

Actas del XIX Congreso Nacional de Filosofía

Anexo: Fe de erratas

Se añade el el trabajo de la Dra. María Graciela de Ortúzar presentado originalmente en el de la mesa temática *El derecho a la salud como derecho humano en la argentina actual*.

XIX Congreso Nacional de Filosofía AFRA ; compilación de Nahir Fernández ; Esteban Ferreyro ; Daniel Pared ; editado por Nahir Fernández ; Esteban Ferreyro ; Daniel Pared ; prólogo de Federico Penelas. - 1a ed - Mar del Plata : Universidad Nacional de Mar del Plata, 2021.
Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online
ISBN 978-987-811-006-6

1. Ciencias Sociales y Humanidades. I. Fernández, Nahir, comp. II. Ferreyro, Esteban, comp. III. Pared, Daniel, comp. IV. Fernández, Nahir, ed. V. Ferreyro, Esteban, ed. VI. Pared, Daniel, ed. VII. Penelas, Federico, prolog.
CDD 301



Derecho a la salud de migrantes regionales en Argentina: una cuestión ética, política y social¹

María Graciela de Ortúzar (UNLP-CONICET-UNPA)²

Resumen: La profunda desigualdad que afecta al mundo globalizado en que vivimos, obliga a las personas, grupos y colectivos a migrar. Dichas migraciones responden a razones económicas, políticas y/o ambientales. Los migrantes/refugiados son víctimas, no son responsables de su situación. Migrar no es una opción que se tome entre un abanico de preferencias; es una necesidad urgente para proteger la vida y las oportunidades de desarrollo de las nuevas generaciones. Migrar es un derecho humano reconocido en nuestra Constitución Nacional (Argentina). Migrar es también un determinante social de la salud, lo cual torna necesario garantizar el derecho a la salud de los migrantes. En la última década asistimos en Argentina a un cambio de políticas migratorias (DNU 70/2017). Como consecuencia, se produce un retroceso en el goce de sus derechos sociales y políticos. En lo que hace al derecho a la salud, la instauración de políticas neoconservadoras en salud (CUS) impulsó leyes provinciales (Ley 6.119/19) destinadas a exigir seguros pagos de salud para migrantes, contrarios a nuestra constitución. Nuestro objetivo es analizar los cambios en las normativas citadas sobre migraciones y salud; aplicando un marco de justicia social (Fraser, 2008) que nos permita comprender la imbricación necesaria de las dimensiones distributivas (igualdad de acceso), de reconocimiento (derecho cultural), y de paridad en la participación (diálogo intercultural, saberes complementarios y escucha) en pos de la defensa del derecho a la salud de migrantes como derecho humano.

Palabras clave: derecho a la salud; migraciones regionales; política de migraciones; cobertura universal a la salud; Derechos humanos.

Introducción: La migración como derecho humano

La migración de personas y colectivos, en busca de mejoras de condiciones y calidad de vida, constituye un fenómeno social común a lo largo de la historia de la humanidad. En los últimos años estas migraciones se han incrementado por razones económicas, políticas y socio-naturales (cambios climáticos), generando una nueva categoría: los refugiados ambientales. Migrar para preservar la vida (ante situaciones críticas de hambruna, violencia psicológica, física,

¹ El presente trabajo fue realizado en el marco de los siguientes proyectos e instituciones, a las cuáles se agradece su apoyo y financiamiento parcial: 1-Proyecto Grupal interdisciplinario de doble radicación (FCJS-FAHCE) titulado “Bioética y derecho a la salud: Análisis de la definición salud y enfermedad y sus implicancias en las prioridades de salud e nuestra sociedad compleja (interculturalidad, género, diversidad funcional, epigenética, determinantes sociales)” Código 11/H866, 2018-2021, Dirigido por M. Graciela de Ortúzar.2.Proyecto PIP “El derecho humano a la salud de migrantes regionales en Argentina”, 2019-2020, CONICET, como Investigadora Independiente.3.Proyecto de Vinculación de la Red de Derechos Humanos RIOS Derechos humanos, migración y asilo, CONICET, 2019-2020ss.

