

<https://doi.org/10.21670/ref.1816016>

Artículos

La movilidad médica y la interseccionalidad en la frontera entre Estados Unidos y México

Medical mobility and intersectionality across the United States-Mexico Border

Rosalynn Vega ^{a*}  <https://orcid.org/0000-0003-4520-4114>

^a University of Texas Rio Grande Valley, Department of Sociology and Anthropology, Edinburg, Texas, Estados Unidos de América, correo electrónico: rosalynn.vega@gmail.com

Resumen

El objetivo de este artículo es analizar cómo los procesos interseccionales configuran diferentes grados de movilidad médica a través de la frontera de EE. UU. y México. Este artículo explora cómo factores interseccionales (la raza, el idioma, el estatus socioeconómico y la ciudadanía) moldean los patrones de movilidad médica. La investigación utilizó métodos etnográficos (entrevistas en profundidad y observación participante) durante un periodo de dieciséis meses (desde mayo de 2017 hasta septiembre de 2018) en el Condado de Hidalgo en el Valle del Río Grande de Texas. Los resultados de la investigación son una comprensión etnográfica de los límites de la ciudadanía para los solicitantes de atención médica tanto documentados como no documentados en la región fronteriza, y las circunstancias en las que diferentes residentes de la frontera recurren al bioconsumismo. La conclusión del artículo hace una contribución única a la literatura al ofrecer perspectivas críticas sobre el privilegio relativo.

Palabras clave: interseccionalidad, procesos de racialización, movilidad médica, ciudadanía.

Abstract

The objective of this article is to analyze how intersectional processes shape differing degrees of medical mobility (defined as facility of movement across national borders for the purposes of obtaining health care services or pharmaceuticals) across the U.S.-Mexico border for Spanish-speaking Hispanics and English-speaking Whites. Furthermore, this document explores how intersectional factors such as race, language, socioeconomic status, and citizenship shape medical mobility patterns. The research used ethnographic methods (in-depth interviews and participant observation) over a period of sixteen months (from May 2017 until

Recibido el 12 de septiembre de 2018.

Aceptado el 25 de octubre de 2018.

Publicado el 5 de noviembre de 2018.

IDIOMA ORIGINAL DE ARTÍCULO:
INGLÉS.

*Autor para correspondencia:
Rosalynn Vega, correo electrónico:
rosalynn.vega@gmail.com



Esta obra está protegida bajo una
Licencia Creative Commons Atribu-
ción-NoComercial 4.0 Internacional.

CÓMO CITAR: Vega, R. (2018). Medical mobility and intersectionality across the United States-Mexico Border [La movilidad médica y la interseccionalidad en la frontera entre Estados Unidos y México]. *Estudios Fronterizos*, 19, e016. doi:<https://doi.org/10.21670/ref.1816016>

September 2018) in Hidalgo County in the Rio Grande Valley of Texas. The results of the research are an ethnographic understanding of the limits of citizenship for both documented and undocumented health care seekers in the border region, and the circumstances under which different border residents turn to bioconsumerism. The article's conclusion makes a unique contribution to the literature by offering critical perspectives on relative privilege.

Keywords: intersectionality, racialization processes, medical mobility, citizenship.

Introducción

Isabella López es una estudiante universitaria, hispana y asistente dental en el Valle del Río Grande, Texas. Ella se esfuerza para hacer que su ingreso mensual alcance para poder mantener a sus hijos y hermanos menores. Los fines de semana, le lleva personalmente algunos artículos a su madre al otro lado de la frontera en Reynosa. En una ocasión, acompañó a su padre, de habla hispana, a una consulta con un dentista en Progreso, México. “En cuanto cruzamos a Progreso, fuimos bombardeados por dentistas. Todo el mundo es dentista ... hay un refrán local que dice que es más fácil atropellar a un dentista que a un perro en Progreso” (Isabela López, 2017). El dentista le dijo a su padre que tenía que conseguir un relleno de color esmalte, porque va a durar más que uno de amalgama. Debido a su experiencia laboral, Isabella sabe que los empastes del color del diente duran aproximadamente siete años, mientras que los rellenos de amalgama pueden durar toda la vida siempre y cuando el paciente use hilo dental y se cepille correctamente. Cuando dio su opinión, ella y su padre fueron rodeados inmediatamente por cinco odontólogos, todos presionándoles para que elijan el relleno de color esmalte. Mientras tanto, Isabella mantuvo una actitud escéptica con respecto a la educación y a la formación de todos estos supuestos dentistas. “Todos se decían ‘doctor’, ‘doctor’, y me preguntaba a mí misma, ¿todos aquí son doctores?” (Isabela López, 2017). El recambio de pacientes en la sala de examen era extremadamente rápido, lo que hizo que Isabella se preocupara por la esterilidad de los instrumentos. ¿Tenían tiempo para limpiar la habitación o sustituir los instrumentos usados entre un paciente y el siguiente? Ella intentó ver si abrían un paquete nuevo de instrumentos esterilizados, pero antes de que pudiera confirmarlo, la invitaron a salir, dando lugar al paciente siguiente. Isabella reconoció que el tratamiento era mucho más barato, una corona de porcelana en los EE.UU. cuesta alrededor de \$1 000 dólares, mientras que en Progreso el costo era de \$300 dólares. Isabella opina que la calidad es mejor en los Estados Unidos y, por lo tanto, la diferencia de precio reflejó adecuadamente la calidad del producto. Si bien sabía que su padre estaba recibiendo un servicio de menor calidad comparado con la atención en los EE.UU., su familia no cuenta con seguro médico y no podía pagar la asistencia odontológica en ese país.

Dacia y Keane Danton son una pareja de ancianos blancos que recientemente se mudaron de forma permanente al Valle del Río Grande. Al ser residentes estacionales, solían viajar hacia el sur de Texas desde su hogar en Kansas durante los duros meses de invierno y pasar los veranos en el Norte. Sin embargo, este año, llegaron a la conclusión de que su gran casa y sus siete acres de tierra en Kansas requerían demasiado mantenimiento para sus cuerpos envejecidos. El condado en el que vivían en Kansas era el séptimo más caro de los EE.UU., por lo tanto, su transición a vivir de manera permanente en una casa rodante en el condado más pobre fue también una decisión financiera. Keane tiene artritis, esófago de Barrett, fascitis plantar, y problemas del corazón. Él bromea sobre la necesidad de un psiquiatra al

haber sido “desangrado a muerte”, financieramente hablando, después de haber realizado diferentes pruebas para determinar si se le podía practicar una cirugía bariátrica. Si bien no resultó ser un candidato viable para dicho procedimiento, Keane afirma que “no saben lo biónico que soy ... Soy muy obstinado, y creo que si uno va a ser obstinado sobre algo, debe serlo en relación al positivismo. Tienes que pensar de forma positiva” (Keane, 2017). Al no poder pagar el tratamiento para la fascitis plantar en los EE.UU., Keane señala: “saqué mi cuchillo de bolsillo y me ocupé de ello. Eso me podría haber costado unos cuantos miles de dólares” (Keane, 2017). Keane va al pedicurista en Progreso cada vez que tiene una uña encarnada (muchos de los servicios ofrecidos por los pedicuristas mexicanos caen dentro de la competencia de los podólogos en los Estados Unidos). La esposa de Keane, Dacia, consume varios medicamentos costosos para aliviar sus problemas de salud crónicos. Si bien su seguro de salud (Medicare) le cubría estos medicamentos durante los primeros meses del año, alcanzó su límite de cobertura en mayo (Dacia, 2017), y ahora tiene que pagarlos de su bolsillo. El precio de estos medicamentos en Progreso es menor que el copago de Sam’s Club para los mismos medicamentos. Es decir, una vez que ha agotado los beneficios de su seguro de salud, Diane debe pagar entre \$600 y \$700 dólares para cubrir sus recetas durante el resto del año en una farmacia mexicana.

