., Año VII, n. 13, p. 61-97, 2012.

CASO-RAPHAEL, Agustín, Migración y repatriaciones. México en la encrucijada Norte-Sur, México: Porrúa, 2002.

CASTAÑEDA, Xóchitl; ALBERRO, Rosario; GUTIÉRREZ, Miguel. La salud de los mexicanos en el siglo XXI: un futuro con responsabilidad de todos. Fundación Mexicana para la Salud A. C., 2005.

CASTRO, Domingo (Coord.). Dilemas de la migración en la sociedad posindustrial, Miguel Ángel Porrúa, UAM, UEM, Conacyt México, 2008.

CLIFFORD, James. “Sobre la autoridad etnográfica”. En REYNOSO, Carlos (Ed.)

Dilemas de la cultura: antropología, literatura y arte en la perspectiva posmoderna. Barcelona. Editorial Gedisa, 1995. p. 39-77.

COMISIÓN DE SALUD FRONTERIZA MÉXICO-ESTADOS UNIDOS. Border Lives Health Status in the United States Mexico-Border Region. 2010. Reporte Disponible en línea: http://www.borderhealth.org/e_border_health.php?newsletter=4221&article=, (Consultado el 10 de abril de 2012).

CONAPO (CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN). Migración y salud. Latinos en los Estados Unidos. Consejo Nacional de Población. Universidad de Berkeley California, 2008.

_____. Migración y salud. Los hijos de migrantes mexicanos en Estados Unidos. Consejo Nacional de Población y Universidad de Berkeley California, 2009.

DELGADO, Raúl; MÁRQUEZ, Humberto; RODRÍGUEZ, Héctor. “Seis tesis para desmitificar el nexo entre migración y desarrollo”. Migración y desarrollo. Universidad Autónoma de Zacatecas, n. 12, p. 27-52, 2009.

ESCOBAR, Arturo. Encountering Development. The Making and the Unmaking of the Third World. Princeton: Princeton University Press, 1995.

ESCOBAR-LATAPÍ, Agustín. “Política mexicana y la migración México – EE.UU”. en ESCOBAR-LATAPÍ, Agustín; MARTIN, Susan (Ed.), Mexico – U.S. Migration Management: A Binational Approach, Nueva York. Lexington Books, 2008. p. 179-216.

FARFÁN, Fernando; VIZCARRA, Ivonne; GONZÁLEZ, Norma. “Políticas de salud. Estrategia biopolítica para controlar a los migrantes mexicanos en Estados Unidos”. En Migración y desarrollo, Universidad Autónoma de Zacatecas, v. 10, n. 19, p. 3-32, 2012.

FERGUSON, James. The anti-politics machine: development, depoliticization and bureaucratic power in Lesotho. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.

FREEMAN, Phyllis. “Acceso a los servicios de salud en los Estados Unidos de América para los ciudadanos canadienses y mexicanos en la era del TLCAN: nuevas oportunidades para los viajeros de negocios, recursos decrecientes para las poblaciones vulnerables”. En *Acceso a los Servicios de Salud en el marco del TLC*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 1999.

FOUCAULT, Michel. *Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones*. Madrid: Filosofía Alianza, 2008.

FOX, Jonathan. “Empowerment and Institutional Change: Mapping ‘Virtuous Circles’ of State-Society Interaction”. En ALSOP, Ruth (ed.), *Power, Rights, and Poverty: Concepts and Connections*, Washington DC: World Bank-gb Department of International Development, 2005.

FUNSAJUD (FUNDACIÓN NACIONAL PARA LA SALUD). *La salud en México: 2006-2012*. México, FUNSAJUD, 2006.

GONZÁLEZ-BLOCK, Miguel Ángel; ROBINSON, Scott. *Salud Migrante: Propuesta de un seguro binacional de salud*. Instituto Nacional de Salud Pública en México, 2008.

HERSZENHORN, David M. “Illegal Immigrants and the Health Care Legislation”. *New York Times Blog*. 2009. Disponible en línea <http://prescriptions.blogs.nytimes.com/2009/09/10/illegalimmigrants-and-the-health-care-legislation/> (Consultado el 10 de septiembre de 2010).

HEVIA DE LA JARA, Felipe. “La difícil articulación entre políticas universales y programas focalizados. Etnografía institucional del programa Bolsa Familia de Brasil”. En *Gestión y Política Pública*. México: CIDE, v. XX, n. 1, p. 331-379, 2011.

HOBART, Mark. *An Anthropological Critique of Development*. London. Routledge, 1993.

HUFTY, Marc; BÁSCOLO, Ernesto; BAZZANI, Roberto. “Gobernanza en Salud. Un aporte conceptual y analítico para la investigación”. En *Cadernos de Saúde Pública/ Reports in Public Health*, Brasil, n. 22 (X), p. 109-118, 2006.

IME (INSTITUTO DE LOS MEXICANOS EN EL EXTERIOR). “Mexicanos en el Exterior (Ventanillas de Salud)”. 2008. Disponible en línea: <http://www.sre.gob.mx/ime> (Consultado el 12 de enero de 2009).

ISMECAL. Propuesta de trabajo conjunto entre la Coordinación Nacional de las Oficinas Estatales de atención a migrantes y la Iniciativa de salud México California. 2002. Disponible en Línea: <http://hia.berkeley.edu/documents/conofam.pdf>, (Consultado el 22 de marzo de 2008).

_____. Iniciativa de Salud México – California. 2006, Disponible en Línea: <http://www.saludmigrante.salud.gob.mx/acciones/iniciali.htm>, (Consultado el 22 de marzo de 2008).