² Investigadora Independiente CONICET-CIEFI, Profesora Adjunta Ordinaria de Ética, UNPA; Profesora Adjunta de Ética Aplicada, FAHCE; UNLP; Profesora Adjunta Ordinaria de Filosofía del Derecho, FCJS; UNLP (Con licencia actual). Email: mariagracielaideortuzar@gmail.com

riesgo de vida, destrucción ambiental, entre otros factores) es un derecho humano reconocido internacionalmente bajo la categoría de refugiados políticos, a las cuáles se añade una nueva categoría, los *refugiados ambientales*. Esta categoría internacional hace que los países receptores se responsabilicen en el cuidado de los derechos humanos básicos de los migrantes/refugiados.

En Argentina el derecho a migrar no se restringe sólo a los refugiados. A diferencias de las legislaciones anteriores, la Ley de Migraciones Nro. 25871 del 2004 se enmarca en el paradigma de Derechos Humanos y establece que la migración es un derecho humano. En palabras de Gabriel Chausovsky (2009), “el derecho a migrar, entrar, salir, trasladarse es un derecho, una atribución del ser humano que le pertenece, (...) el Estado se compromete a garantizarlo, en condiciones de igualdad y de universalidad. No hay legislación en el mundo que diga esto. Nuestra legislación cumple con lo que establece la Constitución.” Según Lila García (2017) el declarar al derecho a la migración como un derecho esencial e inalienable sobre las bases de igualdad y universalidad, es una experiencia que no encuentra correlato a nivel internacional. El migrante pasa a constituirse como sujeto de derecho (artic.4) cito: “el derecho a la migración es esencial e inalienable de la persona y la República Argentina (...) garantiza sobre la base de los principios de igualdad y universalidad.”, considerando al migrante “no como un sujeto sospechoso, peligroso, competidor sino como un ciudadano valioso que coopera con el desarrollo de nuestra sociedad”. La citada ley argentina es la primera norma a nivel mundial que efectúa este reconocimiento (Nejamkis, 2010), a contrapelo de las políticas de seguridad internacional, donde no existen instituciones que efectivamente velen por los derechos de migrantes y donde la restricción de la movilidad humana es moneda común de los modelos migratorios (modelo norteamericano y europeo) (Novick, 2012).

Nuestra Constitución Nacional reconoce el derecho de todo aquel extranjero que desee ingresar, transitar, residir o establecerse definitiva, temporaria o transitoriamente en el país. Como reza en su preámbulo, se debe “promover el bienestar general y asegurar los beneficios de la libertad para nosotros, para nuestra posteridad y para todos los hombres del mundo que quieran habitar el suelo argentino” (CN).

El avance legislativo en derechos humanos de la nueva ley constituyó un salto cualitativo por el resultado y por el proceso constituyente, deliberativo, que dio lugar a este modelo inclusivo de migración. Sin embargo, recientemente asistimos a un giro en políticas migratorias que evidencian un claro retroceso en derechos humanos. Me refiero al DNU 70/2017. Este Decreto impone una política selectiva y diferenciada de migración y control que nos recuerda a las políticas impuestas durante la Ley Videla (1981) de la dictadura. En algunos aspectos, nos remonta también a la ley Avellaneda, por su carácter selectivo y estigmatizador. La figura del

migrante latinoamericano, por sus rasgos fenotípicos indígenas, es identificada con la del delincuente, aduciéndose el supuesto crecimiento de migrantes latinoamericanos en la población carcelaria (dato falso que la misma Penitenciaría se encargaría de desmentir). En la misma línea discriminatoria, la Ley Nro. 6.116 / 2019 de Jujuy, objeto de estudio del presente trabajo, niega el derecho público a la atención de la salud para los extranjeros en tránsito, derecho reconocido en el artículo 8 de la Ley de Migraciones N° 25.871/2004, conjuntamente con el derecho a la educación y a la reunificación familiar de la población inmigrante, cualquiera sea su condición de regularidad documentaria.