Este artículo explora el modo en que los factores interseccionales tales como la raza, el idioma, el estatus socioeconómico y la ciudadanía moldean patrones de movilidad médica. Si bien algunos autores han publicado sus trabajos sobre la migración médica (Roberts y Scheper-Hughes, 2011; Thompson, 2011) y otros sobre el turismo médico (Connell, 2006), este artículo destaca las características únicas de la *movilidad médica*. En este estudio, la movilidad médica se define como la facilidad de movimiento a través de las fronteras nacionales para obtener servicios relacionados con el cuidado de la salud o productos farmacéuticos. Es más, no solo se destaca el movimiento de las personas hacia los bienes y servicios, sino también, en el caso de los inmigrantes indocumentados en los Estados Unidos, el movimiento de bienes y servicios hacia ellos.

Dadas las características de la población local en el Valle del Río Grande en Texas, este estudio analiza y compara las experiencias de los dos grupos demográficos más comunes: los hispanos de habla hispana y los blancos de habla inglesa. Muchos miembros de este último grupo son residentes estacionales, jubilados de los estados del norte que pasan el invierno en el sur de Texas, donde el clima es cálido, el costo de vida es barato y, tal como se demuestra en este artículo, el cuidado dental y los productos farmacéuticos son de fácil acceso al otro lado de la frontera. Esta zona se caracteriza por continuos encuentros entre estos dos grupos, la desigualdad socioeconómica extrema, y la proximidad a los servicios médicos en México, dichos factores lo hicieron el lugar ideal para llevar a cabo esta investigación.

En este artículo se analizará cómo los procesos interseccionales en el Valle del Río Grande dan forma a patrones de movilidad médica en la frontera entre México y Estados Unidos para los hispanos de habla hispana y para los blancos de habla inglesa. Estas diferencias interseccionales se materializan en medios digitales (los ejemplos incluyen a los anuncios impresos y a las redes sociales), durante los cruces fronterizos, y en los procesos de toma de decisiones con respecto a qué servicios médicos buscar y dónde buscarlos. También se exploran los límites de la ciudadanía tanto de personas documentadas como indocumentadas que buscan atención médica en la región fronteriza y se describen las diferentes circunstancias en las que los residentes de la frontera recurren al consumismo. (entendido aquí como la necesidad de obtener servicios de salud privados, ubicados en el ámbito comercial). Al hacerlo, se desarrollará una perspectiva crítica sobre el privilegio relativo.

El resto del artículo está estructurado de la siguiente manera: En la sección siguiente, se describen los métodos etnográficos a través de los cuales los datos cualitativos fueron recopilados para este estudio. A continuación, en la sección Antecedentes, se brinda información contextual que describe las características demográficas de la región donde se lleva a cabo esta investigación. La tercera sección está dedicada a los conceptos teóricos. En ella, se explica la diferencia entre el término movilidad médica y otros conceptos similares, tales como la migración médica y el turismo médico. Además, se explican los beneficios de fusionar la teoría de la interseccionalidad con los sitios de racialización. Luego, se contrasta el concepto de ciudadano con el de bioconsumidor. En la cuarta sección, se realiza un análisis detallado de los datos etnográficos; en la que se incluyen relatos etnográficos de las diferentes etapas del traslado por motivos médicos, esto con el fin de dilucidar las diferencias respecto del modo en que los hispanos de habla hispana y los blancos de habla inglesa experimentan y aprovechan las disparidades de sus movilizaciones médicas. Además, se aborda el modo en el que las economías clandestinas pueden ser parte fundamental de las comunidades transfronterizas de apoyo. Por último, en la conclusión, se retoma la cuestión del bioconsumismo, donde se detalla cómo la (in)accesibilidad a la atención médica en los Estados Unidos conduce a los hispanos de habla hispana y a los blancos de habla inglesa a buscar atención médica del otro lado de las fronteras de los EE.UU. En esencia, la movilidad médica señala los límites de la ciudadanía. Por último, se sostiene que el análisis interseccional desarrollado en este estudio, cuando se aplica al concepto de movilidad médica, proporciona un terreno fértil para la investigación futura en términos de privilegio relativo.

Métodos

Este estudio cualitativo se basó en los métodos etnográficos: observación participante tanto en el entorno clínico como comunitario, entrevistas exhaustivas y grupos de discusión. Se realizaron entrevistas semiestructuradas cuya duración variaba de quince minutos hasta más de una hora, con un promedio de aproximadamente cuarenta y cinco minutos. Si bien cada entrevista era adaptada al entrevistado, las preguntas generalmente abordaban los siguientes temas: experiencias relacionadas con la atención médica en los EE.UU.; los factores que motivaron su traslado a México para la atención médica; la comparación de los dos sistemas de salud; y los procesos de toma de decisiones respecto a cuándo, dónde y cómo buscar servicios de atención médica y productos farmacéuticos. También se incluyeron preguntas que permitieran entender la posición del entrevistado en la sociedad (raza/etnia, lengua hablada en el hogar, estatus socioeconómico, nivel de educación, etc.), sin embargo, para evitar causar ansiedad y malestar, se omitieron de manera intencional preguntas relacionadas al estatus migratorio. Al no estructurar excesivamente las entrevistas, se evitó influir o guiar a los entrevistados, permitiéndoles hablar por sí mismos. En total participaron 218 sujetos en este estudio. Entre los entrevistados hay 29 médicos, 8 asistentes médicos y enfermeras y 21 sujetos que son parte del personal del hospital y de emergencias. El resto lo constituyen los beneficiarios de los servicios sanitarios y sus familias.

El análisis de datos se deriva de entradas detalladas en una bitácora de campo, grabaciones de entrevistas en audio y video, y datos etnográficos digitales obtenidos de las redes sociales. Al concluir la investigación, se realizó un proceso iterativo que utiliza una codificación abierta para identificar los temas emergentes y sintetizar los constructos de orden superior. Todos los nombres que aparecen a lo largo de esta etnografía son seudónimos. Se aclara,

además, que esta investigación cuenta con la aprobación de la Junta de Revisión Interna [Internal Review Board (IRB)].

Antecedentes

La investigación se llevó a cabo en el Condado de Hidalgo y según la Oficina del Censo de los Estados Unidos del 2017, con la excepción de un 3%, la población era hispana o blanca. En este 3% se incluían los negros, a los nativos americanos, a los asiáticos y a las personas de dos o más razas. Entre los blancos o hispanos, 97.0% se identificó en los formularios del censo como “blanco solamente”, 92.2% como “hispano o latino”, y 6.2% como “blanco solamente, no hispano ni latino” (United States Census Bureau, s.f.d). Dicho de otro modo, según el conjunto de datos de 2015, el estimado anual de las Encuestas de la Comunidad Americana (ACS, por sus siglas en inglés) realizadas por la Oficina del Censo, 768 798 +/-N/A habitantes eran hispanos y 58 583 +/- 459 eran blancos. En el censo también se afirma que 84.6% de las personas de más de cinco años de edad hablan un idioma distinto al inglés en casa. El otro idioma que se habla, de modo apabullante, es el español: 618 351 hablantes. En este estudio se utiliza el idioma para distinguir entre los dos grupos de comparación, es decir, el idioma permitió separar a los “blancos solamente, no hispanos ni latinos” de los “solo blancos” (eliminando la superposición que lleva a más del 100% de acuerdo con las categorías del censo de EE.UU.) (United States Census Bureau, s.f.a).

