

EL TRATAMIENTO DIFERENCIAL DE LOS INMIGRANTES CUBANOS Y MEXICANOS

en el sistema de salud pública de Estados Unidos

SARAH HORTON

NIMH POSTDOCTORAL FELLOW, DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL,
UNIVERSIDAD DE HARVARD

sara_horton@hms.harvard.edu

Resumen

SE EXAMINA LA PARTICIPACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA DE ESTADOS UNIDOS en una construcción social más amplia, de los inmigrantes cubanos como dignos y de los mexicanos como indignos de los beneficios de la salud pública. Se muestra que la privatización acrecentó la preocupación sobre qué grupos sociales son “dignos” de los beneficios públicos. En particular, se expone la adopción por parte de Nuevo México de un sistema de salud privado para sus receptores de Medicaid, que llevó a un hospital público a desarrollar categorías detalladas de sujetos “indignos”, con el fin de racionar el servicio. Ya que los países Latinoamericanos adoptan cada vez más las reformas neoliberales a sus sistemas de salud, el análisis de sus efectos materiales y discursivos en Nuevo México tiene importancia también para la oferta de salud más allá de las fronteras.

PALABRAS CLAVE: salud pública, Estados Unidos, inmigrantes, cubanos, mexicanos.

Abstract

THIS PAPER EXAMINES THE PARTICIPATION OF THE PUBLIC HEALTH CARE SYSTEM IN a broader societal construction of Mexican immigrants as undeserving of public health benefits. I show that financial shortfalls due to the implementation of Medicaid managed care (MMC) in a public hospital in New Mexico led the Hospital to devise further categories of “undeserving” subjects in order to ration care. Such policies-predicated upon a neoliberal assessment of immigrants’ perceived self-reliance-teach Mexican immigrants that they are “second-class citizens” and have profound consequences for their health status as well.

KEY WORDS: Public care system, United States, immigrants, Cuban, Mexican.

UNA TARDE DE OTOÑO, EN ALBUQUERQUE, NUEVO MÉXICO, CLARA¹, inmigrante mexicana indocumentada de cerca de cuarenta años, llegó por sus propios medios hasta una clínica comunitaria, con dolor de estómago y vómito de dos días. Al descubrirle cálculos biliares con ultrasonido, su proveedor de salud la remitió al hospital para una cirugía. Para los pacientes con seguro y estatus legal, este habría sido un procedimiento de rutina, de carácter semi urgente. Pero en el caso de Clara el hospital le pidió que pagara primero mil dólares, antes de asignarle la cita. Dentro de la nueva política hospitalaria de rigurosidad financiera, los pacientes que no tienen seguro ni estatus legal deben pagar su atención por adelantado, ya que el hospital considera que, de no hacerlo así, evadirán las cuentas.

Si bien estas políticas se basan en estereotipos débiles sobre los mexicanos como un grupo que contribuye a desangrar los recursos públicos, tienen efectos serios y duraderos. Clara no podía pagar la cuenta para fijar su cita. Sólo le hicieron la cirugía de urgencia cuando regresó a la clínica, varios días después, con un caso avanzado de ictericia. Para su proveedor, este caso destacaba la política de descuido del hospital para con aquellos que no tienen estatus legal. “Ella necesitaba cirugía, pero tuvo que soportar la espera. Entendió que, por lo menos en lo que respecta a los indocumentados, la salud se considera prescindible”.

1. Todos los nombres fueron cambiados para proteger la confidencialidad de los informantes.

* Este artículo es el resultado de mi trabajo de campo con el equipo etnográfico del departamento de antropología de la Universidad de Nuevo México, bajo la dirección de Louise Lamphere, Ph. D., y Howard Waitzkin, MD., Ph.D. Nuestra investigación fue posible gracias a la beca Valoración multimétodo de la atención administrada de Medicaid, de la Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención en Salud (IROS09703). Howard Waitzkin fue el investigador principal de la beca.

Mis colegas del departamento de medicina social, César Abadía, Chris Dole, Sarah Pinto y Everett Zhang, hicieron sugerencias valiosas sobre una primera versión del manuscrito. Estoy en deuda también con los dos revisores anónimos de la *Revista Colombiana de Antropología*, por sus comentarios. Traducción de Álvaro Girón.

Este artículo* explora la participación del sistema de salud pública de Estados Unidos en una construcción social más amplia de los inmigrantes mexicanos como “indignos” de los beneficios de la ciudadanía, así como sus efectos en su estatus de salud. A instituciones como el sistema de salud pública se les acusa de inculcar en los inmigrantes un comportamiento normativo y de infundir en ellos diversas concepciones sobre su participación en la sociedad civil (Lamphere, 1992; Ong, 1995, 1996, 2003). Como intermediarias entre el estado y sus nuevos ciudadanos, las instituciones de salud históri-

camente han sido un lugar crucial, aunque poco estudiado, en el que se elaboran y despliegan las ideas sobre la diferencia cultural y el “merecer” los beneficios públicos. Los inmigrantes pueden ser percibidos como ciudadanos irresponsables que necesitan educación en higiene y crianza de los niños, o, también, como diligentes en el cuidado de sí mismos y de sus hijos (Ong, 1995). Aunque las concepciones sobre el “mérito” de los pacientes no se originan sólo en el ámbito del cuidado de la salud, deben contextualizarse en los niveles político-económicos nacionales y locales dentro de los que se formulan.

Situó el análisis de la recepción pública desigual de los inmigrantes mexicanos en el contexto de la adopción reciente por parte del estado de Nuevo México de un sistema de salud privatizado que forzó al Buena Vista Hospital, institución madre de la clínica, a racionar el servicio de caridad que presta. La reducción de los fondos federales para las instituciones de la red de seguridad ha llevado a restringir la atención a poblaciones vulnerables, como los no asegurados y los inmigrantes indocumentados (Lewin y Altman, 2000; Waitzkin et al., 2002). Al priorizar el beneficio económico sobre el acceso, los programas de atención administrada –que se exportan actualmente hacia América latina– pueden llevar a la reducción del servicio para los más vulnerables (Iriart et al., 2001; Stocker et al., 1999). En el caso que aquí se examina, un clima de escrutinio intenso sobre qué grupos sociales merecen los escasos recursos públicos llevó a un hospital dedicado a la caridad a implementar la política de pago adelantado descrita, que refleja el estándar neoliberal de autoconfianza y responsabilidad según el cual los grupos de inmigrantes se miden y juzgan como “merecedores” o “no merecedores” de los beneficios públicos (Ong, 1995, 1996, 2003).

Aun cuando abundan los análisis de las políticas de la atención administrada de Medicaid (AAM)**, pocos estudios han examinado cómo se cruzan las políticas neoliberales con las realidades locales para crear nuevas clases de grupos “merecedores” y “no merecedores”. Por ello, los antropólogos médicos críticos deben cuestionar el trasfondo ideológico de la política de salud, y dar luces sobre lo que Jeff Maskovsky

llama las “contradicciones económicas” que se revelan en el desarrollo e implementación de tal política (Maskovsky, 2000: 122).

** El nombre del programa en inglés es Medicaid Managed Care; en adelante se le denominará AAM, por su sigla en español (N. del t.).

