

BIOPOLÍTICAS DEL ABANDONO: MIGRACIÓN Y DISPOSITIVOS MÉDICOS EN LA FRONTERA SUR DE MÉXICO*

*BIOPOLÍTICA DO ABANDONO: MIGRAÇÃO E
DISPOSITIVOS MÉDICOS NA FRONTEIRA SUL DO MÉXICO*

*BIOPOLITICS OF ABANDONMENT: MIGRATION AND
MEDICAL DEVICES IN MEXICO'S SOUTHERN BORDER*

Rodrigo Parrini**

Una etnografía realizada en un municipio de la frontera sur de México nos ha permitido explorar las formas en que los dispositivos médicos, en sus dimensiones prácticas y epistémicas, operan sobre los cuerpos y los flujos de los migrantes que transitan por esa zona. Estos dispositivos colaboran en la constitución de lo que denominamos una biopolítica del abandono, en la que fungen como vigilantes de una frontera social y sanitaria que intenta separar a los migrantes de la población local y controlar los peligros que traerían.

Palabras clave: abandono, biopolítica, frontera, medicina, México, migración.

Com o apoio de uma etnografia realizada em um município da fronteira sul do México, exploram-se as formas em que os dispositivos médicos, em suas dimensões práticas e epistémicas, operam sobre os corpos e os fluxos dos migrantes que transitam por essa zona. Estes dispositivos colaboram com a constituição do que denominamos uma biopolítica do abandono, na qual exercem como vigilantes de uma fronteira social e sanitária que tenta separar os migrantes da população local e controlar os perigos que trariam.

Palavras-chave: abandono, biopolítica, fronteira, medicina, México, migração.

Based on an ethnographic study performed in a municipality in Mexico's southern border, this article explores how medical devices, both in their practical and epistemic dimensions, operate on the flow of migrants passing through this zone. These structures collaborate in the creation of what we call abandonment biopolitics, acting as guardians of a social and sanitary border that intends to separate the migrant from the local population and control the dangers they could bring.

Key words: abandonment, biopolitics, border, medicine, Mexico, migration.

* Este artículo es producto de las investigaciones "Derechos humanos, flujos migratorios y comunidades locales: el caso de Tenosique, Tabasco" (2013-2014) y "¿Un tren subterráneo? Prácticas y redes informales de solidaridad en el viaje de migrantes centroamericanos hacia los Estados Unidos. Estudio binacional México y El Salvador" (2015-2016), financiadas por la Fundación Ford. La primera fue realizada por la Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco, y la segunda por la misma Universidad en colaboración con la Universidad Centroamericana de El Salvador "José Simeón Cañas".

** Psicólogo y Doctor en Antropología. Profesor-investigador del Departamento de Educación y Comunicación de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco (México) E-mail: rodparini@gmail.com

PRÁCTICAS SANITARIAS MICROFÍSICAS

João Biehl (2007a) y Elizabeth Povinelli (2011) hablan de *zonas y economías del abandono*, respectivamente, en las cuales, complejas formas de gubernamentalidad someten a vastas poblaciones a través de dispositivos e intervenciones científico-técnicas. En esas zonas o economías, el dominio no sólo se ejerce mediante la brutalidad del poder policial, sino mediante conocimientos y procedimientos creados por la ciencia, particularmente la medicina. La frontera sur de México, escenario de una profunda reconfiguración de la soberanía estatal, pero también de los flujos migratorios que por allí transitan, constituye, en alguna medida, una de esas zonas de abandono, donde se intenta gobernar la miseria mediante los dispositivos médicos, así como una economía del abandono en la cual ciertos colectivos son apartados de cualquier forma de bienestar social. En esta dinámica entre abandono y persecución, los dispositivos médicos operan como vigilantes de una frontera social y sanitaria, que intenta separar a los migrantes de la población local y controlar los peligros que aquéllos traerían. Una etnografía realizada en Tenosique¹, uno de los principales puntos de entrada de migrantes centroamericanos a México dispuestos a realizar un largo viaje hacia la frontera con los Estados Unidos, nos ha permitido explorar las formas en las cuales ese dispositivo tecnocientífico,

en sus dimensiones prácticas y epistémicas, opera sobre los cuerpos y los flujos de dichas poblaciones nómadas, expulsadas por la miseria y la violencia de sus países y recibidas por el Estado mexicano mediante un incremento de la marginalidad de las primeras.

La investigación que sustenta el artículo se centra en las prácticas sociales microfísicas que surgen de las relaciones entre los migrantes y las instituciones locales². En este texto nos detendremos en aquellas que ocurren en torno a asuntos sanitarios y preocupaciones sociales sobre este tema. Haremos una reconstrucción etnográfica de ciertos episodios y una recuperación discursiva de las posiciones de distintos actores relevantes en este campo, y profundizaremos en dos campos microfísicos de las prácticas tecnocientíficas. Primero, habrá un debate sobre el destino de los cadáveres de migrantes que mueren en su paso por Tenosique, por causas naturales o criminales. Después, se investigará el control de las enfermedades que los migrantes traerían, especialmente las epidémicas, y que constituirían una amenaza para la población local. Un imaginario global de las epidemias condensa en los cuerpos de los migrantes las referencias lejanas al ébola o más cercanas al virus chikungunya, a lo que se sumarán las disposiciones sanitarias y legales para el tratamiento del VIH en este colectivo.

Videodrome, 1983 | DIRECTOR: DAVID CRONENBERG



Los dos protagonistas del texto, por así llamarlos, son el Hogar-Refugio para Personas Migrantes La 72³ y el sistema público de salud. Si bien podríamos integrar otras visiones, creemos que en estas se juega el argumento que tratamos de reconstruir y explicar. Dado que el flujo de migrantes es permanente, las relaciones sociales que exploramos acontecen, fundamentalmente, entre los actores que ocupan posiciones muchas veces antagónicas: por un lado, el Estado en su expresión local; por otro, las organizaciones civiles y humanitarias locales⁴.

El caso de Tenosique es particularmente interesante para explorar las relaciones y los conflictos que se suscitan entre estos actores. La migración es un fenómeno relativamente reciente en esta zona, esto implica que el posicionamiento de los diversos actores sucedió de forma relativamente tardía y, en muchos sentidos, se está configurando. Al ser un municipio fronterizo, el flujo de migrantes es continuo, a pesar de las medidas recientes tomadas por el Gobierno mexicano⁵. Por último, en la ciudad la defensa de derechos humanos es particularmente intensa, lo que ha producido resquemores y enfrentamientos con las autoridades locales. Si bien han existido intentos de coordinar sus acciones, finalmente ha prevalecido el antagonismo; el trabajo de las instituciones y los funcionarios estatales es vigilado y cuestionado sistemáticamente. Eso me ha

permitido conocer con prontitud las posiciones discursivas de los actores, las formas en las que construyen el cuerpo de los migrantes y la operación del aparato médico local en la producción de las relaciones de abandono que nos interesan.

CUIDAR Y EXPULSAR

El Estado mexicano despliega una política ambigua con respecto al tránsito de migrantes indocumentados de origen centroamericano por el país. Por una parte, realiza modificaciones legales que garantizarían sus derechos humanos y, por otra, dificulta su desplazamiento o los persigue para detenerlos y deportarlos. Esta ambigüedad se manifiesta también en el campo de la salud; por un lado, se amplía la cobertura del Seguro Popular (público, gratuito y universal en salud a cargo del Estado) para los migrantes en tránsito en los estados fronterizos del sur del país, durante 90 días (Estudios Fronterizos, 2014); por otro, se generan una serie de trabas para su atención médica (Coria, 2011: 415).

Este artículo fue escrito en un momento en que la regulación de los flujos migratorios en la frontera sur de México experimentaba modificaciones considerables⁶. Luego de la masiva entrada de menores de edad no acompañados a los Estados Unidos desde finales del 2013 y hasta mediados del 2014⁷, el gobierno mexicano

adoptó una serie de medidas para contener el flujo migratorio en esa frontera. El 8 de junio del 2014 se creó, mediante decreto presidencial, la Coordinación para la Atención Integral de la Migración en la Frontera Sur (Segob, 2014). En el discurso de las autoridades se traslapa la defensa de los derechos humanos de los migrantes con su control. Así como se busca “implementar las acciones para el respeto a los derechos humanos” y garantizar “el tránsito seguro de los flujos migratorios” (Segob, 2014: 1), se toman medidas para frenar el movimiento de migrantes por el territorio nacional. Hay un giro retórico consistente: las medidas policiales son presentadas como formas de protección a los derechos humanos de los migrantes.