El valor de la mediana de la vivienda ocupada por su propietario fue de \$81 400 dólares y la mediana del alquiler bruto era de \$677. Estas cifras son indicativas del bajo costo de vida comparado con los Estados Unidos en general. Sin embargo, el valor real de estos gastos de vivienda para las familias locales puede comprenderse mejor si se consideran en contexto. Las estimaciones para 2015 de los seguros de salud en áreas pequeñas [Small Area Health Insurance Estimates] indican que 31.2% de las personas vivían en situación de pobreza. La mediana de los ingresos familiares es de \$36 094 dólares por año, y el ingreso per cápita era de \$15 240. En este artículo, se hace referencia a la estrecha relación entre la raza y la condición socioeconómica. Las cifras obtenidas en este Censo reafirman que los hispanos son la raza con mayor cantidad de individuos que viven en situación de pobreza (255 241 +/- 17 931).

Con respecto a la salud, un artículo de Atul Gawande en el *New Yorker* afirma que la región se destaca debido al “enigma del costo” local (Gawande, 2009). Es decir, mientras la población refleja un alto porcentaje de pobreza, el gasto en salud es extremadamente alto. De acuerdo con las estimaciones para 2015 de los seguros de salud en áreas pequeñas (SAHIE, por sus siglas en inglés), 32% de la población no tiene cobertura (Bowers, Gann y Elser, 2017). A pesar del alto porcentaje de pobreza y de personas no aseguradas, el total de los recibos/ingresos en atención médica y social en el año 2012 fue de \$3 479 014 000 dólares, según las estimaciones del censo. Según el Atlas de Dartmouth del Cuidado de la Salud (The Dartmouth Atlas of Health Care, 2014), se reembolsaron \$12 336 dólares por cada asegurado.

En el 2016, 27.9% de la población era de procedencia extranjera (United States Census Bureau, s.f.c). Las estimaciones anuales de las ACS afirman que, en 2014, 79.6% de la población eran ciudadanos estadounidenses, mientras que esta cifra alcanzó 79.7% en 2015 (United States Census Bureau, s.f.b). El Instituto de Política Migratoria en Washington

D.C. estima que 100 000 personas indocumentadas residen en el Condado Hidalgo. La edad mediana de los ciudadanos nativos es de 21.1 +/- 0.4 años, mientras que la edad mediana de los individuos nacidos en el extranjero es de 44.9 +/- 1.1 años (la edad mediana de la población en general es de 29.1). La población tiene un nivel educativo inferior al promedio estadounidense —solo 17.4% de las personas con veinticinco años o más posee una licenciatura. Sin embargo, cuando el Instituto de Política Migratoria utilizó los datos de las ACS para analizar la población exclusivamente indocumentada, determinó que alrededor de 67% no tenía certificado de preparatoria y solo 6% poseía un título universitario (Migration Policy Institute, s.f.).

Conceptos teóricos

En esta sección hablaremos de los conceptos teóricos que orientan este trabajo. En primer lugar, se detalla cómo la migración médica y el turismo médico han sido estudiados por los antropólogos médicos. Al hacerlo, se explica por qué se ha optado por utilizar la terminología movilidad médica en este texto. En segundo lugar, se describe la teoría de la interseccionalidad y cómo se combina con la de los sitios de racialización a fin explicar los procesos de racialización interseccional. Por último, se aclara el significado de bioconsumidor, específicamente en contraste con el concepto de ciudadano. En la sección de análisis se trabajará con todos estos conceptos, distinguiendo así los diferentes matices entre las experiencias de los hispanos de habla hispana y los blancos de habla inglesa en la región fronteriza México-EE.UU.

La migración médica vs. la movilidad médica

La migración médica ha surgido como un tema apasionante de investigación etnográfica en la antropología médica. Muchos de sus estudios analizan cómo las terapias médicas se reconfiguran y modifican cuando las terapias mismas y quienes solicitan los servicios de salud viajan a través de terrenos políticos, económicos y geográficos (Roberts y Scheper-Hughes, 2011). Las observaciones etnográficas reafirman las aseveraciones de Thompson respecto a que “cada vez en mayor medida las migraciones médicas son parte de la estructura del orden mundial transnacional” (Thompson, 2011, p. 205), enfatizando la naturaleza transnacional del cuidado de la salud en el mundo contemporáneo. Es decir, los estudios etnográficos sobre el trasplante de órganos, la fertilización in-vitro y las cirugías cosméticas electivas demuestran la multitud de maneras en las que los migrantes por motivos médicos buscan servicios de salud y recursos fuera del país en el que residen. Otros estudios que resaltan la brecha socioeconómica entre aquellos que buscan servicios de atención médica y los contextos geográficos en los que se prestan dichos servicios, se refieren al *turismo médico*. Esta última frase sirve de diagnóstico a la desigualdad estructural, ya que los turistas por motivos médicos tienden a ser miembros de la élite mundial (Connell, 2006).

En este estudio, el foco de atención se ubica sobre la movilidad médica en lugar de la migración médica. La palabra migración connota un cierto grado de permanencia en el lugar al que se migra. En contraste, los viajes a través de la frontera entre EE.UU y México descritos en este estudio son breves. Quienes se embarcan en estos desplazamientos

regresan muy pronto a su lugar de residencia (normalmente en unas horas), y quienes reciben atención transfronteriza solicitan estos servicios ocasionalmente. Este enfoque sobre movilidad médica arroja luz sobre los diferentes grados de dificultad de movimiento de los individuos, resaltando así el contraste de las prácticas médicas por parte de los residentes legales en contraposición con los indocumentados, quienes no pueden cruzar la frontera sin correr un gran riesgo de no poder retornar. El estudio de la movilidad médica añade complejidad a la investigación existente sobre la migración médica, señalando cómo los diferentes ejes de inequidad moldean el movimiento de las personas y de los recursos a través de las fronteras nacionales. Específicamente, aquí se explora cómo los diferentes niveles de vulnerabilidad influyen en el modo en que los ciudadanos estadounidenses, a diferencia de los residentes estadounidenses de origen mexicano, hacen uso de movilidades médicas divergentes para tener acceso a los servicios de salud. Además, rechaza algunos de los supuestos formulados en torno al término turismo médico, ya que la experiencia de movilidad médica no necesariamente se reviste de la connotación de abundancia que dicho término implica. Mientras que el turismo médico con frecuencia incluye actividades relacionadas con el ocio y el lujo, la movilidad médica a menudo está motivada por la necesidad debido al acceso insuficiente a los servicios de salud en el país de residencia.

*Los procesos interseccionales de racialización:
La fusión de la interseccionalidad con los sitios de racialización*

En este artículo se comparan dos grupos diferentes: los hispanos hispanoparlantes por un lado y los blancos angloparlantes en el otro. En general, estos grupos son distintos en función de la raza, idioma, ciudadanía y nivel socioeconómico, incluyendo también factores relacionados, tales como el acceso al seguro de salud. En términos generales, es menos probable que los hispanos hispanoparlantes sean ciudadanos estadounidenses que los blancos angloparlantes. Como resultado, a menudo disponen de menos recursos económicos y acceso reducido a los seguros de salud en comparación con los residentes blancos del Valle del Río Grande.