De manera similar, Iriart et al. (2001: 1251), en su análisis de la privatización en América latina, reclaman análisis críticos que expongan los supuestos que rigen un nuevo “sentido común” neoliberal. Muestro aquí que las reformas neoliberales como la AAM –y otras versiones de reformas al bienestar– se basan en un estándar de responsabilidad individual y autodisciplina según el cual se evalúa el mérito de un grupo de inmigrantes en relación con la ciudadanía. Mientras que las políticas de “ajuste estructural” animan a las naciones endeudadas a privatizar los planes de salud pública y adoptar la atención administrada (Stocker et al., 1999), este análisis no sólo habla de una etnografía de la salud y las políticas públicas, sino del impacto de la medicina basada en el mercado sobre las poblaciones vulnerables –un asunto de interés creciente en toda América–.

EL CAMINO A LA PRIVATIZACIÓN Y LA ATENCIÓN ADMINISTRADA: ESTADOS UNIDOS Y AMÉRICA LATINA

PERMÍTANME REGRESAR UN POCO Y EXPLICAR EL SISTEMA DE SALUD estadounidense y el contexto en el que Nuevo México decidió privatizar su plan de salud para residentes de bajos ingresos, implementando la atención administrada de Medicaid. Explicaré después las similitudes entre las fuerzas que estuvieron tras la privatización y la adopción de la AAM en Estados Unidos y las que operan en América latina.

La atención administrada de Medicaid hace parte de una tendencia creciente de privatización del servicio de salud, dentro de la cual el gobierno de Estados Unidos ha optado por organizaciones administradoras de salud (OAS) privadas para administrar la salud de los receptores de Medicaid. Durante las dos últimas décadas, los costos de la salud han aumentado de modo continuo a tasas de dos dígitos, mientras que el crecimiento económico se ha desacelerado. Primero los empleadores y después los legisladores se pasaron a las OAS para poner un límite a las crecientes primas de seguros (Ginzburg y Ostow, 1997). Hoy en día, cuarenta y nueve estados –todos menos Alaska– tienen algún tipo de programa administrado de salud para sus receptores de Medicaid (Iglehart, 1999). El crecimiento de la

AAM coincide con leyes como la de presupuesto balanceado, de 1997, que restringió los fondos federales disponibles para los proveedores de la red de seguridad que cuidan de las personas de bajos ingresos y no aseguradas.

La introducción de la AAM tuvo el acicate de las reformas al sistema de bienestar de mediados de la década de 1990, que transfirieron mayor control sobre las políticas de bienestar del nivel federal al estatal. Antes de la AAM, el gobierno federal manejó un programa nacional que ofrecía seguridad social a todo aquel cuyos ingresos lo hicieran acreedor de los beneficios de Medicaid. Sin embargo, esa década trajo consigo una ola de privatización, cuando los representantes del gobierno culparon de los crecientes costos de la salud, en parte, a lo que percibían como “abusos” del sistema por parte de los beneficiarios de Medicaid. Primero, la ley de responsabilidad personal y oportunidad de trabajo rechazó el programa de bienestar federal y lo reemplazó con partidas en bloque para los estados, eliminando la opción de elegir asistencia monetaria –del bienestar– o beneficios de salud –Medicaid–. Antes, una solicitud de los beneficios del bienestar servía para dar asistencia en dinero y servicios de salud a los que calificaban. Después, la ley de presupuesto balanceado permitió a los estados ordenar que sus residentes se inscribieran en planes de atención manejada. Estos cambios de política allanaron el camino para que los estados adoptaran programas de seguridad social privados, en nombre de la descentralización y la innovación local. La AAM de Nuevo México es, entonces, sólo un ejemplo de un experimento nacional más amplio en torno a la privatización de los servicios de salud pública.

Una preocupación similar por la ineficiencia del gobierno y los crecientes costos de la salud alimentó también la tendencia hacia la privatización en América latina (Iriart et al., 2001). Esas preocupaciones encajan bien con la búsqueda por parte de las corporaciones estadounidenses de nuevos mercados, y con las políticas de ajuste estructural que favorecen reformas neoliberales. Desde mediados de la década de 1990, muchas de esas corporaciones han exportado de modo creciente atención manejada hacia América latina –incluyendo la privatización de instituciones de salud públicas y programas de seguridad social–, en un intento por revertir los márgenes de ganancia decrecientes en Estados Unidos, debidos a la saturación del mercado. Como lo ilustran Stocker et al. (1999), esas corporaciones han entrado al

sector privado de los servicios de salud y de seguros en América latina para hacerse con el tiempo a contratos para administrar instituciones de salud pública y lucrativos programas estatales de seguridad social. El Banco Mundial ha instigado esta tendencia, apoyando explícitamente iniciativas de atención administrada, que llevan instituciones de salud pública y fundaciones de seguridad social al manejo y la propiedad privados. Por su parte, el Fondo Monetario Internacional ha favorecido la atención administrada con sus políticas de ajuste estructural, haciendo que sus préstamos a los países latinoamericanos dependan de la privatización y la reducción de los gastos del sector público. El resultado de tales políticas ha sido la transnacionalización de planes de salud pública manejada.

Como lo muestran Iriart et al. (2001), la misma predisposición ideológica que da forma a la AAM ha hecho inevitable la privatización en América latina. En respuesta a la crisis económica de los años 1980, adquirieron legitimidad los argumentos neoliberales que propusieron que el estado tuviera un papel limitado en asegurar la salud pública. Las nuevas reformas a la salud se guían por el supuesto de que los programas dirigidos por el estado son necesariamente ineficientes y corruptos, y que estarían mejor administrados por intereses privados (Iriart et al., 2001: 1244). De este modo, la idea de que la salud es un bien público por el que debe responder el estado ha dado paso a un nuevo “sentido común”, según el cual la salud es “un bien de mercado que los ciudadanos pueden adquirir” (Iriart et al., 2001: 1245). Según Iriart et al. (1250) la lógica “introducida por las corporaciones multinacionales de capital financiero”, que allanó el camino para las administradoras de salud en Estados Unidos, se refleja hoy en las resoluciones de los responsables de la salud en América latina.

El análisis de los contrastes entre las realidades y los objetivos de la privatización de la salud en Nuevo México puede resultar instructivo para el caso de toda América latina. Al entregar el presupuesto de Medicaid a organizaciones administradoras de salud usando métodos de negocios, el estado de Nuevo México esperaba introducir al sistema de salud niveles más altos de disponibilidad financiera. Más aún, al requerir que los beneficiarios de Medicaid escojan un proveedor primario de atención –echando abajo una política previa que les permitía recibir atención en cualquier unidad de salud, incluyendo las salas de urgencias– los directivos

pretendían reducir costos innecesarios y fortalecer la “elección” de proveedores por parte de los pacientes.