Por esas mismas fechas, el secretario de gobernación anunció que el Gobierno ordenaría el tránsito de los migrantes por el país y no admitiría que utilizaran el tren de carga, conocido como La Bestia, para realizar su viaje: “Vamos a poner orden, dijo el Secretario, no podemos seguir permitiendo que pongan en peligro sus vidas [...]. La Bestia es para carga no de pasajeros” (Proceso, 2014: 1). Nuevamente los argumentos se trasladan: “[...] es una decisión del Estado mexicano que los migrantes no pongan en riesgo su vidas en este tren de carga y no de pasajeros” (Proceso, 2014: 1), señaló el funcionario, y añadió que quienes no cuenten “con los debidos documentos para adentrarse en nuestro territorio y entrar a Estados Unidos” (Proceso, 2014: 1) no podrían permanecer en el país; “cuidarlos” sería la intención fundamental de estas medidas, según el personero.

Los migrantes indocumentados son, en su mayoría, ciudadanos que viven en condición de pobreza en sus países⁸. Si bien se les prohíbe transitar por México sin permiso, tampoco pueden conseguir la visa que regularizaría su tránsito⁹. Los abusos cometidos por autoridades corruptas o por criminales no parecen disminuir, según organizaciones de derechos humanos que los defienden (Hogar-Refugio para Personas Migrantes La 72, 2015).

El Gobierno de Guatemala informó que, durante el 2014, 114.009 centroamericanos fueron “deportados de México por vía terrestre”, lo que representó un incremento del 53 %, en comparación con el año anterior (Dirección General de Migración de Guatemala, 2015)¹⁰.

Si bien los aparatos médicos no están en el centro de estos procesos, participan de la ambigüedad estatal que describimos. En nuestra investigación hemos encontrado una dinámica persistente entre el resguardo de la salud de los migrantes y su vulneración. En una reunión de la Red de Salud del Migrante¹¹, que conformó la Secretaría de Salud de Tabasco, el director de la Jurisdicción Sanitaria de Tenosique inauguró la cita diciendo que si bien “no todos los migrantes son malos, tampoco todos son buenos”. El mapa que presentó el funcionario era moral antes que sanitario. La “maldad” de los migrantes se relaciona con percepciones colectivas que los acusan de delitos diversos; la “bondad” con su vulnerabilidad y miseria. Luego de la intervención de ese

funcionario, varios de los participantes mencionaron episodios en los cuales los migrantes habrían dañado a ciudadanos locales o protagonizado algún crimen.

Los vínculos entre el aparato médico y los migrantes surgieron desde el inicio de la investigación. Cuando comencé a visitar el Hogar-Refugio para Personas Migrantes La 72, uno de los primeros lugares en los que estuve fue la enfermería del lugar, que no contaba con personal especializado. Los migrantes padecían enfermedades infecciosas en la piel, síntomas de insolación y deshidratación, heridas en algunas partes de su cuerpo, especialmente los pies, producidas por las largas caminatas que deben realizar, y enfermedades intestinales. La atención era paliativa.

Por su parte, la Cruz Roja local operaba una clínica móvil de atención a los migrantes que recorría las rutas por donde ellos transitan y les ofrecía atención médica de nivel primario, a cargo de médicos y enfermeros. Cada cierto tiempo, esa unidad llegaba a La 72 para atender las demandas de salud de los migrantes alojados. Junto con esto, los grupos betas del Instituto Nacional de Migración asisten a los migrantes durante su viaje por el país¹².

Finalmente, hay que sumar las instancias del sistema de salud estatal que deberían atender a los migrantes. En el 2009 el municipio contaba con 28 unidades médicas de distinto tipo y pertenecientes a las diversas instituciones que conforman el sistema público de salud y 131 funcionarios catalogados como *personal médico* (Inegi, 2010).

MEDICINA Y ABANDONO

El panorama que tratamos de reconstruir no intenta dar una visión global de la relación entre los aparatos médicos y la migración o entre la medicina y la regulación de los flujos migratorios. Estamos ante procesos muy complejos y que suceden en escalas distintas, desde las políticas sanitarias internacionales hasta las prácticas institucionales locales, pasando por los programas federales o estatales. Me he centrado en las prácticas institucionales y cotidianas donde los aparatos médicos se encargan de resolver ciertos problemas o dotan de esquemas comprensibles

a lo que ocurre. Se trata, en este sentido, de atender a un paciente en un hospital comunitario, de conseguir refrigeración para un cadáver o de tomar algunas medidas frente a potenciales epidemias. En todos estos aspectos una porción de las relaciones que se construyen localmente con los migrantes centroamericanos implica la regulación sanitaria de sus cuerpos: ya sea a través de sus enfermedades o heridas, sus desechos, sus procesos de descomposición o sus intercambios de sustancias con el medioambiente o las personas. En este punto, no son los aparatos policiales los que actúan, aunque estén presentes, sino los médicos, pero lo hacen en un terreno donde medicina y ley se topan e incluso se tornan indistinguibles.

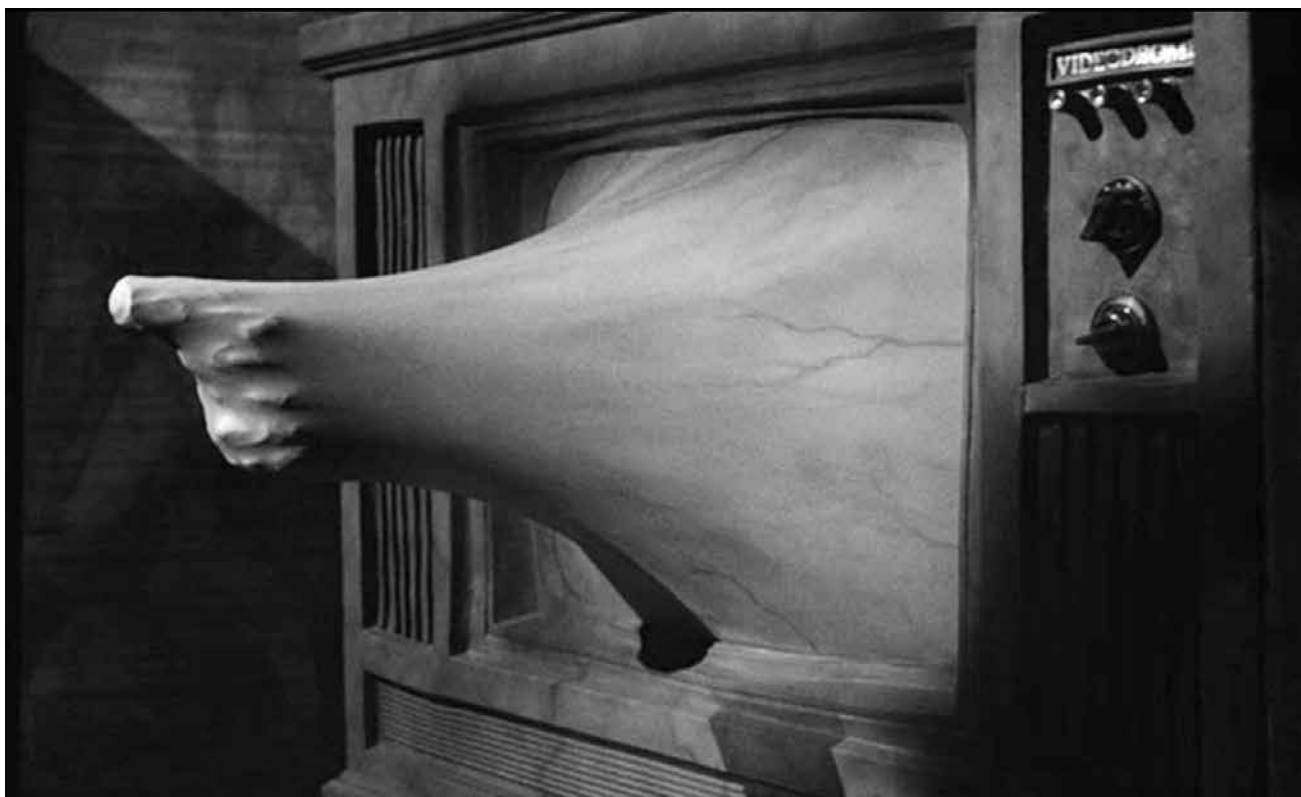
Esto lo han advertido muchos autores, siguiendo algunas de las ideas que Foucault dejó inconclusas. Creo que arribamos a un punto donde “confluyen el modelo jurídico-institucional y el modelo biopolítico del poder” (Agamben, 2006: 15). Como mostramos antes, en torno a la migración proliferan las regulaciones jurídicas, pero también las biopolíticas. Unas se confunden con las otras, en muchos sentidos, especialmente cuando los objetivos humanitarios se traslapan con los policiales. Los derechos humanos no parecen constituir una barrera para la acción policial sino su justificación, paradójicamente. Pero, de todos modos, los cuerpos de los migrantes representan un exceso que no logran solventar las regulaciones jurídicas ni los organismos policiales. Se enferman, “contagian”, se descomponen. En ese punto, es la medicina la encargada de resolver los desafíos que esto implica. Pero el intervalo, en este terreno, entre el modelo biopolítico y el jurídico-institucional es apenas distinguible. Quiero decir, la acción de las instituciones del Estado es biopolítica y jurídica a la vez. “En el horizonte biopolítico que es característico de la modernidad”, sostiene Agamben, “el médico y el científico se mueven en esa tierra de nadie en la que, en otro tiempo, sólo el soberano podía entrar” (2006: 202). No podré profundizar en este punto, pero la frontera de México con Guatemala ha sido sistemáticamente descrita como una “tierra de nadie”¹³. Agamben no se refiere a esta, sin duda. Pero nosotros nos preguntamos si la “tierra de nadie” en la que se mueven ahora el médico y el científico no es también donde lo hacen la policía o los agentes de migración. Es decir, un mismo territorio es ocupado por dos tipos de funcionarios esta-