Esta línea argumentativa se basa en la teoría de la interseccionalidad de Kimberle Crenshaw (2014), cuyos planteamientos son útiles para abordar el problema de la igualdad y de la diferencia en relación al poder y a la lógica fundacional de las opresiones entrelazadas (Cohen, 1997; Grzanka, 2014). La interseccionalidad es un instrumento conceptual que permite comprender cómo las diferentes dimensiones de la desigualdad se construyen mutuamente (Grzanka, 2014); las dimensiones de la desigualdad que se interceptan no necesariamente son acumulativas. La analogía de Crenshaw referida al aumento de la probabilidad de sufrir una lesión en un cruce de caminos muestra cómo en ocasiones las mujeres negras son discriminadas por su género, de una forma similar a las mujeres blancas, mientras que otras veces experimentan la discriminación racial al igual que los hombres de raza negra, y otras veces se les discrimina por ser mujeres negras; lo que no equivale a la suma de racismo y sexismo, sino que se transforma en algo que reemplaza a estas categorías individuales y no puede describirse como un derivado de las vidas de las mujeres blancas o de los hombres negros. Crenshaw hace énfasis en la discriminación de género contra las mujeres que ya son marginadas por su raza o clase, y afirma que mientras que algunos de los obstáculos que enfrentan las mujeres racializadas son los mismos que los que enfrentan las mujeres de élite, otros obstáculos les afectan exclusivamente.

En este artículo, se destacan los procesos de racialización interseccional, fusionando la teoría de la interseccionalidad de Crenshaw con la perspectiva de Khiara Bridges en relación con los sitios de racialización (Bridges, 2011). Trascendiendo las nociones de determinismo biológico, Bridges argumenta que la raza es un proceso. Este estudio amplía su entendimiento de la raza como proceso aplicándolo a las movilidades médicas. Si bien se comparte con Bridges la noción de que la raza y la clase a menudo se implican mutuamente, en este estudio se considera que la raza es la variable más valiosa a lo largo de la frontera entre EE.UU y México.

En esencia, al resaltar los procesos de racialización interseccional, se destaca el modo en que los diferentes grados de movilidad médica se estructuran en función de la diferencia racial. Este estudio combina ambas teorías a fin de examinar el dominio sistémico que superpone la raza, el idioma, la clase socioeconómica, y la ciudadanía, y que se manifiesta a través de las distintas maneras racializadas en las que los bioconsumidores¹ se relacionan con los medios digitales, lidian con la (in)movilidad, planean rutas de movilidad médica, buscan servicios particulares, y se refieren a “los otros”.

Los ciudadanos vs. los bioconsumidores

Vega (2018) aboga por la consideración del bioconsumidor, individuo para quien el consumo de servicios médicos basado en el mercado desempeña un papel formativo en cómo sus identidades son percibidas y presentadas sincréticamente. Según este argumento, los privilegiados no se posicionan como ciudadanos a través de las reclamaciones de recursos públicos; en su lugar, acumulan capital cultural a través de los servicios privatizados. Así, los principales intereses del bioconsumo entre los privilegiados son la presentación de sí mismo y la acumulación de capital cultural.

Este estudio tiene como objetivo explorar la aplicabilidad del concepto de bioconsumo y su capacidad de describir las experiencias de la ciudadanía (o la falta de ella) en el extremo opuesto del espectro socioeconómico. La investigación se desarrolla en una ubicación geográfica caracterizada en gran medida por la pobreza (Hidalgo County se encuentra rutinariamente entre los condados más pobres de los Estados Unidos), por lo tanto, es el lugar ideal para indagar acerca de la utilidad del concepto de bioconsumo entre los pobres. La línea argumentativa aquí presentada señala que, en este contexto, el bioconsumo no está impulsado por el deseo de acumular capital cultural y conservar las representaciones de sí mismo. Más bien, el bioconsumo es una estrategia creativa y de resistencia desarrollada por personas que viven en situaciones de vulnerabilidad debido a la superposición de causas que no les permiten acceder a los servicios médicos que dependen de la ciudadanía.

Análisis

En este artículo, se presentarán las perspectivas relacionadas con las distintas experiencias de los hispanos hispanoparlantes y los blancos angloparlantes. Concretamente, se han

¹ Para una descripción más detallada de los bioconsumidores véase Vega (2018). Este concepto también se desarrollará con más detalle a lo largo de este artículo.

incluido relatos etnográficos de las diferentes etapas del viaje como son: la planificación antes de salir; las [in]movilidades y las respuestas psicoemocionales al cruzar la frontera; la interacción con la gente mientras están “del otro lado”; y, por último, cómo estas interacciones configuran distintas concepciones de los espacios de tal manera que producen diferentes tipos de “lugares”. Esto con el fin de examinar las diferencias entre cómo los hispanos hispanoparlantes y los blancos angloparlantes experimentan y aprovechan sus movilidades médicas dispares. Al discutir cómo interactúa cada uno de estos dos grupos con los prestadores de servicios médicos, se abordan las economías clandestinas y cómo ciertas actividades ilícitas pueden, de hecho, señalar ciertas prácticas médicas transfronterizas.

Antes de partir a México: La movilidad médica “mediatizada”

Los procesos de toma de decisiones tanto de las familias hispanas hispanoparlantes como de los residentes estacionales de Texas de raza blanca se ven en gran medida influenciados y moldeados por los distintos medios informativos que aportan datos de sus preocupaciones principales. Por lo tanto, la movilidad médica hacia México es mediatizada en ambos grupos.

Para los hispanos hispanoparlantes, la principal preocupación a la hora de considerar la movilidad médica a México es la seguridad física. Todos ellos están familiarizados con las escenas de violencia que tienen lugar a lo largo de la frontera, ya que prácticamente todos los hispanos hispanoparlantes entrevistados usan las redes sociales y tienen familiares en ambos lados de la frontera, de modo que acumulan variadas experiencias en EE.UU. y México. Si bien se omitió preguntar a los entrevistados sobre su estatus migratorio, se logró recabar información de pequeños grupos de discusión acerca de cómo tanto los individuos documentados como indocumentados toman decisiones sobre la movilidad médica.

En general, para los residentes legales de los Estados Unidos, las principales fuentes de información sobre la seguridad en cuanto a la movilidad médica son las llamadas telefónicas a familiares que viven en México y las alertas comunitarias que aparecen en las redes sociales como Facebook. Una joven, de nombre Jade, me contó que su padre la llama para informarle las novedades. Un día, él la llamó y le dijo, “dígame a su tía que no venga”. Jade luego bromeó con su padre, llamándolo *chismoso*. Defendiendo la legitimidad de su preocupación, el padre le dijo, “métete en Facebook” (Jade, 2018).

Los medios de comunicación formales en México no proporcionan información fiable y coherente sobre la violencia relacionada con los grupos criminales minuto a minuto. Además, la información que aparece en los medios de comunicación mexicanos rara vez se retransmite en los medios de comunicación estadounidenses. Los hispanos hispanoparlantes se movilizan a través de páginas de Facebook específicas, creando así un sistema de alerta comunitario en tiempo real que desafía las fronteras nacionales. Las páginas de Facebook son actualizadas por sus suscriptores, y sus publicaciones incluyen el cruce de calles donde la violencia se está produciendo y los grupos delictivos involucrados. Por ejemplo, la página de alerta de Reynosa se llama Código Rojo Reynosa. Esta información es utilizada por los migrantes que cruzan la frontera por motivos médicos para determinar si el cruce es seguro y para planificar la ruta más apropiada.

Para los residentes documentados de EE.UU., cruzar la frontera de manera segura requiere una planificación meticulosa mediatizada; sin embargo, esta no es una opción para muchos indocumentados. Aunque la distancia geográfica entre los entrevistados y los

familiares que viven “del otro lado” pueda ser de tan solo cinco millas, la distancia emocional es enorme para quienes, debido a su condición de indocumentados en los EE.UU., les impide disfrutar de la presencia física de sus cónyuges, padres e hijos. Los indocumentados estarían excluidos de la movilidad física médica, ya que no podrían volver a los Estados Unidos. Sin embargo, los mexicanos indocumentados a veces pueden acceder a los productos farmacéuticos mexicanos a través de los miembros de su red social que cuentan con los documentos necesarios. Asimismo, se aprovechan del mercado negro de servicios, como los procedimientos dentales, ofrecidos por médicos formados en México que hacen visitas a domicilio sin licencia en los Estados Unidos (véase abajo). Tanto las entregas de productos farmacéuticos transfronterizas como las visitas odontológicas domiciliarias se organizan por medios digitales, generalmente a través de mensajes de texto y Messenger.