Aunque la AAM pretende ofrecer mayor disponibilidad financiera y fomentar opciones para los pacientes, al introducir una capa intermedia de organizaciones administradoras de salud entre el gobierno federal y los receptores de Medicaid, reduce simultáneamente la cantidad de dinero que se gasta directamente en ofrecer atención en salud. Antes de la atención administrada, los proveedores de Medicaid en Nuevo México recibían del gobierno federal reembolsos de una “base de cargo por servicios”, o sea, un reembolso por visita basado en los costos del servicio ofrecido. Históricamente, las instituciones de la red de seguridad han usado esos fondos para hacer un “cambio de costos” (Cunningham et al., 1999) o para subsidiar en parte el servicio que prestan a los no asegurados. Empero, bajo la AAM, los dineros de Medicaid en Nuevo México se filtran a un nivel intermedio de OAS, cuyos costos administrativos absorben un porcentaje del presupuesto. Al enfrentar reducciones de presupuesto para ofrecer asistencia en salud, algunas instituciones de la red que solían confiar en los dineros de Medicaid se han visto obligadas a limitar el servicio de caridad (Horton et al., 2001; Rosenbaum, 1997). La AAM puede así llevar a las instituciones de salud que antes se dedicaban a servir a los no asegurados y gentes de bajos ingresos, a limitar la atención que ofrecen a dichos grupos. Entonces, ¿cómo ha afectado este experimento la atención en salud a los más vulnerables?

MÉTODO

PARA EXAMINAR EL IMPACTO DE ESTA REFORMA EN LA ATENCIÓN DE caridad que ofrecen las instituciones de la red de seguridad, un equipo de investigación multidisciplinario con base en la Universidad de Nuevo México adelantó una investigación cualitativa en áreas rurales y urbanas del estado. Investigamos el efecto de la reforma en quince tipos distintos de instituciones de la red de seguridad, desde hospitales públicos hasta facultativos privados. Estuvimos en campo al inicio de la AAM en julio de 1997, y regresamos tres veces a intervalos de nueve meses. Durante mil trescientas horas de trabajo etnográfico

entrevistamos el mismo personal clave en cada intervalo, así como una muestra de pacientes. Al usar los mismos instrumentos de entrevista durante cada intervalo pudimos obtener una instantánea de los cambios en las capacidades de los proveedores de la red para descargarse de las tradicionales misiones de caridad en un periodo de tiempo (Horton et al., 2001). Documentamos los obstáculos no anticipados que tendrían los pacientes de áreas rurales al acceso, debido a la escasez de transporte y a la falta de proveedores y farmacias. Observamos además la capacidad diferencial de las unidades de salud para soportar las presiones financieras de la reforma, como los puestos más pequeños y apartados que limitaban la atención de caridad que ofrecían e intentaban atraer pacientes con seguros privados.

Este texto es resultado de tres fases de investigación etnográfica *in situ* de 1997 a 1999 en la clínica Buena Vista, afiliada a un hospital público en Albuquerque. Dirigí más de noventa horas de observación participativa durante ese periodo. Entrevisté más de treinta pacientes, al director de la clínica, proveedores, enfermeras y trabajadoras religiosas. Entrevisté también abogados defensores de inmigrantes que han seguido el tratamiento del hospital a los indocumentados. Hice entrevistas de seguimiento al personal en 2000, 2001 y 2003.

El hospital Buena Vista, una institución pública grande con varias clínicas adscritas, es, en general, el centro asistencial que escoge la gente sin seguro. Era antes un hospital rural, que conserva gran parte de su base de pacientes de bajos ingresos por su dedicación a la atención de caridad. Único entre los hospitales de su clase, el Buena Vista creó un generoso plan de seguros de atención administrada para personas no aseguradas en 1997, en el que los pacientes reciben atención por cinco o diez dólares la visita. Incluye a todos los residentes con estatus legal no asegurados del área rural; los pacientes deben presentar su prueba de ingresos, dirección de residencia y número de seguridad social².

2. Como no ciudadanos, los inmigrantes indocumentados no califican al Medicaid, aunque sus hijos nacidos en Estados Unidos se consideran ciudadanos y por ello elegibles para el Medicaid. Los partos de las mujeres embarazadas sin documentos pueden ser pagados por el gobierno de Estados Unidos, ya que sus hijos serán ciudadanos; lo irónico es que ellas no pueden aspirar a ningún cuidado preventivo.

La clínica Buena Vista comparte con el hospital la misión de caridad. Cerca de 46% de la base de pacientes de la clínica no está asegurada, 33% está en Medicaid, y 10% cancela sobre una base de descuento. Para nuestra discusión resulta más pertinente que la base

de pacientes de la clínica está compuesta, sobre todo, de inmigrantes y refugiados. Los asiáticos componen 37% de pacientes de la clínica, y los latinos 44%. La mayoría de latinos son cubanos, seguidos por mexicanos. Si bien la mayoría de pacientes cubanos de la clínica tiene estatus de refugiados, la clínica también ha atraído una fiel base de pacientes mexicanos indocumentados, en parte por su reputación de contar con proveedores amigos de los inmigrantes.

Aun así, el recorte de presupuesto del hospital bajo la AAM llevó a la institución a racionar el servicio de caridad que ofrece. Como resultado de la implementación de la AAM en 1997, el hospital afrontó tres recortes sucesivos de presupuesto –US\$6 millones, 8,4 millones y 2,3 millones–. Las directivas dicen que en 1999 recibieron escasamente treinta centavos por dólar de sus gastos en Medicaid, gastos que antes les reembolsaban en 100%³.

Inhabilitado para subsidiar la atención de caridad por medio del cambio de costos, el hospital se ajustó en 1999 a la nueva política. Aunque ésta apunta oficialmente a los “no asegurados”, la disponibilidad de un programa de seguros para residentes legales la convierte más en una política específica para los “indocumentados”. Como lo dice un proveedor “(la administración del hospital) nunca lo declara abiertamente, pero 'no asegurados' es, en realidad, un eufemismo para 'inmigrantes indocumentados’”. Un líder de un grupo a favor de los inmigrantes añade: “Están recortando la atención de caridad mediante la eliminación de los servicios que prestan a inmigrantes indocumentados, lo que significa, básicamente, mexicanos”.

³ El hospital redujo su déficit así: 1) despidió doscientos veinte empleados; 2) administró mejor sus servicios; y 3) retrasó sus mejoras presupuestales. Debe anotarse que la AAM afectó de manera adversa al hospital, no sólo reduciendo los reembolsos por Medicaid, sino también disminuyendo el número de pacientes de Medicaid a causa de la competencia. Como consecuencia, recibió de forma desproporcionada pacientes de bajos recursos y sin seguro, poblaciones ambas que le significan reembolsos a tasas menores de las de Medicaid por su atención.

IDEAS POPULARES SOBRE REFUGIADOS CUBANOS E INMIGRANTES MEXICANOS

COMO SOSTIENE AIHWA ONG (1996), LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS tratan a los grupos de inmigrantes de distintas formas, dándoles así expectativas diferentes respecto a los beneficios

que deben recibir. Al describir la interacción entre las instituciones públicas y los grupos inmigrantes como una “subjetivación” (Ong, 1996: 751; véase también Foucault, 1989), Ong dice que esta dinámica produce, de manera diferenciada, grupos minoritarios de “ciudadanos” estadounidenses:

Las dinámicas contrastadas de subjetivación que experimentan los nuevos inmigrantes demuestran la importancia crucial de las fuerzas institucionales (...) en la construcción de diferentes clases de minorías.