tales que delinear ese punto en el que ambos modelos confluirían. Si el modelo biopolítico y el jurídico-institucional convergen es, entre otras razones, porque lo hacen en este registro microfísico. El policía, diremos, es la sombra del médico y éste la de aquél.

Roberto Esposito piensa esta relación entre derecho y medicina como el pasaje de “un régimen ya no basado en la abstracción de las relaciones jurídicas, sino en tomar a cargo la vida en el cuerpo mismo de quienes son sus portadores” (2006: 47). En el campo que investigamos, ese pasaje producirá lo que Biehl (2007b) denomina las *micro-políticas de la sobrevivencia*, es decir, todas las estrategias que los migrantes (y sus defensores) deben desplegar para cuidar su salud o atenderla, mientras huyen de los agentes de migración o la policía. Una etnografía iluminaría, dice Biehl, “los caminos en los que las personas se transforman en médicos de sí mismas y de los mundos que los rodean, en medio de tensiones crecientes entre la salud como bien público o privado” (2007b: 49). En este contexto, habría que añadir las tensiones entre el acceso a la salud como un derecho humano fundamental y la acción de las instituciones policiales o de seguridad. Un migrante que recibe atención en esta parte de su trayecto, no lo hace como un sujeto que ejerce sus derechos básicos sino como un indocumentado que se encuentra ilegalmente en el país. El tema entonces será trazar la frontera entre la ley y la medicina, entre la persecución y los derechos, entre la expulsión y el cuidado.

¿QUÉ HACER CON LOS CADÁVERES?

Ninguna institución gubernamental cuenta con información exacta sobre el número de migrantes muertos en su paso por Tenosique. Sólo hay datos dispersos. A lo largo de mi etnografía he recopilado información de la prensa local que da cuenta de muchas muertes: cadáveres flotando en los ríos, a las orillas de la vía del tren, en los montes, cadáveres de personas asesinadas. El diagnóstico sobre la situación de los derechos humanos de los migrantes en su tránsito por México que han elaborado diversas instituciones y organizaciones no gubernamentales (ONG) (Amnistía Internacional, 2011; Fundar, 2011; I(dh) eas, 2011; Meyer y Brewer, 2010) es desolador, pero difícil de cuantificar con precisión¹⁴.



Videodrome, 1983 | DIRECTOR: DAVID CRONENBERG

Los cadáveres son un problema sanitario y su estatus es tanto legal como médico. El cuerpo de cualquier persona que muere en la vía pública se debe transportar a las instalaciones del Servicio Médico Forense local. Los cadáveres de individuos desconocidos se guardan por un periodo de tiempo y si nadie los reclama son inhumados en fosas comunes¹⁵.

En la citada reunión de la Red de Salud del Migrante se abordó el caso de una persona que había muerto “por causas naturales” y cuyo cadáver fue remitido al Hospital Municipal. El Hospital contaba con una cámara frigorífica para conservar el cuerpo, mientras se cumplía el plazo estipulado por la ley, pero necesitaban trasladarlo para poder guardar otros cadáveres. En noviembre del 2012, el entonces gobernador había inaugurado el nuevo edificio del Centro de Procuración de Justicia, que contaba con instalaciones forenses especializadas. El gobernador habría dicho, según periodistas locales, que “este gran Centro de Procuración de Justicia es un edificio modelo con áreas totalmente diseñadas para un mejor funcionamiento y que dignifican el servicio” (Hernández, 2012: s/p). A finales del

2014, al parecer, parte de la infraestructura de ese “gran Centro” ya no funcionaba.

¿Dónde conservar los cadáveres de los migrantes, entonces? La discusión giró en torno al derecho de los deudos a enterrar dignamente a sus familiares. Dos mujeres que representaban el Desarrollo Integral para la Familia (DIF) local insistieron en que los cadáveres no podían inhumarse en la fosa común sin tratar de contactar a las familias. Estaba en juego, en esa discusión, el estatus de los cadáveres: o eran parte de una familia o sólo objetos de procedimientos médico-legales.

Una nota de un portal local de noticias informó en abril del 2013, que el cadáver de un migrante hondureño, “asaltado y muerto a balazos en la raya divisoria México-Guatemala”, había sido enviado “a la fosa común” (Paredes, 2013: 1). La nota, titulada “Se les apesó el migrante”, relataba que

[...] los restos del ilegal J. G. P., luego de su autopsia de ley, el servicio forense local lo envió [*sic*] a la cámara de refrigeración, mientras que la instancia

diplomática de ese país centroamericano [...] se encargaba de rellenar los trámites sobre el traslado de cadáver para su tierra natal (Paredes, 2013: 1).

Pese a los esfuerzos del consulado de Honduras en Veracruz, no se pudo localizar a los familiares del migrante. La nota continúa narrando que, transcurridos cuarenta días desde su muerte, las altas temperaturas “provocaron que el cuerpo entrara en estado de putrefacción, hedores que se impregnó [*sic*] en los tres niveles [del] edificio” (Paredes, 2013: 1). Si bien no menciona el recinto, entendemos que se trata de las “modernas instalaciones” inauguradas a finales del año anterior por el gobernador del Estado, que contaban con cámaras de refrigeración idóneas para la conservación de los cadáveres. La nota finaliza informando que “ante esta pestilencia las autoridades ministeriales procedieron de inmediato a la tramitación legal de exhumación [*sic*] en la fosa común del cementerio nuevo, del ilegal, debido que no llegó ningún familiar a reclamar sus restos” (Paredes, 2013: 1).

En las preocupaciones que se expresaron durante la reunión de la Red y en esta nota hay una ambivalencia entre la ley, la medicina y los afectos. Quiero decir, la ley y la medicina parecen operar en un terreno donde el cadáver es un objeto burocrático que debe ser gestionado, biológica y legalmente. La nota, por ejemplo, habla de “autopsia de ley”, es decir, de los procedimientos médicos que se realizan en un cuerpo muerto para determinar las causas de su deceso. La ley cobija esas medidas y requiere de la medicina respuestas sobre las causas de la muerte. Dada su nacionalidad, el cadáver motivó una serie de trámites para trasladarlo a “su tierra natal”, donde residiría su familia. El ciclo de la muerte se cerraría cuando el cadáver regresase al lugar del nacimiento, en una especie de circularidad del cuerpo que termina donde empezó. Es una topología afectiva antes que médica, que defienden las funcionarias municipales cuando exigen que no se entierren los cadáveres desconocidos sin avisarles a sus familiares. Protegen, por tanto, la tierra natal frente a las burocracias de las fosas comunes. El nombre, la familia y la tierra natal otorgarían singularidad a la muerte, en contraste con el espacio colectivo y anónimo que es la fosa.

Pero, en este caso, hay una tensión que es específica de la migración. Cuando la “pestilencia” fue demasiado

intensa, las autoridades procedieron “a la tramitación legal de exhumación [*sic*] en la fosa común [...] del ilegal” (Paredes, 2013: 1), se lee en la nota. El cadáver conserva, pese a su descomposición acelerada, el estatus “ilegal” del migrante asesinado; la ley que procede a inhumarlo no modifica dicho estatus. El Reglamento de la Ley General de Salud define *cadáver* como “el cuerpo humano en el que se haya comprobado la pérdida de vida” (Cámara de Diputados, 2012: 3). Un cuerpo humano es, en algún sentido, un dato natural; un cadáver, en cambio, es uno de tipo médico y legal. Para que un cuerpo humano alcance la calidad de cadáver, se debe comprobar “la pérdida de vida”. El mismo Reglamento indica que un certificado de defunción, es decir, el documento oficial que emite el Estado y que avala la “pérdida de la vida”, sólo puede ser expedido “una vez comprobado el fallecimiento y determinadas sus causas, por profesionales de la medicina o por personas autorizadas por la autoridad sanitaria competente” (Cámara de Diputados, 2012: 15). La muerte es, primero, una decisión médica y, luego, un acto legal. En ese momento, el cuerpo se transforma en cadáver, aunque siga siendo cuerpo (pero con su “vida perdida”).