En cuanto a los residentes estacionales de Texas, el temor por su seguridad física disuade a muchos de buscar alternativas de atención médica más baratas en México. Las decisiones de quienes deciden cruzar también están mediatizadas. Sin embargo, debido a la edad avanzada que predomina en este grupo, no utilizan las redes sociales como medio informativo para formular estrategias. Al contrario, son los objetivos de la publicidad, por ejemplo: una anciana de nombre Montana, me mostró una tarjeta de presentación en inglés de su dentista Ivon, quien ejerce en Progreso. Mientras me mostraba la tarjeta, Dawn (2017) mencionó que le parecía curioso que la mayor parte del espacio en la tarjeta de Irma está ocupado por la imagen de una mujer blanca ¿por qué Irma no había elegido la imagen de alguien con rasgos hispanos? “Preferiría ver una foto de ella ahí”, Dawn reflexionó en voz alta, “es casi como si ella estuviera diciendo, la gente blanca es bienvenida”.

La (in)movilidad y el cruce de la frontera

En las entrevistas, los hispanos de habla hispana y los blancos de habla inglesa expresaron sentimientos divergentes relacionados con el cruce físico de la frontera. Cuando los residentes estacionales de Texas cruzan el río Grande hacia México, inmediatamente se sienten impactados al ver a los soldados con sus armas que esperan al final del puente. Este evidente recordatorio de la violencia potencial hace que la mayoría de los individuos se sientan incómodos, aunque no lo suficiente como para dar la vuelta. La leve incomodidad es rápidamente disipada por la presencia acogedora de los profesionales y trabajadores de la salud de Progreso. Por ejemplo, Keane (2017) explica, “ellos realmente cuidan de uno allá afuera ... Supongo que les caigo bien. Me agradan, son muy amables, realmente lo son... Trabajan duro para ganar su dinero, en verdad trabajan duro.” Su descripción aduladora de los camareros, pedicuristas, dentistas y farmacéuticos puede exaltar la calidad de estos encuentros al omitir las desigualdades interseccionales en las que se basa. Lo que falta en su descripción es un vínculo explícito entre los procesos interseccionales de racialización y el amable comportamiento de los trabajadores que cuidan de él tan bien.

Por otro lado, los hispanos con documentos confesaron sentir cierta ansiedad al esperar en la línea para cruzar hacia los Estados Unidos. ¿Qué pasaría si ellos perdieran sus “papeles”? Hace unos años, antes de que los requisitos para cruzar la frontera fueran tan estrictos como lo son ahora, a Isabella le preocupaba principalmente la violencia de los grupos delictivos a la hora de planificar su entrada y salida de México. En una ocasión ella necesitaba entregarle algo a su madre, que vive a tan solo unas cuerdas del otro lado de la frontera. De haber realizado la entrega en su auto, tendría que haberse adentrado aún más en Reynosa, dada

la intrincada red de calles de un solo sentido; por eso decidió ir caminando a la casa de su madre, llevando los objetos que tenía que entregar en sus manos. Sin embargo, cuando regresó al cruce fronterizo hacia los Estados Unidos, se dio cuenta que había olvidado su licencia de conductor dado que decidió no manejar en auto. El oficial de inmigración le dijo que sin identificación oficial, no se le permitiría la entrada a los Estados Unidos, por lo que entró en pánico, pensando en sus hijos en el otro lado y lo que sucedería si no la autorizaban a regresar con ellos, comenzó a llorar y suplicó al oficial de inmigración que la dejara entrar. Finalmente lo convenció al darle información sobre el consultorio dental donde ella trabaja.

La desesperación que siente Isabella al intentar cruzar es desconocida para los blancos angloparlantes. La entrada de los residentes estacionales blancos de Texas a México no está sujeta a las leyes de inmigración. De hecho, nunca entran en contacto con un funcionario de inmigración mexicano. La mayor barrera para entrar es una caseta de peaje donde deben depositar veinticinco centavos. Al regresar a Estados Unidos, su raza los protege de experimentar el miedo que Isabella sintió, ya que es más probable que un oficial de inmigración les recrimine el ser olvidadizos antes de considerar la posibilidad de que sean extranjeros ilegales. Este privilegio basado en la raza es interpretado como insolencia por algunos de los participantes hispanos hispanoparlantes. Por ejemplo, Valentina (2017) describió la actitud de una mujer blanca, al cruzar hacia los Estados Unidos sin identificación: “Somos blancos, ¿qué planean hacer con nosotros? Soy blanco. Yo hablo inglés. Soy estadounidense, ¿por qué no me dejarían cruzar?”

Utilizando la movilidad médica como enfoque, esta línea argumentativa sostiene que la movilidad física a través de las fronteras nacionales, la medida en que las personas encuentran obstáculos o dificultad para trasladarse, se correlaciona con la movilidad social (Vega, 2018). Dicho de otro modo, ser un “ciudadano global” es un privilegio para algunos y una realidad que excluye a muchos otros. Desde esta perspectiva, la libertad de movimiento sirve como una medida de desigualdad social. Quienes poseen una mayor movilidad física, y no sienten miedo al cruzar las fronteras, son privilegiados dentro del orden social transnacional. Las experiencias dispares de los individuos al cruzar la frontera están vinculadas con su estatus migratorio, pero además, están determinadas por la raza, ya que incluso algunos hispanos con documentos experimentan ansiedad durante los cruces de frontera. Estos hallazgos etnográficos sugieren que la raza es primordial en la definición de las jerarquías sociales en la zona fronteriza México-EE.UU.

La interacción con “el otro lado”: Espacio y lugar

En el transcurso de esta investigación, se encontró que si bien ambos grupos estaban preocupados por la violencia en México, se comportan de manera claramente diferente respecto a sus interacciones con el espacio físico mexicano. Al hacerlo, sus movilizaciones médicas transforman estos espacios en diferentes tipos de lugares. Es decir, las movilizaciones médicas o la falta de ellas, da sentido al espacio físico donde se produce, contribuyendo a la “atmósfera del lugar” en ese espacio (Urry, 2007).

Específicamente, las movilizaciones médicas de los residentes de Texas entrevistados se remitían uniformemente a la franja principal de Progreso. Para los blancos estadounidenses, esta pequeña ciudad tiene la fama de ser relativamente segura si se compara con las grandes ciudades de la región como Reynosa y Matamoros. Desde la perspectiva de los mexicanos que

viven cerca de Progreso, dicha franja es una especie de “parque infantil” donde los blancos estadounidenses van para conseguir servicios médicos, tiendas, y margaritas baratas. Debido al gran volumen de movilidad médica de personas blancas, la franja en Progreso es un lugar para el turismo médico y otras formas de consumismo (Baumann, 1993). El discurso de la población blanca de los Estados Unidos contribuye a la producción social de dicha área como un lugar orientado a este tipo de consumo. Por ejemplo, Keane (2017) comentó que “después que oscurece, es completamente diferente. Hay mujeres en la calle”. Sonriente, reflexionó que hace veinte años habría encajado con la vida nocturna muy bien, pero se ha calmado en su vejez. En la actualidad, Dacia y Keane aprovechan sus viajes médicos a Progreso para ir a su pequeño restaurante favorito donde los camareros están tan familiarizados con las preferencias de Dacia que traen su té incluso antes de que ella lo pida.