Ong demuestra que las instituciones reciben de distintas formas a los inmigrantes, dependiendo de su posición dentro de jerarquías cruzadas de raza, diferencia cultural y atributos de clase. El mérito de un grupo de pertenecer al estado-nación no está determinado sólo por su fenotipo. En vez de ello, los atributos de clase tales como “la autoconfianza en la lucha por el éxito económico” (Ong, 1996: 739) y la auto disciplina –cualidades asociadas comúnmente con “blancura”– se encuentran racializados. De acuerdo con esta lógica racial de los atributos de clase, las estimaciones populares del valor económico de un grupo –la capacidad que se percibe en ellos de sobreponerse a las adversidades– sirven para “blanquear” o “ennegrecer” los grupos inmigrantes. Ong demuestra así que mientras los refugiados de Camboya se conocen generalmente por su alta fertilidad y su dependencia del sistema de bienestar social (Ong, 1995, 1996), sus patronos chinos son admirados por sus “valores confucianos y sus negocios familiares” (1996: 742). Distintos grupos de nuevos asiáticos son racializados de formas divergentes; los camboyanos son percibidos como “asiáticos negros”, mientras que los patronos chinos se celebran como “minoría modelo”, destinada al éxito económico.

Podemos extender la racialización divergente que describe Ong para los asiáticos a subgrupos del rótulo pan étnico latino (Oboler, 1995), y en particular a los contrastes entre inmigrantes mexicanos y refugiados cubanos. Como varios estudiosos lo han anotado (Pedraza-Bailey, 1985: 1-17; López y Stanton-Salazar, 2001: 57-90), el estado ha recibido a los refugiados cubanos como una “historia exitosa” de inmigrantes, desanimando al tiempo la inmigración mexicana como una pérdida de puestos de trabajo estadounidenses y un desangre

de los recursos del estado⁴. El programa de refugiados cubanos no sólo provee a éstos de beneficios de salud y bienestar, sino con clases de inglés, entrenamiento vocacional y profesional, ayuda económica para estudios superiores y requisitos de ciudadanía más laxos. Silvia Pedraza-Bailey prueba que el programa les ha ayudado a traducir sus ventajas de clase iniciales en una “ventaja acumulada” en su integración con Estados Unidos, mientras que a los inmigrantes mexicanos no se les tiende una “mano amiga” como esa. Señala, además, que las políticas del estado han llevado así al estatus divergente de cada grupo en la imaginación popular: los refugiados cubanos son vistos como inmigrantes dignos, mientras que los inmigrantes mexicanos se toman por una “invasión silenciosa” (1985: 1).

4. En 1965, con la ley de inmigración, quedó institucionalizada la práctica estadounidense de recibir refugiados según las preferencias de la guerra fría, según ilustran Loescher y Scanlan. Si bien la mayoría de los inmigrantes cubanos tras 1965 eran “refugiados consumidores”, más que asilados políticos, Estados Unidos conservaron la distinción entre esta población y otras que buscaban un mejor modo de vida en el país (Loescher y Scanlan, 1986: 68-84). Pedraza-Bailey (1985) explora los resultados materiales de esta movida ideológica, encontrando que la designación de “refugiados políticos” que el estado dio a los cubanos, en vez de “migrantes económicos” –aunque muchos en oleadas de inmigración posteriores llegaron a Estados Unidos por razones económicas–, ayuda a explicar el nivel más alto de integración de éstos con la economía estadounidense. El estatus de “minoría modelo” de los cubanos no es entonces sólo el resultado de su lucha de clase media. A los inmigrantes mexicanos no se les tiende una “mano amiga” comparable en su integración con Estados Unidos.

La investigación reciente muestra la inexactitud que tiene la percepción popular de que los inmigrantes mexicanos reciben de las reservas de bienes públicos sin contribuir a ellas. Aunque se discute mucho sobre la creencia de que los inmigrantes quitan trabajo a los estadounidenses, Sum et al. (2002) reportan que, de hecho, los nuevos inmigrantes sostienen el crecimiento de la mano de obra civil. Los inmigrantes –con documentos o sin ellos– son un componente central de la economía estadounidense, que satisface su demanda de servicios y de mano de obra barata. De manera similar, la economía mexicana depende también de las remesas de los inmigrantes, que son hoy el mayor componente de su producto interno bruto. Es más, a los dos países puede interesar mantener el estatus ilegal de los trabajadores, que contribuyen a la economía sin tener servicios titulados.

Las concepciones divergentes sobre el valor moral de los cubanos y los mexicanos dentro del imaginario público se cruzan con realidades político-económicas nacionales y locales y determinan políticas concretas. Mientras que en la esfera de la opinión

pública circulan ideas contrarias sobre cubanos y mexicanos, las políticas estatales y locales pueden oscilar entre la generosidad liberal y el racionamiento severo, de acuerdo con el clima político-económico. Muestro a continuación que un clima de inseguridad económica y el declive del estado de bienestar intensificaron el interés por restringir los bienes públicos a aquellos grupos identificados como ciudadanos “dignos”. Sostengo en particular que reformas neoliberales recientes, como la atención administrada de Medicaid, han precipitado el racionamiento del servicio de salud, con base en una escala de supuesta responsabilidad individual.

LA ATENCIÓN ADMINISTRADA DE MEDICAID Y LOS DISCURSOS SOBRE EL “MÉRITO”

HE EXPLICADO CÓMO LA DISMINUCIÓN DE LOS REEMBOLSOS BAJO LA AAM alentó al hospital a implementar su nueva política para los “no asegurados”. La AAM ofrece, además, el ímpetu ideológico detrás de la nueva política. Ideológicamente, Medicaid se predica como un intento neoliberal de regular los comportamientos de salud de los individuos e incitar una ética del consumidor. En la AAM, la “elección” que ofrecen las organizaciones administradoras de salud de planes que compiten entre sí supuestamente transforma al paciente en un consumidor empoderado y ayuda a los beneficiarios de Medicaid a adquirir autosuficiencia y reducir su dependencia del estado. Así, la AAM parte de la premisa de que la medicina de mercado “normalizará” a los pobres y los transformará cada vez más en consumidores de clase media (Holahan et al., 1995).

Más aún, se espera que los pacientes interioricen esta ética de clase media y asuman la responsabilidad de “administrar” sus propios comportamientos y estatus de salud (Grogan, 1997; Hyatt, 1997; Peterson, 1997). La ironía está, por supuesto, en que para alcanzar el ideal de “salud” los pacientes de Medicaid enfrentan mayores obstáculos económicos y sociales que los de clase media. Los pacientes a quienes se les demuestra o percibe una incapacidad para llegar a este ideal –sea por una imputada falla de juicio, o por el “incumplimiento” de las órdenes y regímenes de los médicos– son juzgados de “alto riesgo” y

se les niega la atención (véanse Farmer, 1999: 256-271; Farmer, 2000). Como escribe Alan Peterson (1997: 198):

Los individuos cuya conducta se estima contraria a la búsqueda de una vida “libre de riesgos” tienden a ser vistos, y a verse a sí mismos, como faltos de auto control, y por ello como incapaces frente a sus deberes como ciudadanos responsables y autónomos.