El migrante, desde esta perspectiva, está doblemente perdido, y su cuerpo, entonces, ha duplicado sus pérdidas. Primero, ha perdido la vida, pero también su tierra natal y su familia. En otros casos, se desconoce su identidad. El reglamento utiliza el concepto de *destino final* para definir lo que sucederá con los cadáveres (pero también tejidos y órganos). La inhumación o la desintegración serían dos de los destinos finales de cualquier cadáver (Cámara de Diputados, 2012: 3).

En estos trámites se juega, también, el destino final del sujeto: regresar a la tierra natal, encontrar a sus familiares. Un retorno *post-mortem* que no resuelve ninguna de las injusticias que ha experimentado. La medicina es un umbral que conduce al “destino final” de estos cuerpos inertes. Entretanto, debe encontrar un lugar donde conservarlos. La duración de la muerte es la del cadáver, porque una vez inhumado en la fosa común se disolverá en este espacio colectivo de descomposición anónima. Pero la medicina también constituye un límite, porque en esta frontera por donde atraviesan migrantes indocumentados, el “destino final”, producto de la violencia en este caso, es una decisión médica y judicial.

Dada la impunidad que sigue a todos estos casos, la medicina sólo se preocupa de la “salud” de la muerte, si se me permite la imagen. Es decir, no apunta a las condiciones que permiten la muerte violenta de muchos migrantes, aunque resuelve el “destino final” de sus cadáveres. Tal vez no sería su cometido. Pero nuevamente estamos en esa zona borrosa donde el modelo biopolítico se traslapa con el jurídico, porque la legalidad de la muerte es ratificada por los aparatos médicos, que asumen su inscripción burocrática. Ahí termina la acción del Estado. Luego, si fuera el caso, el cadáver acaba en una fosa común, que en algún sentido es un espacio material de la impunidad: repositorio de cuerpos, entre otros, cuyas muertes violentas nunca fueron resueltas.

Didier Fassin plantea que en el caso francés los inmigrantes indocumentados han sido atendidos por el sistema público de salud, aunque en otros ámbitos su estatus legal dificulte el acceso a los servicios del Estado. En ese sentido, dice, “podemos hablar de la corporalización (*embodiment*) de la condición social del inmigrante” (Fassin, 2001: 5). A este proceso, en el que el cuerpo del migrante es asumido por algunas instituciones y rechazado por otras (las policiales, por ejemplo), Fassin lo denomina *biopolítica de la alteridad* (*biopolitical of the otherness*), que “debe ser entendida como una reducción extrema de lo social a lo biológico [que] aparece como el último refugio de una humanidad común” (2001: 5).

En el caso que estudiamos, la biopolítica de la alteridad no se expresa en el acceso a la atención médica sino en los cadáveres que deben ser resguardados e inhumados. La reducción es aún más brutal, porque la humanidad común sólo se encuentra en la muerte y el cadáver. Por eso, a pesar de que los participantes en la Red parecen diferir en sus posiciones y algunos defienden el derecho de las familias a enterrar a sus parientes, y el deber del Estado de garantizarlo, nadie cuestiona, al menos en ese escenario, las condiciones en las cuales algunos migrantes mueren dentro del municipio. La muerte es un hecho que no se discute, sólo se debate el “destino final” de los cuerpos. Esa indolencia frente al crimen y la impunidad ubica a la medicina, a mi entender, en el umbral de los procesos de burocratización, pero también en las fronteras donde la muerte violenta de los migrantes se transforma en una rutina

administrativa que no produce cuestionamientos políticos o éticos.

Achille Mbembe llama *necropolítica* a un deslizamiento de la biopolítica, que reside “en el poder y la capacidad de dictar quién puede vivir y quién debe morir” (2003: 11). El filósofo africano argumenta que la noción de *biopoder* “es insuficiente para dar cuenta de las formas contemporáneas de subyugación de la vida al poder de muerte” (39-40). En esa medida, la necropolítica tendría que dar cuenta de las formas en las cuales algunas personas son destruidas y se crean inéditos mundos de muerte. Si bien creo que el concepto debe utilizarse con precaución, quisiera añadir que la burocratización de la impunidad en la que participaría la medicina es una forma de ratificar el estatus vulnerable de los migrantes centroamericanos durante su tránsito por México.

UMBRALES DE LA ALTERIDAD

Pero ese lugar liminal de la medicina y las instituciones médicas no sólo se manifiesta en el trato que se le da a los cadáveres. Es también un umbral que diferencia a quienes tienen derecho a la salud de quienes no lo tienen. Y el eje diferenciador, en este caso, será la nacionalidad. El cónsul de El Salvador en Tenosique relata el siguiente episodio, que ocurrió en el Hospital Municipal de la ciudad. Al inicio de su gestión, asistió a un connacional que estaba herido y hospitalizado. Fue a la farmacia del recinto para solicitar algunos medicamentos para el migrante y relata lo siguiente:

[...] mi sorpresa es cuando yo llego a la farmacia y me dice la que estaba administrando, digamos, estaba suministrando el medicamento, y me dice: “y él, ¿de dónde es?”, “ah, él es salvadoreño”, y me dice: “No, los medicamentos son para los mexicanos, no son para los migrantes”, entonces yo le dije: “Perdóneme, pero, ¿por qué? Es un derecho que tienen todas las personas que pasan por acá”, “sí, pero es un derecho para los mexicanos, no es para los migrantes, ellos dejaron su país, pues que su país les pague todo”, me dijo¹⁶.

Los derechos, al decir de la funcionaria, se dividían según las nacionalidades. La operación es explícita: el



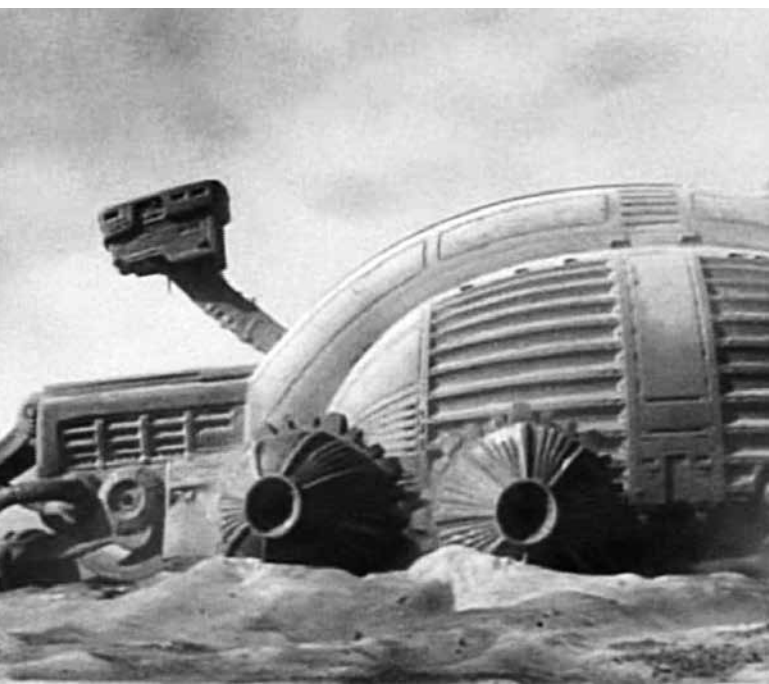
Dune, 1984 | DIRECTOR: DAVID LYNCH

migrante no tiene derecho a los medicamentos. El cónsul señala que son muchos los episodios como éste y que los aparatos médicos locales privilegian la seguridad estatal frente a la humana.

Creo que la biopolítica de la alteridad se organiza de otro modo en esta frontera. Los cuerpos de los migrantes no condensan una condición humana común, aunque biologizada; en cambio, representarían una amenaza para la población local. Es decir, importan sólo como cadáveres o portadores de enfermedades que se deben controlar.