La fiabilidad de ciertas farmacias y clínicas dentales se expande boca en boca entre los adultos mayores que buscan asesoramiento acerca de lugares para acceder a los servicios médicos en México. Esta información sobre a dónde ir se acompaña de advertencias acerca de dónde *no* ir. Keane y Dacia van a la “farmacia de Paula” para comprar productos farmacéuticos en Progreso, debido a las recomendaciones de sus amigos. Keane (2017) comentó en tono de broma, “mis amigos se quejan de todo, así que si están contentos con algo, debe ser bueno”. La farmacia se encuentra frente a su dentista, mientras que su pedicurista está al lado de este último.

El conocimiento común entre los ancianos de la comunidad blanca sobre no desviarse de la franja principal en Progreso ha sido reiterado por un agente de la patrulla fronteriza cuando visitó un parque de casas móviles donde viven muchos residentes estacionales texanos. Les advirtió a los residentes que no vayan a México; sin embargo, si tienen que ir, les recomendó quedarse en la calle que lleva directamente al puente fronterizo entre EE.UU. y México, no adentrarse más de cuatro cuadras en México, ir solamente por la mañana, cuando hay menos delitos, y viajar en grupos. Atendiendo al carácter generalizado de esta recomendación, el pueblo de Progreso sería un “lugar no apto” para los residentes temporales texanos (Augé, 1995). Es decir, mientras que las vidas de muchos progresanos se desarrollan en la multitud de calles de la ciudad, estos otros espacios y las personas que viven en ellos son completamente desconocidos para los residentes estacionales texanos, convirtiéndose en difusas percepciones de peligro en su imaginario colectivo (Baumann, 1993).

Los hispanos de habla hispana interactúan con el espacio de forma distinta, creando diferentes tipos de lugares del otro lado de la frontera. En un grupo de discusión con esta población, ocho participantes aludieron viajes médicos a Progreso, mientras que doce describían viajes a Reynosa. Tres compartieron experiencias sobre sus viajes a Matamoros y tres más explicaron que sus viajes por motivos médicos los llevaron al lugar de origen de su familia en México (lejos de la frontera México-EE.UU.). Si bien Reynosa y Matamoros se consideran epicentros de la violencia de grupos delictivos, los hispanos de habla española navegan estos espacios con mayor especificidad. En otras palabras, planean sus rutas basándose no solo en las actualizaciones en tiempo real sobre la ubicación de la violencia del crimen organizado (explicado anteriormente), sino que también incorporan sus conocimientos sobre la seguridad relativa de determinados barrios y la probabilidad de que haya violencia entre grupos delictivos dadas las pautas anteriores.

Las economías clandestinas vs. las comunidades médicas transfronterizas

Si bien para los residentes texanos Progreso es un lugar con una calle que se extiende por cuatro cuadras, en los lugares que transitan los hispanos hispanoparlantes se asemejan a un edredón de retazos, o a un árbol con ramas principales y varias ramas más pequeñas. Es más, la direccionalidad de la movilidad médica no se da únicamente ente hispanoparlantes que van a México en busca de acceso más barato a medicamentos y a atención dental, también incluye la migración de los profesionales de la salud en la dirección opuesta.

Como se ha mencionado anteriormente, algunos dentistas capacitados y con licencia para practicar en México hacen visitas domiciliarias a pacientes hispanoparlantes en los Estados Unidos. Los dentistas ofrecen sus servicios acordando pagos en efectivo que les representan una buena fuente de ingresos, a su vez los pacientes evitan el viaje a México. En los grupos de discusión, los entrevistados han descrito también servicios de medicina interna transfronteriza que incluyen pruebas de laboratorio. Además, algunas farmacias organizan servicios de entregas ilícitas después de recibir mensajes de texto de hispanos en los Estados Unidos. Es así como un empleado de una farmacia lleva el medicamento deseado a través del puente entre EE.UU. y México para dárselo a los clientes que esperan del otro lado.

Como residente del Condado Hidalgo, personalmente he viajado a Progreso, Matamoros y Reynosa. En estos viajes a Progreso, los *pescadores* me han preguntado: “¿Qué estás buscando? ¿Estimulantes? ¿Tranquilizantes? ¿Metanfetaminas?” Incluso, Dacia comentó que en algunos viajes médicos que ha realizado a Progreso con amigos, descubrió que muchos farmacéuticos están dispuestos a rotular incorrectamente el contenido de los recipientes, de forma que los clientes puedan cruzar clandestinamente sustancias ilegales a los Estados Unidos. Dacia prefiere la “farmacia de Paula” porque presencié una escena en la que Paula se negó a ser partícipe de este tipo de actividades, aunque dicha práctica se ha convertido en algo común entre muchos otros farmacéuticos. Con este accionar, Paula ganó la confianza de Dacia, quien está segura de que los medicamentos que le compra a Paula no son falsificaciones. Durante una entrevista exhaustiva, el entrevistado describió su participación en una red que brinda apoyo a mujeres migrantes indocumentadas, muchas de las cuales han sido víctimas de violaciones durante su migración. Ella me explicó que los esfuerzos para cuidar la salud de las mujeres implican traer productos farmacéuticos de uso abortivo no aprobado.

Fue así que cuando los entrevistados hispanos hispanoparlantes comentaron acerca de la prestación de servicios farmacéuticos ilícitos desde México hacia los EE.UU., al principio, esta actividad se enmarcó como parte de una “economía clandestina” más amplia de servicios médicos ilícitos que se desarrolla en la frontera entre México y Estados Unidos. Sin embargo, en un grupo de discusión, los participantes no tardaron en aclarar que estos servicios transfronterizos estaban íntimamente ligados a las redes sociales existentes. Es decir, cuando los individuos indocumentados que no tienen seguro requieren servicios dentales, pruebas de laboratorio o productos farmacéuticos se comunican con los miembros de su familia “del otro lado”. Un participante me explicó que un antiguo amigo de la familia, el vecino de unos familiares que viven en México, es el dentista al que recurren sus familiares indocumentados que viven en el Condado de Hidalgo. Es así que a primera vista puede parecer que los dentistas, los farmacéuticos y los internistas participan en el tráfico transfronterizo principalmente en beneficio propio, pero la investigación etnográfica detallada revela que estas actividades también pueden estar motivadas por un sentido de compromiso y servicio a la comunidad local. Dado que las redes sociales se extienden en los Estados Unidos y en México, las comunidades fronterizas desarrollan respuestas creativas

para mantener relaciones de atención a pesar de la muralla que apunta a dividir a la región fronteriza en diferentes naciones.

Conclusión

En esta conclusión, se retoma la cuestión del bioconsumo. Aquí se sostiene que las numerosas formas de movilidad médica descritas en este artículo hablan de los riesgos del bioconsumo en un contexto de múltiples vulnerabilidades que se superponen. Es decir, este análisis interseccional demuestra cómo la (in)accesibilidad a la atención médica en los Estados Unidos lleva a los hispanos hispanoparlantes y los blancos angloparlantes a buscar atención médica más allá de las fronteras de los Estados Unidos; por lo tanto, la movilidad médica marca los límites de la ciudadanía. Asimismo, aquí se afirma que las diferentes maneras en que estos dos grupos ejercen la movilidad médica proporciona un terreno fértil para la investigación futura en términos del privilegio relativo.

Movilidades médicas: Los intereses del bioconsumo

Este estudio mostró que los blancos angloparlantes recurrieron a la movilidad médica exclusivamente para cubrir las brechas en sus seguros de salud. Todos los participantes blancos entrevistados contaban con seguro médico, y con este satisfacían la mayoría de sus necesidades médicas, movilizándose solo para acceder a los servicios odontológicos y medicamentos. No se desplazaban para realizar consultas médicas, pruebas de laboratorio, diagnósticos o tratamientos no odontológicos. A menudo, cuando un medicamento en particular no estaba cubierto por su seguro médico o requería un copago mayor que el precio de bolsillo de una medicina alternativa mexicana, la movilidad se convertía en una opción viable. Además, los texanos estacionales eran más propensos a buscar servicios odontológicos durante viajes médicos transfronterizos ya que su seguro dental era menos completo que el de salud, además que percibían que los procedimientos dentales eran menos riesgosos que la medicina interna, y tenían una menor disposición a pagar por los procedimientos odontológicos en comparación con los procedimientos no odontológicos.