Como sugiere Ong, en las sociedades liberales avanzadas la ciudadanía “se define cada vez más como el deber cívico del individuo de reducir su carga sobre la sociedad” (2003: 12); o mejor, la imputación de “responsabilidad” y “riesgo” se ha convertido en una medida básica del valor moral.

Durante el trabajo de campo me enteré rápidamente de cómo el personal incorpora este estándar neoliberal de mérito a las valoraciones de los pacientes. Los administradores y el equipo del hospital comparaban a menudo un grupo inmigrante con otro, expresando asuntos de “riesgo” y “responsabilidad” en términos de etnicidad u origen nacional. La “cultura”, un término todo terreno que acompaña atributos de clase tales como la autoconfianza y la responsabilidad individual, se convirtió en un vocablo conveniente para disculpar las diferencias percibidas en el estatus y los comportamientos de salud. Una tarde de octubre, por ejemplo, el intérprete vietnamita de la clínica me mostró con orgullo la tabla de registro de visitas de ese mes. Por primera vez desde que abriera, la clínica había recibido más visitas de asiáticos que de latinos. Me explicó radiante que el incremento se debía al interés de los asiáticos en la salud preventiva: “Octubre es el mes de las vacunas contra la gripe. Los asiáticos son más concientes de eso y cuidan más su salud”.

El personal ya había tenido que comparar los principales grupos de inmigrantes de la clínica. Pero la llegada de la AAM y la política de restringir la atención a los no ciudadanos precipitó tales comparaciones dentro del debate sobre la justicia de la política. La reforma intensificó lo que Aihwa Ong llama “valoración del capital humano” de poblaciones específicas por parte del personal (Becker, 1965), al entrar cada vez más en estándares neoliberales que valorizan la responsabilidad individual en la evaluación del mérito de los distintos grupos de inmigrantes.

Las explicaciones de las directivas del hospital acerca de las razones tras la implementación de la política de pago adelantado

ilustran el nuevo posicionamiento de pacientes en un continuo de “responsabilidad” y “riesgo”. A causa de las presiones financieras adicionales impuestas por los reembolsos reducidos de Medicaid, la AAM impulsa a las instituciones a “competir” por las bases de pacientes juzgadas “de bajo riesgo”, tanto en su comportamiento como en lo económico. Como lo explica el director ejecutivo del hospital a un diario de Albuquerque, los no asegurados caen en la categoría de “alto riesgo” por no tener un lugar de residencia estable. “Ese es uno de los dilemas de la población “auto paga” (los no asegurados) –todo lo que tenemos es su nombre y la fecha de nacimiento–” (4/30/99)⁵. De manera quizá más cándida, el administrador que fuera punta de

5. Al igual que muchas otras instituciones de la red de seguridad social, el hospital factura más de lo que recibe en pagos. En 1998 facturó US\$126 millones y recibió \$36 millones. Sería equivocado, sin embargo, asumir que la mayor parte de esos gastos fue ocasionada por los ilegales. En muchos casos, los seguros no cubren todos los gastos de atención de sus pacientes, e incluso los asegurados olvidan pagar sus cuentas.

lanza de la nueva política relató de manera explícita la distinción entre refugiados e indocumentados. “Te pagan por tus refugiados, no por tus indocumentados. Y eso es una pérdida”. Esta descripción de los indocumentados como una “pérdida” de los beneficios públicos recapitula el discurso del “riesgo” –en particular el de la

desventaja financiera–. Como resultado, las poblaciones consideradas irresponsables en el pago de sus cuentas –en este caso los inmigrantes mexicanos– son estigmatizadas como “ciudadanos no meritorios”.

Muchos inmigrantes mexicanos indocumentados estaban al tanto de esta percepción común e intentaban evitar el estigma asociado con su origen. Una estrategia frecuente observada por el personal era declarar orígenes salvadoreños o guatemaltecos, o reclamar por una persecución política. Otra era declarar ser un refugiado humanitario centroamericano desplazado por la destrucción causada por el huracán Mitch. Al asociarse a sí mismos con aspectos humanitarios aceptados internacionalmente, los inmigrantes de la clínica trataban de distanciarse del estigma de su origen mexicano y de su estatus indocumentado. Ambas estrategias de disimulo partían de la simpatía percibida para con lo que Pedraza-Bailey llama inmigrantes “políticos”, en oposición a los “económicos” (véase Pedraza-Bailey, 1985).

EL DISCURSO PÚBLICO SOBRE LOS INMIGRANTES CUBANOS Y MEXICANOS

L
 A DISCUSIÓN ANTERIOR MUESTRA QUE LA INTENSIFICACIÓN RECIENTE de la preocupación por los agotados recursos públicos ha lanzado consideraciones sobre el “capital humano”, volviéndolas parte central en la idea del ciudadano “digno” (Ong, 1996: 739). Según se despliegan estas concepciones de ciudadanos “dignos” e “indignos” en el ambiente de la clínica, los mexicanos y cubanos son descritos en polos opuestos del espectro. Hemos visto que los administradores del hospital describen a los mexicanos como tendientes a “entablar demandas al bienestar” y, por ello, “financieramente irresponsables” (Ong, 1996: 739). Los mismos directivos retratan a los cubanos como un grupo fuerte y resistente que ha conseguido el éxito por medio del trabajo duro. Se les asocia con la autodisciplina, la recursividad y el “poder de consumidor” (Ong, 1996: 739), atributos que según Ong ubican a un grupo inmigrante en el extremo “más blanco” de la jerarquía ciudadana. Un administrador del hospital, inmigrante cubano que escapó de La Habana a comienzos de la década de 1960, explicó por qué creía que los refugiados cubanos y vietnamitas merecían asistencia en salud del gobierno. Dijo:

Los asiáticos tienden a tener éxito en asuntos de educación y economía. Llegan aquí con ciertas restricciones sobre quiénes pueden inmigrar. Los cubanos vienen no muy lejos tras ellos. Los más recientes pueden no tener la educación de los asiáticos, pero son duros. Tuvieron que soportar la salida de Cuba, entonces aprovechan al máximo los recursos que consiguen.

Entonces, según el administrador, la rigurosa prueba de “salir de Cuba” –que evoca un viaje peligroso por el mar y una larga espera en campos de refugiados– ha endurecido a los cubanos para la lucha. Su demostración de las valoradas cualidades de la disciplina y don de mando justifica que reciban los beneficios de la ciudadanía.

La mayor parte del personal hizo eco de esta idea de recursividad y autoconfianza de los cubanos. Una enfermera mexicana americana dijo:

Entiendo por qué llegan a donde quieren en la vida, porque son gente hecha para conseguirlo. La mayoría lo logra. Porque para llegar acá desde Cuba tienes que ser muy duro. O sea, mira ese jovencito que llegó a Miami y que la madre murió (...)

Muchos administradores y personal aludieron al caso de Elián González –el niño cubano de cinco años que fue rescatado en 1999 de un bote de refugiados mar adentro– para ilustrar la fuerza y resistencia de la gente cubana. Según la mayoría del personal, la autoconfianza y determinación de los cubanos para “llegar donde van” demuestra que merecen los beneficios de la ciudadanía⁶.