Las epidemias, de este modo, son un segundo ámbito en el que la medicina articula la relación entre las ins-

tituciones locales y los migrantes. Durante la reunión de la Red, el director de la Jurisdicción Sanitaria aclaró que un migrante, al que encontraron muerto en la orilla de una carretera y cuyo cuerpo, según relataron, “había explotado”, no había fallecido “por ébola”, sino por un “sobrecalentamiento” producto de las altas temperaturas de la zona. Algunos testigos difundieron el rumor de que “el ébola había llegado a Tenosique”, en el cuerpo de ese migrante. Era septiembre del 2014 y los medios de comunicación difundían abundante información sobre ese virus. Incluso, se aplicaron algunos controles en puntos de entrada a México, como aeropuertos. Un comunicado de la Secretaría de Salud Federal de octubre del 2014 anunciaba que en México “no se había detectado ningún caso de ébola” (2014: 1) y que la



Dune, 1984 | DIRECTOR: DAVID LYNCH

dependencia contaba con la infraestructura, el personal y la experiencia para detectar y tratar un potencial caso. Si el migrante no murió por ébola, no era necesario preocuparse —ahí terminaba la biopolítica—, sólo fue el calor lo que “reventó” su cuerpo —inicia la alteridad—.

No sólo se temía el ébola, también el chikungunya, un virus africano (como el ébola) que se transmite por los mosquitos y produce síntomas parecidos a los del dengue, que azota a todos los estados del sur de México, pero de manera intensificada. La epidemia se extendió por Centroamérica (WHO, 2014) y durante el 2014 se descubrieron en Tabasco casos de migrantes que padecían la enfermedad.

Una nota periodística, publicada a finales de ese año, informaba sobre “un caso importado de chikungunya” (Diego, 2014). El subsecretario de salud comunicó que “el portador era un migrante centroamericano que estaba de paso por la entidad, y que contrajo el virus en su país de origen”; se lo detectó a tiempo “gracias a la eficacia del sistema epidemiológico” del Estado, sostuvo el funcionario (Diego, 2014).

Unos meses antes, se habían detectado quince casos de paludismo entre migrantes, según anuncia otra nota periodística (Guzmán, 2014). Los enfermos estaban de

paso por la entidad cuando presentaron los síntomas. En esos días, el secretario de salud indicó que la dependencia a su cargo “se mantiene a la expectativa por las diversas enfermedades que los migrantes puedan traer en su paso por Tabasco” (Guzmán, 2014). El paludismo, dijo el funcionario, se había erradicado hacía muchos años en México, por lo que era necesario reforzar los controles epidemiológicos para evitar su propagación.

Los migrantes portan en sus cuerpos virus (microbios o parásitos) que “infectan” a las poblaciones locales. Este enunciado, repetido de formas diversas por funcionarios y periodistas, justifica la intervención sanitaria de su viaje. Se cumple la doble misión que Roberto Esposito atribuye a la biopolítica: “[...] reconocer los riesgos orgánicos que amenazan al cuerpo político” e “individualizar, y preparar, los mecanismos de defensa para hacerles frente, arraigados también en el terreno biológico” (2006: 31). Agamben ha sostenido, por su parte, que la novedad de la biopolítica moderna es “que el dato biológico es, como tal, inmediatamente político y viceversa” (2006: 187). Es claro que no estamos fuera del terreno de lo político, pero éste se conforma como un discurso técnico sobre la salud y la enfermedad, las medidas preventivas y los controles, que parece despojado de cualquier cualidad política. Justamente, el efecto técnico de estos discursos es lo que debemos pensar con cautela.

Antes sostuvimos que en este contexto la medicina se preocupa por la “salud” de la muerte. Si analizamos su labor de control de las epidemias, podríamos agregar que vela por la integridad de los inmóviles. Las epidemias que los migrantes podrían traer son las de los sujetos que se mueven y la medicina regula sus intercambios con las poblaciones locales, protegiéndolas. El peligro lo experimentarían quienes se quedan. Los virus radicarían en los lugares donde las poblaciones sedentarias se asientan. Es como si las epidemias vinieran siempre de fuera y la salud coincidiera, más bien, con la inmovilidad. Los aparatos médicos se convierten en guardianes de la salud de los quietos, y entre ellos y el movimiento de los nómades, ponen barreras de protección. Las epidemias circulan por los caminos, las carreteras o las trochas en la naturaleza. Rodean la ciudad, pero no vienen de ésta. Las barreras no se ponen dentro de la ciudad, sino en sus contornos.

Creo que la biopolítica de colectivos nómades, como los migrantes, ha sido escasamente pensada. El modelo biopolítico, sostiene Fassin, se alimentó de los controles que se impusieron en las ciudades europeas durante las epidemias. Foucault dirá que las tecnologías del biopoder se enfocarán en las poblaciones, tal como las del poder disciplinario lo hacen en los individuos; y corresponderían, en sus palabras, a “un poder de *regularización*”, que consiste “en hacer vivir y dejar morir” (2002: 223). La línea divisoria entre producir la vida o facilitar la muerte es, en el campo que investigamos, una frontera radical con respecto a la alteridad migrante. Esas líneas, sostiene Agamben, son fronteras biopolíticas y su definición se ha situado “en la encrucijada de las ciencias médicas y biológicas” (2006: 208).

El director de la Jurisdicción Sanitaria de Tenosique argumenta que para las instituciones de salud es mejor que los migrantes puedan transitar de manera libre, pero controladamente, por el territorio bajo su responsabilidad. Las medidas que tomaron las autoridades mexicanas durante la segunda mitad del 2014 hicieron que muchos migrantes, al no poder tomar el tren de carga, siguieran rutas alejadas de la ciudad, por los montes y selvas del municipio. A esas zonas, las instituciones de salud no llegan y “no pueden estar pendientes de ellos”, sostiene el médico. El problema para controlar las epidemias y otras enfermedades es que se necesita contener a los individuos y poblaciones que las tengan. Es decir, la movilidad dificulta el control, pero aún más lo hace la clandestinidad. Surge, entonces, lo que podríamos llamar una *biopolítica de la movilidad* que intenta controlar poblaciones en movimiento con los métodos aplicados a los grupos sedentarios. Lo que las instituciones de seguridad “alejan”, la medicina lo “acercaría”.

Pero no siempre será el caso. No podré profundizar en este aspecto, pero cuando se trata del VIH parece que las instituciones médicas “alejan” a los migrantes en vez de “acercarlos”. Es decir, tal como lo argumenta Agamben, el límite que separa biopolítica de tanatopolítica es “una línea movediza tras la cual quedan situadas zonas más y más amplias de la vida social”, que “mueven” tanto los juristas como los médicos (2006: 155-6). Esa línea es aún más flexible en el caso que investigamos, porque una misma institución la ubica en ciertas coordenadas y luego la traslada a otras. La medicina resuelve algunas



Dune, 1984 | DIRECTOR: DAVID LYNCH

epidemias, por ejemplo, biopolíticamente; pero ante otras, la línea de su acción se ubica en el campo de la tanatopolítica, en palabras de Agamben¹⁷.

Éste es, a mi parecer, el caso del VIH. En la reunión de la Red de Salud del Migrante el médico a cargo del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del VIH/Sida y de las Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) local, solicitó información sobre el acceso a tratamientos antirretrovirales para pacientes centroamericanos seropositivos. El director de la Jurisdicción le indicó que contaban con algunos fármacos, pero no quedaba claro si estaban disponibles para migrantes que vivían con VIH. Un oficio de la Secretaría de Salud de Tabasco anunciaba la implementación de un programa para suministrar “en menos de 72 horas” un tratamiento antirretroviral “que prevenga la transmisión del VIH en mujeres que hayan sido víctimas de violencias sexual” (2014: 1). Nadie leyó el oficio durante la reunión, pero la respuesta era clara: la dotación de medicamentos sólo se podía utilizar en mujeres víctimas de violencia sexual.

¿Cómo se traza la línea entre quiénes pueden recibir tratamiento y quiénes no? En este caso, la medicina organiza esa frontera y decide darles tratamientos posexposición al VIH a las víctimas de violencia sexual

y no proporcionarlos a personas que viven con VIH, pero no residen legalmente en el país. Para acceder a los tratamientos gratuitos que dispensa el sistema público de salud en México, el paciente debe estar inscrito en el Seguro Popular y en el Sistema de Administración Logística y Vigilancia de Antirretrovirales (Salvar), que depende de la Secretaría de Salud Federal. Si un migrante no está registrado, no puede recibirlos.