Dacia y Keane son pacientes de un dentista llamado Dr. Patela y su clientela se ha construido por recomendación de boca en boca. Su consultorio dental tiene aproximadamente seis salas de exámenes, y durante los meses de invierno tiene más pacientes debido a la afluencia los texanos estacionales que necesitan cuidado dental, por lo tanto un higienista realiza las limpiezas. Sin embargo, Keane y Dacia me dijeron que si uno va durante el verano un dentista se encarga de su limpieza. Además expresaron que las instalaciones estaban limpias, aunque no eran tan modernas como en Kansas, lo que es aceptable para ellos porque los precios son considerablemente más baratos. Recientemente, Keane requirió de dieciséis coronas nuevas. En Kansas, dicho trabajo dental le hubiera costado \$1 000 dólares por cada diente. En tono de broma afirmó: “no soy digno de \$16 000”. Reflexionó sobre el haber recibido este tratamiento por una fracción del precio estadounidense y dijo, “que era verdaderamente satisfactorio”. También, cuando él volvió al higienista en Kansas, recibió la confirmación de que había tomado una buena decisión al recurrir al Dr. Patela para conseguir sus coronas. El higienista dijo, “el dentista mexicano hizo un muy buen trabajo”. Riéndose de sí mismo, Keane sonrió, “ahora tengo dientes mexicanos y puedo comer de todo”.

Por otro lado, los hispanos hispanoparlantes acuden a México por una amplia variedad de servicios médicos. Mientras que sus hábitos de movilidad médica también incluyen la compra de productos farmacéuticos y el acceso a los servicios odontológicos a un precio menor, su repertorio incluye también procedimientos cosméticos electivos. Aquí se argumenta que la extrema desigualdad socioeconómica en el Valle del Río Grande reúne a personas adineradas y de bajos recursos, y que estas desigualdades socioeconómicas se correlacionan con las diferencias raciales. Los dos grupos de este estudio interactúan a través de lo que Urry (2007; citando a Augé, 1995) describe como “contractualidad solitaria”: un acuerdo en el que las personas conviven o cohabitan sin vivir juntos. Aunque esto es inmediatamente evidente en los “lugares no aptos”, como Progreso, también puede ser observado de modo más sutil en los vecindarios de todo el Condado de Hidalgo, donde la segregación racial de facto existe y a los que los hispanos de habla hispana visitan únicamente en calidad de amas de casa, jardineros, o reparadores.

El resultado de la “contractualidad solitaria” es que aquellos con menos recursos socioeconómicos son muy conscientes de las prácticas de consumo de sus contrapartes más acaudaladas. El estar expuesto al abundante consumo de los blancos junto a la sobrevaloración del mercado estadounidense moldea significativamente las pautas de movilidad de los hispanos. A través de la investigación etnográfica, se descubrió que los hispanos que hablan español recurrían a la movilidad médica para realizar procedimientos cosméticos electivos a los que estuvieron expuestos en los EE.UU., pero que no podían pagar. Estos procedimientos incluyen la ortodoncia y la cirugía plástica (especialmente de nariz, senos y glúteos). En este estudio, se sostiene que esta movilidad médica se entrelaza con las aspiraciones de los hispanos a una mejor vida, incluyendo un futuro de clase media para sus hijos. Por ejemplo, Gala es ama de casa de habla hispana, cuya hija está cursando su licenciatura. Gala y su hija trabajan juntas limpiando casas en un vecindario predominantemente blanco. Las ganancias son utilizadas no solo para pagar la educación de la hija, sino también sus aparatos dentales. Estos aparatos en Reynosa, México, cuestan menos de un tercio del precio en comparación con los que ofrecen a cinco millas en McAllen, Texas. En los grupos de discusión, 24 de 29 adultos jóvenes ya tenían experiencia personal o conocían a alguien que viajó a México para recibir tratamiento de ortodoncia. Para Gala y su hija, la ortodoncia es una inversión. Aunque Gala pertenece a la clase baja y carece de educación formal, tanto los aparatos como una educación universitaria podrían potencialmente abrir las puertas para que su hija tenga un mejor futuro.

El acceso a la salud: Los límites de la ciudadanía

Este trabajo se alude al argumento de que los individuos buscan y obtienen servicios médicos a través de dos modalidades: como beneficiarios de su ciudadanía o consumidores (Vega, 2018). El objetivo de la Ley de Asistencia Asequible [Affordable Care Act] plantea que el seguro de salud sea accesible para todos los ciudadanos estadounidenses y residentes legales. En parte debido a esta ley, todos los blancos de habla inglesa participantes en este estudio tienen seguro de salud. Muchos de los texanos estacionales son beneficiarios de Medicare. Dado que Medicare u otras formas de seguro son el principal medio por el cual los miembros de este grupo obtienen los servicios de atención médica, ellos obtienen acceso a la salud principalmente a través de su ciudadanía. Cuando encuentran brechas en el seguro de salud (por ejemplo, cuando Dacia “alcanzó el periodo sin cobertura” y se vio obligada a pagar de su bolsa cantidades exorbitantes por sus medicamentos), recurren a la movilidad médica

hacia México, cambiándose así a la modalidad de consumo. Como tal, la movilidad médica es un indicador de los límites de la ciudadanía para el acceso a la salud en los Estados Unidos.

Sin embargo, este estudio mostró que los individuos hispanoparlantes, tenían menos posibilidades de estar asegurados, o bien, no tenían cobertura suficiente. Para estas personas, las limitantes socioeconómicas o el estatus de indocumentado a menudo son factores contribuyentes. Algunas de ellas califican para Medicaid, y recurren a la movilidad médica y a la modalidad del consumidor cuando buscan servicios que no están incluidos en este programa federal. Dado que Medicaid es menos completo que Medicare, la necesidad de utilizar la modalidad de consumo puede ser más apremiante. En EE.UU, se restringe el acceso a personas indocumentadas a los servicios de salud a través de la ciudadanía. Tampoco pueden acceder a los servicios sanitarios en México ya que salir de los EE.UU. representa un enorme riesgo. Además, si bien serían elegibles para una serie de servicios de prevención a través del Seguro Popular (seguro médico universal en México) sobre las bases de su ciudadanía, este seguro no cubre los tratamientos más costosos para enfermedades crónicas (Laurell, 2013).

En esencia, la movilidad médica permite señalar los límites de la ciudadanía tanto para los blancos de habla inglesa como para los hispanos de habla hispana. Los individuos recurren a la movilidad médica cuando son incapaces de obtener los servicios de salud accesibles a través de la ciudadanía. En este sentido, estos individuos se reposicionan como consumidores y acceden a cualquier servicio de atención médica que puedan solventar, a veces arriesgando su seguridad física en el proceso.