De manera similar, el personal de la clínica describe a los cubanos como ciudadanos proactivos, adeptos a manejar su estatus de salud. Muchos observaron que la

6. Resulta bastante irónico que el personal y los administradores del hospital citaran varios casos bien conocidos de viajes peligrosos a mar abierto desde Cuba, e ignoraran los riesgos que los mexicanos corren al cruzar la frontera todos los días. Los viajes de los cubanos reciben esa atención desproporcionada por las mismas fuerzas ideológicas que sostienen el programa de refugiados.

medicina socializada en Cuba lleva a los refugiados a tener expectativas más altas sobre la atención que reciben; como dice una enfermera, “menos tiempo de espera, citas más rápidas, y realmente se enojan cuando algo sale mal”.

Otros atribuyeron el que los cubanos se involucren en la responsabilidad de su salud a su alto nivel de “educación”. Otra enfermera, por ejemplo, inmigrante mexicana, contrastaba los cubanos a favor de sus pares: “Los cubanos conocen sus derechos. Son todos muy bien educados. Más que nosotros los mexicanos”. De acuerdo con el personal, entonces, los atributos de clase media que se perciben en los cubanos los aprestan para las responsabilidades de la ciudadanía.

CONSTRUYENDO DIFERENTES TIPOS DE MINORÍAS

RESULTA PREDECIBLE QUE LAS POSICIONES OPUESTAS DE MEXICANOS y cubanos en la jerarquía de la ciudadanía “digna” hayan dado como resultado salidas sociales distintas para cada grupo. Como sugiere Aihwa Ong, el contraste en la manera como el hospital interactúa con unos y otros los prepara para roles muy

distintos dentro de las instituciones estadounidenses. Los cubanos, que son vistos como gente que “lo consigue”, son premiados por sus exigencias al sistema; se les anima a entablar demandas contra las instituciones públicas y a presionar por sus derechos. Por su parte, los inmigrantes mexicanos –tanto documentados como indocumentados– son disuadidos implícitamente de acceder a los beneficios de salud y de asumir roles activos en la sociedad civil. Para ilustrar las formas en que el sistema de salud público prepara a estos grupos para distintos tipos de ciudadanía, exploraré el trato que dio el hospital a los inmigrantes mexicanos al comenzar los déficit en el presupuesto ocasionados por la atención administrada de Medicaid.

Desde la implementación del AAM en 1997, y tras los déficit asociados a ello, los proveedores y enfermeros de la clínica Buena Vista han notado un patrón en el tratamiento a los inmigrantes mexicanos. Primero, se presentaron numerosos casos de descargo injusto de pacientes –que el hospital despacha sin atención, para regresar después con consecuencias adversas de enfermedades no tratadas–. Como lo expresa un proveedor, “el hospital está reduciendo lo que considera ‘urgencia’”. Segundo, y más notorio, el hospital se ha alineado con una segunda estrategia del estado para evitar los costos de la atención en salud: la deportación.

Deportación

LOS ABOGADOS DE LOS INMIGRANTES MEXICANOS RECUERDAN COMO ejemplo de la nueva estrategia el difundido caso del trato que el hospital dio a Maribel Miramontes Loya, nacional mexicana de dieciséis años que estaba en Estados Unidos con visa de turista. Maribel fue hospitalizada en octubre de 1999 por problemas con una placa de metal que le pusieron detrás de la cabeza cuando tenía once años de edad (Jadmark, 1999b: E1). En principio le serviría para drenar apropiadamente fluidos de su cerebro, pero ella venía cayéndose y con problemas de visión. El hospital le practicó tres cirugías sucesivas para remplazar la pieza, pero las complicaciones obligaron a hospitalizarla por tres semanas (Jadmark, 1999b: E1). Estaba embarazada en ese momento. Poco después, los médicos efectuaron una cesárea

para traer al mundo un bebé dos meses prematuro (Contreras, 1999), y quedó en coma. Después de más de una semana en coma, el hospital decidió ponerla a ella y al bebé en un vuelo de transporte médico a un hogar de enfermería en Chihuahua, México, declarando que el hogar podría darle el cuidado de largo plazo que ellos no podían ofrecerle.

Los padres de Maribel se opusieron al traslado, alegando que su delicada condición, que incluía fiebre alta (Jadmark, 1999b: E1), hacía peligroso el desplazamiento. Contactaron grupos favorables a los inmigrantes para tratar de impedirlo. Aducían que Maribel tenía visa de turista y que sus dos padres estaban en Albuquerque –su padre era ciudadano estadounidense–. De hecho, alegaban que el hospital quería hacer el desplazamiento a Chihuahua por su nacionalidad y porque no tenía seguro médico (Contreras, 1999: A1). El hospital persistió en su decisión⁷. Como lo expresó el director, “la instalación que mejor puede cuidarla está en México, en la comunidad de donde vino (...) No había más terapias u otra cosa que pudiera mejorar o beneficiar su tratamiento” (Contreras, 1999: A2).

Como último recurso, los padres de Maribel pidieron ayuda al consulado mexicano⁸, que contactó al hospital y presionó de manera exitosa a los directivos para regresar el avión, cuando iba sobre El Paso, Texas. Una vez en tierra en Albuquerque, se sabe que el hospi-

7. Las dificultades en la traducción pudieron exacerbar este conflicto entre los padres de Maribel y el hospital. Su madre hablaba sólo español. Según los abogados de inmigración, la mujer sintió que estaban “experimentando” con su hija, y pidió que la dieran de alta aun antes de que Maribel pasara por las tres cirugías. Incluso mientras el hospital sostuvo que la madre consintió el traslado, la señora dijo a los diarios que eso era impreciso y que por ello el traslado era ilegal (Contreras, 1999: A2; Jadmark, 1999b: E1). Ella objetó que enviaran a su hija a lo que un abogado de inmigración llamó “hospital de cuarta categoría”.

8. El que los padres de Maribel contactaran al consulado mexicano hace su caso único. En la gran mayoría de los casos de deportación, el estatus ilegal de los inmigrantes impide tales apelaciones al gobierno mexicano. La atención excepcional recibida por este caso aumenta la duda sobre cuántos otros pasarán inadvertidos.

tal aceptó al niño pero le negó ingreso a ella (Contreras, 1999: A2). El director ejecutivo del hospital negó esto públicamente, declarando que Maribel era “considerada paciente del hospital en ese momento”. Dado que ella estaba dentro de la póliza de seguros de una pariente, los padres pudieron ingresarla en la unidad de cuidados intensivos de un hospital privado en la ciudad. Aunque despertó apenas dos días tras el intento de traslado (Contreras, 1999; Jadmark, 1999b), murió poco después.