En su estudio sobre la epidemia de VIH en la ciudad de El Salvador (Brasil), João Biehl identifica lo que denomina “tecnologías de la invisibilidad” (2004: 119; 2007b: 202), que corresponden a procedimientos y prácticas médicas y estatales que invisibilizan a determinados colectivos y sujetos afectados por una enfermedad, como el sida. Los *abandonados* —personas sin techo, trabajadoras sexuales, travestis, usuarios de drogas, entre otros— son parcialmente visibles para los sistemas públicos de salud sólo cuando mueren, sostiene Biehl, y agrega que “los pobres y marginales son socialmente incluidos a través de una muerte pública (*public dying*) como si sus muertes fueran autogeneradas (*self-generated*)” (2004: 120). Lo vimos cuando analizamos el estatus de los cadáveres, pero también ahora al abordar las epidemias. Sólo la violencia o la muerte hacen visibles a los migrantes, pero nada explica lo que sucede.

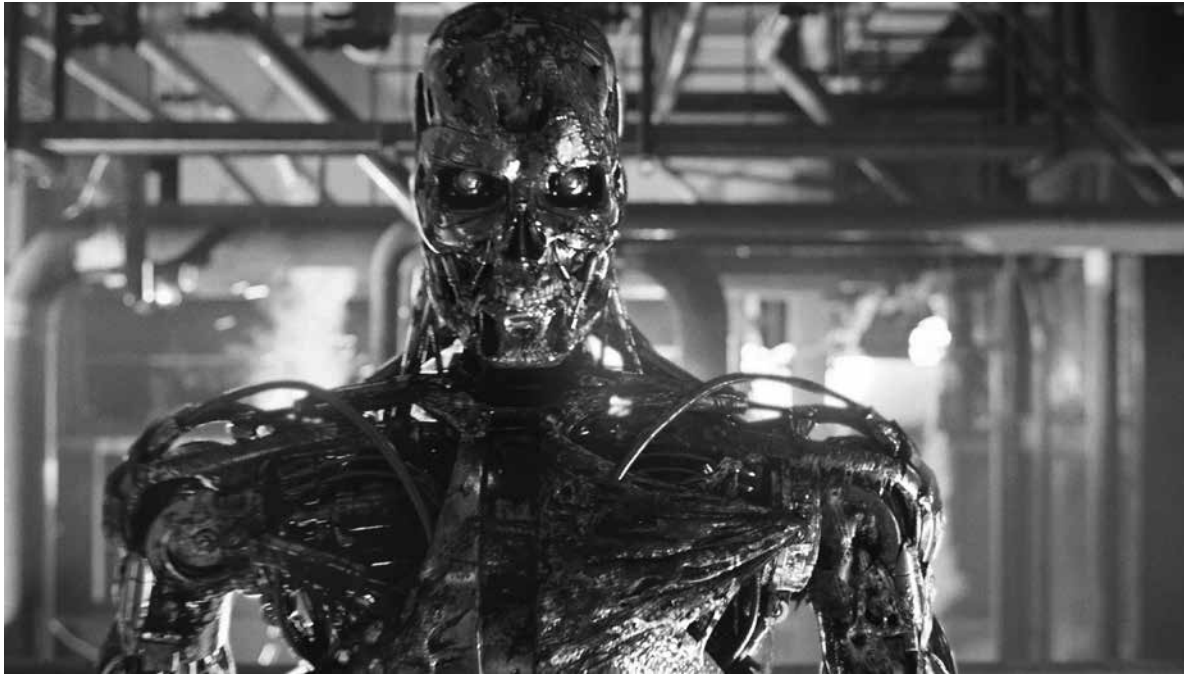
En este campo habría que estudiar el abandono en movimiento, no como una relación que se remite a un espacio social específico —Vita, por ejemplo, en el estudio de Biehl (2007a)—, sino a una trayectoria que incluye varios miles de kilómetros. Tal vez esto demuestra que el abandono no es una condición de los sujetos, sino una forma en la cual las instituciones se relacionan con ellos. Es decir, la persistencia de patrones de exclusión médica, por ejemplo, a lo largo de las rutas migratorias, devela un funcionamiento consistente de las instituciones. Los migrantes son un colectivo muy complejo y diverso, pero parece que las instituciones de salud construyen una relación unilateral con ellos.

BIOPOLÍTICA DEL ABANDONO

Quienes son abandonados no son simplemente excluidos por las instituciones o privados de sus derechos. El abandono es una posición ambivalente, en la cual algunos sujetos y colectivos están dentro de un espacio social específico (una institución, una ciudad) y fuera de éste, al mismo tiempo. Como los migrantes, que están “fuera” en tanto pueden ser detenidos y expulsados por su estatus legal, pero también “dentro” dado que también podrían ser controlados y tratados, por ejemplo, por

Terminator, 1984 | DIRECTOR: JAMES CAMERON





Terminator, 1984 | DIRECTOR: JAMES CAMERON

instituciones médicas. Esta ambigüedad la registran, claramente, los funcionarios de salud. El director de la Jurisdicción Sanitaria menciona que si un migrante es atendido en un hospital, este último de inmediato “se convierte en una estación migratoria”, y que la obligación de los médicos es notificar la estancia del paciente en el recinto y resguardarlo, a la vez. El médico muestra su desacuerdo con esa posición, “porque yo no soy vigilante, yo soy un servidor público en salud, mi función es atender técnicamente al paciente, no estarlo vigilando, porque no soy policía” (entrevista al director de la Jurisdicción Sanitaria de Tenosique, Tabasco). Sin embargo, su adscripción profesional no resuelve el estatus ambiguo de los migrantes ni el abandono que los caracteriza. Lo que ha sido abandonado, escribe Agamben, “es entregado a la propia separación y, al mismo tiempo, consignado a la merced de quien lo abandona, excluido e incluido, apartado y apresado a la vez” (2006: 142). Los términos *separado* y *consignado* describirían de manera precisa el lugar de un migrante en un hospital público.

La vida del abandonado será un umbral, sostiene Agamben, “entre las la *physis* y el *nómos*, la exclusión y la inclusión” (2006: 137). Creo que hemos explorado, aunque sea parcialmente, un umbral semejante en el caso de Tenosique. Los aparatos médicos son los únicos

que pueden atravesar dicho umbral desde el *nomos* (la ley) a la *physis* (el cuerpo, las enfermedades, la muerte, en este caso) y viceversa. Son dispositivos que se adentran en el abandono, pero lo reafirman. Registran los cadáveres, pero son indiferentes a las causas estructurales que los han producido; protegen de las epidemias, pero alejando a quienes podrían ser tratados. Estos aparatos no han asumido que el dato biológico es inmediatamente político, como lo ha dicho antes Giorgio Agamben.

La biopolítica de la alteridad que interesa a Didier Fassin toma aquí un nuevo cariz: es la biopolítica que produce abandono y que mueve incesantemente las líneas que separan vida de muerte, salud de enfermedad, derechos de desprotección. En esto coincide con las investigaciones de Biehl (2007a) y Povinelli (2011) sobre el abandono, porque este último estado constituye una relación social compleja donde confluyen instituciones y actores diversos, prácticas y discursos sociales múltiples. En este sentido, es una relación estructural en muchas de sus dimensiones, pero también contingente. Es decir, el abandono se produce constantemente, se desplaza, adquiere otras formas, pero su inscripción sería estructural y tendría una continuidad temporal, aunque no podamos determinar con exactitud su extensión.



Terminator, 1984 | DIRECTOR: JAMES CAMERON



NOTAS

¹ Tenosique es uno de los 17 municipios del estado de Tabasco; colinda al este y al sur con la República de Guatemala y al oeste con el estado de Chiapas. La ciudad de Tenosique se encuentra a 58,5 kilómetros de la frontera con Guatemala. En el 2010 contaba con 58.960 habitantes, repartidos en más de 130 localidades, muchas de estas con menos de 500 habitantes. En la ciudad habitaban 32.579 personas. Según datos de la Secretaría de Desarrollo Social, un 69,7 % de la población presentaba algún nivel de pobreza; un 14,4 % vivía en pobreza extrema y un 9,5 % no tenía acceso a la alimentación (Sedesol, 2013: s/p). Un 10,3 % de la población mayor de 15 años era analfabeta y un 46,5 % no había completado la educación primaria. De su población económicamente activa, gran parte trabajaba en el sector primario (agricultura y ganadería) o en el terciario (servicios y actividades de gobierno). Además de ser una localidad fronteriza, por Tenosique transitan trenes de carga desde el norte y el sur del país que hasta hace pocos meses eran utilizados por los migrantes centroamericanos para realizar parte de su viaje hacia los Estados Unidos.

² La etnografía empezó el 2006 y desde el 2012 nos hemos centrado en los procesos migratorios. Hemos utilizado diversas técnicas de investigación, como la observación participante, entrevistas de distinto tipo, grupos de discusión y análisis documental, entre otras.