Vega (2018) muestra cómo el turismo reproductivo se ha convertido en un marcador de estatus para las mujeres que tienen como objetivo el alinearse con la élite mundial. En el contexto de esa investigación, la migración motivada por servicios físicos y el aumento de la movilidad física estimuló la movilidad social y, por lo tanto, la movilidad médica era deseada y constituía un privilegio. Sin embargo, en el caso de la movilidad médica en la frontera México-EE.UU., un patrón similar produce mayor sutileza. Específicamente, la investigación sobre la movilidad médica a través de la frontera México-EE.UU. pone de relieve la distinción entre quienes se involucran en la movilidad médica porque *pueden* y aquellos que acuden a la misma porque *deben*. En otras palabras, mientras que investigaciones anteriores han mostrado cómo los individuos se posicionan principalmente como consumidores en lugar de ciudadanos ya que el renunciar a los servicios públicos en favor de los estilos de vida privatizados los incluye en la élite mundial, la presente investigación indica cómo otras personas no tienen otra opción más que alcanzar lo que puedan a través de la modalidad de consumo, ya que la modalidad ciudadanía no es una opción a la hora de satisfacer sus necesidades médicas.

El privilegio relativo

Estas consideraciones conducen a tomar en cuenta la cuestión del privilegio relativo. Aunque las personas con privilegios raciales gozan de mayor movilidad física, sus movi- lidades médicas resaltan las fallas del seguro de salud, dando cuenta así de la necesidad y no de la abundancia. Para aquellos sin privilegio racial, el grado de movilidad física se basa en su estatus migratorio. Quienes tienen documentos en regla pueden caer en la modalidad de consumo debido a la pobreza y la falta de apoyo gubernamental, indicando así no su privilegio sino su vulnerabilidad; como alternativa, pueden apuntar a la modalidad de

consumo como un medio para tener acceso a esas aspiraciones de la clase media que de otro modo no podrían permitirse en los Estados Unidos. Las personas indocumentadas son las más vulnerables, no solo carecen de privilegios raciales, sino también de movilidad física, y, por lo tanto, son incapaces de posicionarse como consumidores o ciudadanos en más de una forma.

El estudio de la movilidad médica a través de la frontera entre México y EE.UU. brinda información valiosa para la comprensión del privilegio en todos sus matices. El privilegio no es una categoría binaria. Es decir, ser un privilegiado en el orden social no se resume a una simple distinción entre “sí” o “no”. Los procesos interseccionales de racialización ponen de manifiesto distintos grados de privilegio. Por ejemplo, los ancianos texanos estacionales que buscan cuidados dentales y productos farmacéuticos en México debido a limitantes en su seguro de salud y a la inaccesibilidad a los servicios y medicamentos en los Estados Unidos no pueden considerarse privilegiados en comparación con sus compañeros más acomodados; e incluso, los hispanos de clase baja que se realizan procedimientos electivos en México pueden ser considerados como privilegiados por sus familiares que viven en México. Los hispanos de clase baja que acuden a la movilidad médica cuando no pueden acceder a tratamientos específicos a través de Medicare, pueden sentirse privilegiados en comparación con los indocumentados que son excluidos tanto de la modalidad de ciudadano como de consumidor. Por lo tanto, la movilidad médica a través de la frontera entre México y los Estados Unidos es un tema fértil para desarrollar una teoría más caleidoscópica del privilegio.

Referencias

- Augé, M. (1995). *Non-places: Introduction to an anthropology of supermodernity*. Londres, Reino Unido: Verso.
- Bauman, Z. (1993). *Postmodern ethics*. Oxford, Reino Unido: Blackwell Publishers.
- Bowers, L., Gann, C. y Elser, S. (28 de marzo de 2017). *Library. Small area health insurance estimates: 2015* (Reporte número P30-01). Recuperado de <https://www.census.gov/library/publications/2017/demo/p30-01.html>
- Bridges, K. (2011). *Reproducing race: An ethnography of pregnancy as a site of racialization*. Estados Unidos: University of California Press.
- Cohen, C. (1997). Punks, bulldaggers, and welfare queens: e radical potential of queer politics. *GLQ*, 3, 437–465.
- Connell, J. (2006). Medical tourism: Sea, sun, sand, and ... surgery. *Tourism Management*, 27(6), 1093-1100.
- Crenshaw, K. (2014). The structural and political dimensions of intersectional oppression. En P. R. Grzanka (Ed.), *Intersectionality: A foundations and frontiers reader* (pp. 16-21). Boulder, Estados Unidos: Westview.
- Gawande, A. (1 de junio de 2009). The cost conundrum. *The New Yorker*. Recuperado de <https://www.newyorker.com/magazine/2009/06/01/the-cost-conundrum>
- Grzanka, P. (2014). *Intersectionality: A foundations and frontiers reader*. Boulder, Colorado, Estados Unidos: Westview.
- Laurell, A. C. (2013). *Impacto del Seguro Popular en el sistema de salud*. Buenos Aires, Argentina: Clacso.

- Migration Policy Institute. (s.f.). *Unauthorized immigrant population profiles*. Recuperado de <https://www.migrationpolicy.org/programs/us-immigration-policy-program-data-hub/authorized-immigrant-population-profiles>
- Roberts, E. F. S. y Scheper-Hughes, N. (2011). Introduction to medical migrations. *Body & Society*, 17(2-3), 1-30.
- The Dartmouth Atlas of Health Care. (2014). Recuperado de <http://www.dartmouthatlas.org/data/map.aspx?ind=225&ch=191&tf=36&loct=3&extent=-14071323.410590487%202305693.8872850095%20-7398676.589409513%206806306.112714991>
- Thompson, C. (2011). Medical migrations afterword: Science as a vacation? *Body & Society*, 17(2-3), 205-213.
- United States Census Bureau. (s.f.a). *American Community Survey (ACS). 2015 ACS 1-year estimates*. Recuperado de <https://www.census.gov/programs-surveys/acs/technical-documentation/table-and-geography-changes/2015/1-year.html>
- United States Census Bureau. (s.f.b). *American Community Survey: 2014 & 2015 data* [Base de datos]. Recuperado de <https://www.census.gov/programs-surveys/acs/news/data-releases/2014/release.html>
- United States Census Bureau. (s.f.c). *American Community Survey (ACS) 2016 ACS 1-year Estimates*. Recuperado de <https://www.census.gov/programs-surveys/acs/technical-documentation/table-and-geography-changes/2016/1-year.html>
- United States Census Bureau. (s.f.d). *QuickFacts. Hidalgo County, Texas*. Recuperado de <https://www.census.gov/quickfacts/hidalgocountytexas>
- Urry, J. (2007). *Mobilities*. Cambridge, Reino Unido: Polity Press.
- Vega, R. (2018). *No alternative: Childbirth, citizenship, and indigenous culture in Mexico*. Texas, Estados Unidos: University of Texas Press.

Entrevistas

- Dacia Danton. (5 de octubre de 2017). Entrevistadora Rosalynn Vega.
- Dawn. (16 de noviembre de 2017). Entrevistadora Rosalynn Vega.
- Isabela López. (17 de noviembre de 2017). Entrevistadora Rosalynn Vega.
- Jade. (1 de marzo de 2018). Entrevistadora Rosalynn Vega.
- Keane Danton. (5 de octubre de 2017). Entrevistadora Rosalynn Vega.
- Valentina. (17 de noviembre de 2017). Entrevistadora Rosalynn Vega.

Rosalynn Vega

Antropóloga médica con ciudadanía binacional estadounidense y mexicana. Obtuvo su doctorado en el Programa Conjunto de Antropología Médica en la University of California, Berkeley-University of California, San Francisco (UCSF); y completó una maestría en Salud Pública con especialidad en epidemiología en la UC-Berkeley School of Public Health. Es profesora de antropología médica en la University of Texas, Rio Grande Valley. Sus líneas de investigación son: la interseccionalidad, la teoría crítica de la raza, la economía política, la ciudadanía y el transnacionalismo en la frontera entre México y EE.UU. Publicaciones recientes: Vega, R. (2017). Racial i(nte)r-identification: The racialization of maternal health through Oportunidades in government clinics. *Salud Colectiva*, 13(3), 489-505.