Para los abogados de inmigración, el caso de Maribel destiló varios puntos relacionados con el trato dado por el hospital a los

inmigrantes mexicanos –documentados e indocumentados– que se hicieron particularmente notorios desde la implementación de la AAM. Primero, el hospital intentó dar de alta a un inmigrante mexicano que necesitaba atención médica delicada para evitar costos de atención elevados. Cada vez más, los mexicanos reciben atención de segunda categoría por ser juzgados como faltos de responsabilidad financiera. Segundo, Maribel estaba legalmente en Estados Unidos y solicitaba la ciudadanía. Como lo expresa un activista de inmigración, “No era una indocumentada pero fue tratada casi como tal”. En el periodo de escasez de recursos que siguió tras la implementación de la AAM, el señalamiento a los inmigrantes mexicanos como “indignos” tuvo consecuencias también para los inmigrantes legales.

Resulta comprensible que el efecto de la política haya sido desanimar a los inmigrantes mexicanos a buscar atención en el hospital, la institución de caridad más grande del estado. El personal de la clínica dice que muchos inmigrantes mexicanos han tenido que adoptar el pago por adelantado de todos los servicios para evitar preguntas por su estatus de seguros, y por ende sobre su “legalidad”. Más aún, y como lo informa la Comisión Kaiser para Medicaid y los no asegurados, muchos inmigrantes evitan buscar los servicios de los hospitales públicos en general (véase Ku et al., 2001). Estas políticas, en resumen, sólo desaniman aún más a una población ya reticente a buscar la atención que necesita.

VÍAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

AL ENFOCARME EN LA INCORPORACIÓN DIFERENCIAL DE INMIGRANTES mexicanos y cubanos en una misma institución de salud pública he demostrado cómo dos grupos diferentes de latinos son preparados para formas distintas de “ciudadanía cultural” (Ong, 1996, 1997, 2003). Como señalé antes, estas construcciones derivan principalmente de las muy distintas relaciones existentes entre Estados Unidos y el país de origen de cada grupo. Las políticas estatales han llevado, a su vez, al estatus divergente de cada grupo dentro de la imaginación popular: los refugiados cubanos son vistos como inmigrantes dignos mientras que los inmigrantes mexicanos se perciben como una “invasión

callada” (Ong, 1985: 1). Estas construcciones de la ciudadanía cultural, inscritas dentro de las políticas de atención en salud para los inmigrantes, tienen consecuencias reales para el estatus de salud de ambos grupos y sus interacciones con la sociedad civil. El resultado de estas políticas es preparar a los inmigrantes cubanos para ser miembros activos de la sociedad y presionar por sus derechos, y desalentar a los mexicanos – documentados e indocumentados por igual– en la búsqueda de atención y participación en la sociedad.

Las restricciones en la atención del hospital Buena Vista son parte de una tendencia más amplia del estado y de los hospitales de negar atención a los inmigrantes indocumentados⁹. Aunque esta tendencia sea particularmente aguda en los estados fronterizos con México, no se limita para nada a esa región; los sistemas de salud en estados anteriormente liberales, como Massachusetts, implementaron nuevas políticas que impiden a los inmigrantes ingresar al plan del estado para personas no aseguradas de escasos recursos¹⁰. Al tiempo, el congreso estudia nueva legislación que promete a los hospitales de áreas con alta densidad de inmigrantes mayores fondos, siempre y cuando reporten los indocumentados al servicio de inmigración y participen así en su deportación. Este creciente “ennegrecimiento” de los inmigrantes

9. Políticas como las del Buena Vista se hacen cada vez más normales desde que la reforma federal al bienestar creó el marco legal para permitir a las instituciones públicas negar a los indocumentados atención que no es de urgencia. Bajo la ley de responsabilidad personal y oportunidad de reconciliación laboral, las agencias públicas no están obligadas a ofrecer atención a los inmigrantes sin estatus legal o a los legales naturalizados después de 1996. Si bien los hospitales públicos todavía están obligados a ofrecer atención de urgencia a cualquier persona, los sistemas hospitalarios en estrechez económica usan cada vez más la ley de 1996 como una salida de excepción para no ofrecer cuidados que no son de urgencia a los inmigrantes indocumentados (Ku et al., 2001).

10. En octubre de 2004, el estado de Massachusetts, preocupado por los crecientes costos de asegurar personas de bajos ingresos que pierden su seguro, implementó una nueva política que descalifica del programa a quienes no son residentes legales. Antes de eso, toda persona que residiera físicamente en Massachusetts era elegible para el programa.

indocumentados proviene, de nuevo, de valoraciones neoliberales sobre el mérito –sobre quiénes son “dignos” e “indignos” de los beneficios del bienestar– que racionalizan la negación del derecho humano básico a la salud. Investigaciones venideras deberán partir de un enfoque etnográfico para evaluar las ideologías que guían las políticas de restricción del cuidado para los inmigrantes indocumentados, así como los efectos concretos de tales políticas.

Este artículo se propone como una voz de alerta sobre posibles restricciones futuras de la atención en los países de América

latina que han adoptado también los planes de salud administrada. Stocker et al. han demostrado que la exportación de la salud administrada hacia América latina ha coincidido con restricciones en el servicio a las poblaciones vulnerables. Así ocurre en Nuevo México, en donde los fondos que demanda la administración de las empresas prestadoras de salud han llevado a contar con menos recursos para el cuidado clínico. Aún más, las políticas de las OAS –que incluyen el requisito de copagos y el incremento del papeleo previo al servicio– han creado mayores barreras a la atención. En los hospitales públicos de Argentina y Brasil, por ejemplo, los pacientes indigentes deben completar una extensa evaluación de medios para recibir atención gratuita, y las tasas de negación del servicio están entre 30 y 40% (Stocker et al., 1999: 1133). Dado que los copagos son prohibitivos económicamente, las clínicas y los hospitales públicos experimentan dificultades crecientes. Por ejemplo, 24% de los pacientes cubiertos por una organización administradora de salud chilena frecuentan hospitales y clínicas públicas cada año porque no pueden solventar los copagos. Además, los programas de salud administrada cortejan a los pacientes más jóvenes y saludables sin enfermedades crónicas, dejando al sistema público de salud los viejos y enfermos. Es así como sólo 3,2% de los pacientes en el programa de salud administrada es mayor de sesenta años, comparado con 8,9% de población general y 12% de pacientes atendidos en clínicas y hospitales públicos (Iriart et al., 2001: 1250).

Aunque la academia comienza a explorar los efectos materiales de las reformas en América latina, sus efectos ideológicos permanecen relativamente sin estudiar. Como sugieren Iriart et al. (2001), el análisis crítico debe exponer los supuestos que guían el “sentido común” que hace ver la privatización como inevitable. La investigación debe documentar también los supuestos sobre el “mérito” de los grupos sociales, que parecen naturales en tales reformas. En ese sentido, este trabajo sugiere nuevas líneas de investigación. Al reducirse el presupuesto para la salud pública, ¿qué nuevas categorías de ciudadanos “indignos” tendrán que crearse para justificar las restricciones del servicio? ¿Cómo se traducen las reformas neoliberales y su valoración de la responsabilidad individual y la autoconfianza en nuevos “ennegrecimientos” de grupos sociales específicos? ¿Es más difícil para ciertos grupos –tanto inmigrantes como receptores

de caridad pública— recibir atención dentro de estos programas? Y ¿cómo valoran estos programas los ideales de salud de la clase media, ideales que resultan particularmente difíciles de adoptar para las poblaciones vulnerables? Los antropólogos clínicos deben propender al estudio comparativo de los efectos de estas reformas, examinando sus diversas implicaciones materiales y discursivas para las poblaciones vulnerables.