³ Fundado el 25 de abril del 2011 en la ciudad de Tenosique, este Hogar es un proyecto de la Provincia Franciscana San Felipe de Jesús en el sureste de México. Su nombre recuerda la matanza de 72 migrantes, la mayor parte centroamericanos, en la ciudad de San Fernando, Tamaulipas, en agosto del 2010, efectuada por células del crimen organizado en complicidad con la policía local (CNDH, 2013). Este hogar es el primero que encuentran los migrantes que entran a México por la frontera entre Tabasco y Guatemala; les ofrece alojamiento, comida, atención jurídica, orientación y primeros auxilios.

⁴ A La 72 hay que sumar el Centro de Derechos Humanos Usumacinta, fundado por los franciscanos, y el Movimiento Migrante Mesoamericano, una organización laica que trabaja en toda la frontera sur de México.

⁵ Al ser un estado fronterizo, Tabasco se ha convertido en uno de los principales puntos de entrada y tránsito de migrantes hacia el norte de México. En el 2013 fueron “presentados ante la autoridad migratoria” 6.922 extranjeros en esa entidad. Es decir, fueron detenidos e ingresados a las estaciones migratorias del Instituto Nacional de Migración (INM). Es el cuarto estado con mayor número de “presentaciones”, luego de Chiapas (35.422), Veracruz (15.738) y Oaxaca (7.332) (INM, 2013: 117). Si bien las cifras varían, el flujo es constante; en el 2010 se realizaron 12.147 devoluciones y en el 2011, 5.579 (INM, 2012a: 31-32); en el 2012 sumaron 5.135 eventos de devolución de extranjeros en Tabasco (INM, 2012b: 28). No hay datos precisos sobre el número de migrantes indocumentados que entran a México, pero estas estadísticas dan una idea de la magnitud del fenómeno. Un investigador anota que “a ciencia cierta, no hay manera de demostrar estadísticamente que el flujo transmigratorio centroamericano ha crecido y sigue creciendo; tampoco hay manera de demostrar que ha decrecido. [...] De ahí que se cuente con apreciaciones y deducciones indirectas de algunos registros de organismos civiles y de instancias oficiales” (Casillas, 2008: 158).

⁶ Un tratado, firmado por México y Guatemala en 1892, estableció los límites vigentes entre los dos países (Casillas, 2010: 297). Esta frontera abarca 1139 kilómetros, de los cuales, 962 colindan con Guatemala y 176 con Belice. Entre Tabasco y Guatemala hay 290 km de frontera. En el 2000 se calculó que en esta frontera vivían, del lado mexicano y guatemalteco, 1.930.401 personas.

⁷ El gobierno de los Estados Unidos informó, a mediados del 2014, que se había producido un notorio incremento en la detención de menores extranjeros no acompañados en la frontera sur de ese país. En el 2009 se aprehendieron 968 menores hondureños, 1.221 salvadoreños y 1.115 guatemaltecos; en cambio, en el 2014 el número de detenciones fue de 18.244, 16.404 y 17.057, respectivamente (Department of Homeland Security, 2015).

⁸ Según datos de la Comisión Económica para América Latina (Cepal), en Honduras un 67,4 % de la población vivía bajo la línea de la pobreza (2010); en El Salvador el porcentaje era del 45,3 % (2012) y en Guatemala del 54,8 % (2006) (Cepal, 2014: cuadro 4). De los migrantes que se alojaron entre enero y junio del 2013 en albergues administrados por la Iglesia católica a lo largo del país, un 30 % no contaba con algún tipo de educación formal, un 18 % tenía educación básica incompleta y un 23 % básica completa. Solo un 1 % tenía educación superior (Servicio Jesuita a Migrantes, 2013: 62). El 85 % de los alojados migraba por razones económicas (Servicio Jesuita a Migrantes, 2013: 78).

⁹ Es difícil que estas personas cumplan con los requisitos exigidos por México para que un ciudadano hondureño, por ejemplo, obtenga una visa de turista. Entre otros, a los ciuda-

danos de Honduras se les pide una “original de la constancia de trabajo con firma y sello que señale claramente salario mensual, antigüedad y puesto”, así como una constancia “de cuentas de ahorro o de inversión, de banco o de cooperativa, que indique la fecha de apertura de cuenta, el saldo promedio de los últimos seis meses y el saldo actual” (Embajada de México en Honduras, 2015: 1).

¹⁰ Si se revisan estas estadísticas según el mes de deportación, se constata que las cifras se disparan a partir de junio, mes que registró un incremento del 57 %, en relación con el año anterior. La tendencia se mantiene hasta el fin del año y llega a su *pick* en diciembre, cuando se registra una variación del 107 % (9.756 deportados). Es decir, luego de la creación de la Coordinación y la implementación del Plan Integral Frontera Sur, que fue presentado por el Presidente de la República el 7 de julio del 2014 (Grupo de Trabajo sobre Política Migratoria, 2014).

¹¹ La Red es una instancia de coordinación intragubernamental que intenta vincular el trabajo de distintas instancias, estatales y municipales, en favor de la salud de los migrantes que transitan por el estado.

¹² El artículo 188 del Reglamento de la Ley de Migración señala que su objetivo es “proporcionar ayuda humanitaria, primeros auxilios, asistencia migratoria, orientación e información a los migrantes sobre sus derechos” (Cámara de Diputados, 2014: 67).

¹³ Se puede encontrar una descripción y un análisis detallado en Parrini (2015).

¹⁴ Para tener cierto contexto, la Comisión Nacional de Derechos Humanos denunció que en los estados del sureste del país se realizó el 67,4 % de los secuestros de migrantes; Tabasco era el segundo estado más peligroso, luego de Veracruz (CNDH, 2011).

¹⁵ El Reglamento de la Ley General de Salud ordena, en su artículo 60, que “la disposición de cadáveres de personas desconocidas, estará sujeta a lo que señale el Ministerio Público, de conformidad con las disposiciones legales aplicables, este Reglamento y las normas técnicas que al efecto emita la Secretaría” (Cámara de Diputados, 2012: 15).

¹⁶ Entrevista realizada en junio del 2014 en la sede del Consulado de la República de El Salvador en Tenosique, Tabasco.