LATOURE, Bruno; WOOLGAR, Steve. Laboratory life. The social construction of scientific facts. Princeton. University Press.

LEVINE, Elaine. “Condiciones laborales y salariales para migrantes mexicanos en Estados Unidos”. En MELGAR, Mario Migración a los Estados Unidos, más allá de los números. México: UNAM, 2006, p. 87-117.

LEWIS, David. “La cooperación como proceso: construcción de la etnografía institucional en Bangladesh”. Economía, Sociedad y Territorio, v. III, n. 10, p. 355-377, 2001.

LUNA, Gabriela; CRUZ, Carlos; MORALES, Raquel. “La protección social y la salud: nuevo retos a la migración México-Estados Unidos”. En MEZA G., Liliana; CUELLAR A., Miriam La vulnerabilidad de los grupos migrantes en México. México. Universidad Iberoamericanas. 2009. p. 96-116.

LUTZ, Bruno; VIZCARRA; Ivonne; FLORES, Verónica. “Cuerpo y biopantoptismo en México a principios del siglo XXI: el Programa de Trabajadores Agrícolas Temporales a Canadá”. En Estudios Fronterizos UABC, v. 11, n. 21, p. 71- 102, 2010.

MÁRQUEZ, Humberto; DELGADO, Raúl. “Signos vitales del capitalismo neoliberal: imperialismo, crisis y transformación social”. En Estudios Críticos del Desarrollo, v. I, n.1, p. 11–50, 2011.

MELGAR, Mario (coord.). Migración a los Estados Unidos, más allá de los números. México: Universidad Nacional Autónoma de México. 2006.

MIGLIONICO, Walter. Salud y Trabajo, Guía para la Acción Sindical. 2006. Disponible en línea; http://www.aebu.org.uy/documentos/Doc_Salud_02.pdf. (Consultado el 30 de noviembre de 2011).

MOYA, José; FINKELMAN, Jacobo. “La Migración México-Estados Unidos en el contexto de la migración”. En Salud Pública de México, Instituto Nacional de Salud Pública, n. 49 (especial), p. 4-7, 2007.

MUÑOZ, Nesly Teresa. Análisis del uso de la Tarjeta Binacional de Salud de Tuberculosis en usuarios y prestadores de Servicio de Salud de Veracruz. 2009. Tesis de Maestría en Salud Pública. Universidad Veracruzana e Instituto de Salud Pública.

OIM (ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DE LA MIGRACIÓN). “Migration, health and human rights”. Migration and Health Newsletter, Ginebra. 2002. Disponible en línea: www.iom.int. (Consultado el 22 de Marzo de 2010).

ONU (ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS). Declaración Universal de los Derechos Humanos. Nueva York: ONU, 2009.

SCHMIDT, Samuel. Amor de lejos: la emigración de México a Estados Unidos. Norteamérica, México, v. 3, n. 2. 2008. Disponible en Línea: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870 (Consultado en octubre de 2009).

SMITH, Dorothy. Institutional Ethnography. A Sociology for People. Toronto: Altamira Press, Toronto, 2005.

SSA (SECRETARIA DE SALUD). 2001- 2006 Programa Nacional de Salud. México. SSA, 2001a.

_____. Comunicado de prensa, relativo a la Reunión sobre Salud del Migrante. México. SSA, 2001b

- _____. Programa de Acción: Migrantes “Vete Sano, Regresa Sano. Primera Edición. México. SSA, 2002.
- _____. Salud y Apoyo al Migrante. Actualizada al mes de septiembre del 2004. <http://www.saludmigrante.salud.gob.mx/acciones/vesano.htm> (Consultado el 26 de noviembre de 2009).
- _____. Libro Blanco; Programa de acción 2001-2006. Programa Salud al Migrante. México. SSA, 2006^a.
- _____. Programa de Salud y Apoyo al Migrante. México. SSA, 2006b.
- _____. Programa de Acción Específico 2007 – 2012, Vete Sano, Regresa Sano. México. SSA, 2008.
- _____. Anexo 1. RT 2.1. Ejemplos de respuestas en el mundo en materia de salud de los migrantes. 2011. Disponible en línea http://gfmd.org/documents/mexico/gfmd_mexico10_rt_2-1-annex_es.pdf. (Consultado 20 de mayo de 2012).
- TUIRÁN, Rodolfo. Migración México – Estados Unidos. Hacia una nueva agenda bilateral. México: Consejo Nacional de Población, 2000.
- U. C. – SSA (UNIVERSIDAD DE CALIFORNIA – SECRETARIA DE SALUD), Migrantes Mexicanos y Centroamericanos en Estados Unidos: Acceso a la Salud. México: Regents of the University of California y Secretaría de Salud, 2006.
- WALLACE, Steven; CASTAÑEDA, Xóchitl. Perfil socio-demográfico de los migrantes mexicanos en Estados Unidos. Iniciativa de salud de las Américas. Los Ángeles. Universidad de California (UC), Escuela de Salud Pública UC, Berkeley, USA. Documento de trabajo. 2008.
- WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). Good governance for health. Geneva: WHO, 1998.

IVONNE VIZCARRA-BORDI – Investigadora del Instituto de Ciencias Agropecuarias y Rurales de la UAEM. E-mail: ivbordi@hotmail.com.

FERNANDO FARFÁN-GONZÁLEZ – Profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM). E-mail: ffgle2000@yahoo.com.mx.