BIBLIOGRAFÍA

- BECKER, G. C. 1965. "A theory of the allocation of time". *Economic Journal*. 75.
- BOURDIEU, P. 1998. *Actos de resistencia: contra la tiranía del mercado*. The New Press. Nueva York.
- BROWN, E. R., R. WYN, H. YU, A. VALENZUELA Y L. DONG. 1998. "Access to health insurance and health care for mexican american children in immigrant families". En Marcelo M. Suárez-Orozco (ed.). *Crossings: Mexican immigration in interdisciplinary perspective*. Harvard University David Rockefeller Center for Latin American Studies. Cambridge, MA y Londres.
- CONTRERAS, G. 1999. "Hospital defends care of young mom: Family challenges attempted move to mexican nursing home". *Albuquerque Journal*. 25 de noviembre. A1.
- CUNNINGHAM, P., J. GROSSMAN, R. ST. PETER Y C. LESSER. 1999. "Managed care and physicians' provision of charity care". *Journal of the American Medical Association*. 281.
- FARMER, P. 1999. *Infections and inequalities: The modern plagues*. University of California Press. Berkeley.
- . 2000. "Prevention without treatment is not sustainable". *National AIDS Bulletin*. 13 (6).
- FOUCAULT, M. 1989. "The subject and power". En H.L. Dreyfus y Paul Rabinow (eds.). *Michel Foucault: Beyond structuralism and hermeneutics*. University of Chicago Press. Chicago.
- GINZBERG, E. Y M. OSTOW. 1997. "Managed care. A look back and a look ahead". *New England Journal of Medicine*. 336 (14).
- GOOD, M.-J. DEL VECCHIO, C. JAMES, B. GOOD, A. E. BECKER. 2002. "The culture of medicine and racial, ethnic, and class disparities in healthcare". En B. D. Smedley, A. Y. Stith y A. R. Nelson (eds.).

- Unequal treatment: Confronting racial and ethnic disparities in healthcare.* Institute of Medicine. Washington.
- GORDON, C. 1991. "Governmental rationality: An introduction". En G. Burchell, C. Gordon y P. Miller (eds.). *The Foucault Effect*. University of Chicago Press. Chicago.
- GROGAN, C. M. 1997. "The Medicaid managed care policy consensus for welfare recipients: A reflection of traditional welfare concerns". *Journal of Health Politics, Policy, and Law*. 22 (3).
- HOLAHAN, J. ET AL. 1995. "Insuring the poor through section 115 Medicaid waivers". *Health Affairs*. 14 (1).
- HORTON, S., J. McCLOSKEY, C. TODD Y M. HENRIKSEN. 2001. "Transforming the safety net: Responses to Medicaid managed care in rural and urban New Mexico". *American Anthropologist*. 103 (3).
- HYATT, S. 1997. "Poverty in a 'post-welfare' landscape". En Chris Shore y Susan Wright (eds.). *Anthropology of Policy*. Routledge. Nueva York.
- IGLEHART, J. K. 1999. "The American health care system: Medicaid". *New England Journal of Medicine*. 340 (5).
- IRIART, C., E. E. MERHY Y H. WAITZKIN. 2001. "Managed care in Latin America: The new common sense in health policy reform". *Social Science & Medicine*. 52.
- JADMARK, J. 1999a. "Hospital plans new payment system". *Albuquerque Journal*. 26 de febrero. A1.
- . 1999b. "Condition of returned girl still serious". *Albuquerque Journal*. 27 de noviembre. E1.
- KU, L. Y A. FREILICH. 2001. "Caring for immigrants: Health care safety nets in Los Angeles, New York, Miami, and Houston". Kaiser Family Foundation, Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured. Washington.
- LAMPHERE, L. (ed.). 1992. *Structuring diversity: Ethnographic perspectives on the new immigration*. University of Chicago Press. Chicago y Londres.
- LEWIN, M. E. Y S. ALTMAN (eds.). 2000. *America's health care safety net: Intact but endangered*. National Academy Press. Washington.
- LOESCHER, G. Y J. A. SCANLAN. 1986. *Calculated kindness: Refugees and America's half-open door, 1945 to the present*. The Free Press. Nueva York y Londres.
- LÓPEZ, D. E. Y R. D. STANTON-SALAZAR. 2001. "Mexican Americans: A second generation at risk". En Rubén G. Rumbaut y Alejandro Portes (eds.). *Ethnicities: children of immigrants in America*. University of California Press. Berkeley, Los Angeles y Londres.

- MASKOVSKY, J. 2000. "Managing' the poor: Neoliberalism, Medicaid HMOs and the triumph of consumerism among the poor". *Medical Anthropology*. 9.
- OBOLER, S. 1995. *Ethnic labels, Latino lives: Identity and the politics of (re)presentation in the United States*. University of Minnesota Press. Minneapolis y Londres.
- ONG, A. 1995. "Making the biopolitical subject: Cambodian immigrants, refugee medicine and cultural citizenship in California". *Social Science & Medicine*. 40 (9).
- . 1996. "Cultural citizenship as subject-making: immigrants negotiate racial and cultural boundaries in the United States". *Current Anthropology*. 37 (5).
- . 2003. *Buddha is hiding: Refugees, citizenship, the new America*. University of California Press. Berkeley, Los Angeles y Londres.
- PEDRAZA-BAILEY, S. 1985. *Political and economic migrants in America: Cubans and Mexicans*. University of Texas Press. Austin.
- PETERSON, A. 1997. "Risk, governance, and the new public health". En Alan Peterson y Robin Bunton (eds.). *Foucault, health, and medicine*. Routledge Press. Nueva York.
- . 1996. "Risk and the regulating self: The discourse of health promotion as politics of uncertainty". *Australian and New Zealand Journal of Sociology*. 32 (1).
- ROSENBAUM, S. 1997. "A look inside Medicaid managed care". *Health Affairs*. 16 (4).
- RYLKO-BAUER, B. Y P. FARMER. 2002. "Managed care or managed inequality? A call for critiques of market-based medicine". *Medical Anthropology Quarterly*. 16 (4).
- SALAMON, L. 1996. "The crisis of the nonprofit sector and the challenge of renewal". *National Civic Review*. 85 (4).
- STOCKER, K., H. WAITZKIN Y C. IRIART. 1999. "The exportation of managed care to Latin America". *New England Journal of Medicine*. 340 (14).
- SUM, A., N. FOGG Y P. HARRINGTON. 2002. "Immigrant workers and the great American job machine: The contributions of new foreign immigration to national and regional labor force growth in the 1990s". Center for Labor Market Data, Northeastern University. Boston.
- WAITZKIN, H., R. L. WILLIAMS, J. A. BOCK, J. MCCLOSKEY, C. WILLGING Y W. WAGNER. 2002. "Safety-net institutions buffer the impact of Medicaid managed care: A multi-method assessment in a rural state". *American Journal of Public Health*. 92 (4).