¹⁷ A pesar de que parecen sinónimos, *tanatopolítica* y *necropolítica* no son conceptos equivalentes. Si bien no puedo profundizar en este punto, la *necropolítica* puede entenderse como una modificación de la *tanatopolítica* europea en contextos poscoloniales. Para los fines de este artículo, no obstante, los utilizo de manera indistinta. Sería motivo de otro texto trazar las diferencias entre ambas manifestaciones contemporáneas del poder en los procesos migratorios que investigo.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AGAMBEN, Giorgio, 2006, *Homo sacer I: el poder soberano y la nuda vida*, Valencia, Pre-Textos.
2. AMNISTÍA Internacional, 2011, *Víctimas invisibles: migrantes en movimiento en México*, Madrid, Amnistía Internacional, disponible en: <www.amnesty.org/es/library/asset/AMR41/.../amr410142010es.pdf>.
3. BIEHL, João, 2004, "Activist State. Global Pharmaceuticals, AIDS, and citizenship in Brazil", en: *Social Text*, 80, Vol. 22, No. 3, otoño, pp. 105-132.
4. _____, 2007a, *Vita: Life in a zone of abandonment*, Berkeley/Los Angeles, University of California Press.
5. _____, 2007b, *Will to Live. Aids therapies and the politics of survival*, Princeton, Princeton University Press.
6. CÁMARA de Diputados, 2012, "Reglamento de la Ley General de Salud en materia de control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos", en: *México, Diario Oficial de la Federación*, 27 de enero, disponible en: de <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MT.pdf>.
7. _____, 2014, "Reglamento de la Ley de Migración", en: *México, Diario Oficial de la Federación*, 28 de septiembre, disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LMigra.pdf>.
8. CASILLAS, Rodolfo, 2008, "Las rutas de los centroamericanos por México, un ejercicio de caracterización, actores principales y complejidades", en: *Migración y Desarrollo*, No. 10, primer semestre, pp. 157-174.
9. _____, 2010, "Auge y forja de identidades en el sur de México", en: Roberto Blancarte (coord.), *Culturas e identidades: los grandes problemas de México*, Vol. XVI, México, El Colegio de México, pp. 295-318.
10. COMISIÓN Económica para América Latina (Cepal), 2014, *Panorama social de América Latina 2013: anexo estadístico*, Santiago, Cepal, disponible en: <<http://www.cepal.org/es/publicaciones/panorama-social-de-america-latina-2013>>.
11. COMISIÓN Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), 2011, *Informe especial sobre secuestro de migrantes en México*, México, CNDH, disponible en: <http://www.cndh.org.mx/sites/all/fuentes/documentos/informes/especiales/2011_secigrantes_0.pdf>.
12. _____, 2013, "Recomendación No. 80/2013: caso de privación de la vida de 72 personas migrantes y atentados a la vida de los extranjeros v73 y v74, en el municipio de San Fernando, Tamaulipas", *CNDH*, 23 de diciembre, disponible en: <http://www.cndh.org.mx/sites/all/fuentes/documentos/Recomendaciones/2013/REC_2013_080.pdf>.
13. CORIA, Elba, 2011, "Estudio migratorio de México", en: Instituto Centroamericano de Estudios Sociales y Desarrollo y Sin Fronteras, *Estudio comparativo de la legislación y políticas migratorias en Centroamérica, México y República Dominicana*, México, Instituto Centroamericano de Estudios Sociales y Desarrollo/Sin Fronteras IAP, disponible en: <<http://www.sinfronteras.org.mx/attachments/article/1292/INTRODUCCI%C3%93N.pdf>>.
14. DEPARTMENT of Homeland Security, 2014, "Southwest Border Unaccompanied Alien Children", en: *U.S. Customs and Border Protection*, disponible en: <<http://www.cbp.gov/newsroom/stats/southwest-border-unaccompanied-children>>.
15. DIEGO, Juan Manuel, 2014, "Tabasco atiende caso de chikungunya", en: *El Universal*, 1 de diciembre, disponible en: <<http://www.eluniversal.com.mx/estados/2014/chikungunya-tabasco-caso-1058617.html>>.
16. DIRECCIÓN General de Migración de Guatemala, 2015, "Centroamericanos deportados de México vía terrestre. Enero-diciembre 2014 2013", en: Gobierno de Guatemala, Ministerio de Gobernación, Dirección General de Migración, *Estadísticas 2014*, disponible en: <<http://www.migracion.gob.gt/index.php/descargas/category/24-estadisticas-2014.html#>>.
17. EMBAJADA de México en Honduras, 2015, "Visa Turista", en: *Embajada de México en Honduras, visas y servicios para extranjeros*, disponible en: <<http://embamex.sre.gob.mx/honduras/index.php/visas-extranjeros/844>>.
18. ESPOSITO, Roberto, 2006, *Bíos: biopolítica y filosofía*, Buenos Aires, Amorrortu.
19. ESTUDIOS Fronterizos, 2014, "Otorgan seguro popular a migrantes/Instituto Nacional de Salud Pública", en: *Estudios Fronterizos*, disponible en: <<http://estudiosfronterizos.org/2015/01/19/otorgan-seguro-popular-a-migrantes-instituto-nacional-de-salud-publica/>>.
20. FASSIN, Didier, 2001, "The Biopolitics of Otherness. Undocumented foreigners and Racial Discrimination in French Public Debate", en: *Anthropology Today*, Vol. 17, No. 1, febrero, pp. 3-7.
21. FOUCAULT, Michel, 2002, *Defender la sociedad: curso en el Collège de France (1975-1976)*, México, Fondo de Cultura Económica.
22. FUNDAR, 2011, *Informe sobre la situación general de los derechos de los migrantes y sus familias*, México, Fundar Centro de Análisis e Investigación, disponible en: <<http://fundar.org.mx/mexico/?p=3981>>.
23. GRUPO de Trabajo sobre Política Migratoria, 2014, "Programa Frontera Sur, reflejo de una política migratoria desarticulada", Comunicado de Prensa, 11 de julio, disponible en: <<http://fundar.org.mx/mexico/pdf/Plan-FronteraSumigracionGTPM.pdf>>.
24. GUZMÁN, Armando, 2014, "Detectan en Tabasco 15 casos de paludismo en migrantes", en: *Proceso*, 3 de septiembre, disponible en: <<http://www.proceso.com.mx/?p=381211>>.
25. HERNÁNDEZ, Leonardo, 2012, "Tabasco goza de seguridad: Granier", en: *Rumbo Nuevo*, 26 de noviembre,

- disponible en: <<http://www.rumbonuevo.com.mx/tabasco-goza-de-seguridad-granier>>.
26. HOGAR-Refugio para Personas Migrantes La 72, 2015, “El Programa Frontera Sur no cesa la represión en contra de personas migrantes”, Comunicado de Prensa, 12 de enero, disponible en: <<http://www.la72.org/?p=549>>.
 27. I(DH)EAS, 2011, *En tierra de nadie, el laberinto de la impunidad: violaciones de los derechos humanos de las personas migrantes en la región de Soconusco*, México, I(dh)eas, disponible en: <<http://www.idheas.org.mx/wp-content/uploads/docs/Resumen-Ejecutivo-5-Pag-Informe-En-Tierra-de-Nadie.pdf>>.
 28. INSTITUTO Nacional de Estadística y Geografía (Inegi), 2010, “Síntesis estadística municipal: Tenosique, Tabasco”, en: *INEGI, Sistema para la Consulta de las Síntesis Estadísticas Municipales*, disponible en: <<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/sistemas/se10/default.htm>>.
 29. INSTITUTO Nacional de Migración (INM), 2012a, *Síntesis 2011: estadística migratoria*, México, Centro de Estudios Migratorios-Secretaría de Gobernación, disponible en: <http://www.inm.gob.mx/estadisticas/Sintesis_Grafica/2011/Sintesis2011.pdf>.
 30. _____, 2012b, *Síntesis 2012: estadística migratoria*, México, Secretaría de Gobernación-Centro de Estudios Migratorios, disponible en: <http://www.inm.gob.mx/estadisticas/Sintesis_Grafica/2012/Sintesis2012.pdf>.
 31. _____, 2013, *Boletín mensual de estadísticas migratorias 2013*, México, Secretaría de Gobernación-Centro de Estudios Migratorios, disponible en: <http://www.politicamigratoria.gob.mx/work/models/SEGOB/CEM/PDF/Estadisticas/Boletines_Estadisticos/2013/Boletin_2013.pdf>.
 32. MBEMBE, Achille, 2003, “Necropolitics”, en: *Public Culture*, Vol. 15, No. 1, pp. 11-40.
 33. MEYER, Maureen y Stephanie Brewer, 2010 *Un trayecto peligroso por México: violaciones a derechos humanos en contra de los migrantes en tránsito*, México/Washington, Oficina en Washington para Asuntos Latinoamericanos/Centro de Derechos Humanos “Miguel Agustín Pro Juárez”, disponible en: <<http://www.wola.org/sites/default/files/downloadable/Mexico/2010/TrayectoPeligroso.pdf>>.
 34. PAREDES, Hilario, 2013, “Se les apesó el migrante; no pudo consulado hondureño repatriarlo”, en: *Noticias sin Fronteras*, 22 de abril, disponible en: <<http://www.noticiassinfronteras.com.mx/noticia.asp?id=12569>>.
 35. PARRINI, Rodrigo, 2015, *Deseografías: antropología del deseo y prácticas de la diferencia (el Club Gay Amazonas)*, Tesis de Doctorado en Ciencias Antropológicas, Universidad Autónoma Metropolitana, Iztapalapa.
 36. POVINELLI, Elizabeth, 2011, *Economies of Abandonment: Social Belonging and Endurance in Late Liberalism*, Durham/Londres, Duke University Press.
 37. PROCESO, 2014, “Migrantes centroamericanos ya no podrán viajar en ‘La Bestia’: Osorio Chong”, en: *Proceso*, 11 de julio, disponible en: <<http://www.proceso.com.mx/?p=376951>>.
 38. SECRETARÍA de Gobernación (Segob), 2014, “Decreto por el que se crea la Coordinación para la Atención Integral de la Migración en la Frontera Sur”, en: *México. Diario Oficial de la Federación*, 8 de junio, disponible en: <http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5351463&fecha=08/07/2014>.
 39. SECRETARÍA de Salud Federal, 2014, “México tiene un robusto sistema de vigilancia epidemiológica”, *Comunicado de Prensa, Dirección General de Comunicación Social*, No. 494, 13 de octubre, disponible en: <http://portal.salud.gob.mx/ebola/pdf/MexicoSistVigilancia_13_oct_2014.pdf>.
 40. SECRETARÍA de Salud de Tabasco, 2014, *Documento interno*, Villahermosa, SSA Tabasco, mimeografiado.
 41. SERVICIO Jesuita a Migrantes, 2013, *Narrativas de la transmigración centroamericana en su paso por México: informe estadístico sobre las características de los transmigrantes centroamericanos*, México, Servicio Jesuita a Migrantes, disponible en: <<https://dioscaminaconsupueblo.files.wordpress.com/2013/12/trilog3adad1-estudio-estad3adstico.pdf>>.
 42. WORLD Health Organization (WHO), 2014, “Chikungunya”, en: *WHO Media Centre*, Fact sheet No. 327, octubre, disponible en: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs327/en/>>.