En dicho contexto la pregunta general que considero necesario responder, a nivel ético y político, es la siguiente: *¿constituye la atención de la salud de migrantes un derecho humano/bien público o debe ser la misma librada al mercado/bien de consumo?* El análisis de este tema nos remonta a los debates entre teorías de justicia, con sus conflictos entre la exigencia distributiva de igualdad de acceso a la salud (universal) y la lucha por el reconocimiento de la identidad (Fraser-Honneth; 2003; Honneth, 1997). El marco teórico de justicia propuesto por Fraser (2008) nos permitirá vislumbrar las problemáticas de las citadas normativas. En otras palabras, la igualdad de acceso a la salud por sí sola es insuficiente para garantizar el derecho a la atención de salud de migrantes como derecho cultural; pero el reconocimiento cultural, sin la igualdad material, es sólo una formalidad retórica que impide el ejercicio de cualquier derecho humano. Esta reflexión filosófica de la justicia, aplicada a migraciones en Argentina, permitirá arrojar luz sobre: a) cómo desarticular los cambios normativos que inciden en el derecho a la salud de migrantes; b) cómo comprender que dichos cambios constituyen una amenaza no es sólo para el grupo de migrante sino para todo el sistema público de salud; y c) cómo avanzar hacia la representación y protagonismo participativo de los migrantes en el sistema de salud argentino.

La estructura del trabajo se divide en las siguientes partes. En primer lugar, presentaremos (I) el marco teórico del cual partimos, definiendo conceptos básicos. En segundo lugar, analizaremos (II) cómo, paradójicamente, desde la universalidad y la igualdad distributiva enunciada en las nuevas normativas, se niega el derecho a la salud de migrantes/extranjeros (Ley de migraciones citada vs, DNU 70/2017 y DNU 908/2016, CUS). En tercer lugar, (III) nos detendremos a estudiar la viabilidad de la Ley Provincial Nro. 6116/2019 de Jujuy, dada la tensión entre la restricción del acceso a la salud a nivel provincial y el ejercicio amplio del derecho a la salud a nivel nacional. A modo de conclusión general, considero que la bifurcación de políticas distributivas y de reconocimiento habilitó el desarrollo de políticas neoconservadoras impuestas a través de decretos arbitrarios y autoritarios, cuyas consecuencias no se circunscriben exclusivamente en la esfera de los migrantes, impactando en el mismo sistema público de salud

argentino. Por razones de espacio, el desarrollo de la tercera dimensión de justicia, centrada en la participación de las comunidades migrantes en el sistema de salud argentino, será analizada en profundidad en futuros trabajos, donde esperamos abordar la misma transformación del sistema público sanitario argentino en un sistema pluricultural y antipatriarcal.

I. Marco teórico: articulaciones necesarias para la justicia social

Para aproximarnos en la comprensión de por qué el derecho a la salud constituye un derecho humano básico, y de por qué los migrantes, quienes sufren mayores determinantes sico sociales de la salud, deben gozar del derecho a la salud en los países receptores; será necesario comenzar a analizar la teoría de las necesidades (Doyal, 1994) y su vinculación con la teoría de capacidades (Sen, 2009). Las teorías citadas constituyen teorías igualitarias distributivas que ilustran los debates operativos de desigualdades sociales y determinantes sico sociales. Desde estas concepciones de justicia, una persona tiene una *necesidad básica* de un cierto bien cuando no podemos concebir un estado futuro en el cual la persona no sufriría un *daño serio* al carecer de tal bien. El daño serio constituye un obstáculo importante para la participación social y la libre elección del plan de vida, afectando intereses objetivos, es decir aquellos que están más allá de las convicciones individuales, porque son condiciones de posibilidad del desarrollo de las mismas. Para que las personas puedan actuar, y para que las personas puedan ser responsables de sus acciones, deben tener desarrolladas sus capacidades básicas. En consecuencia, la salud física y la salud mental son precondiciones para las acciones individuales, *independientemente de la cultura a la cual pertenezcan*. Todos hemos sufrido en algún momento de nuestras vidas alguna enfermedad, daño, discapacidad, y entendemos que el no tratamiento de la misma impide a la persona poder llevar adelante su trabajo, su participación en la vida democrática.

El derecho a la salud como derecho humano se encuentra explícito en diversos documentos internacionales, como Declaración Universal de los Derechos Humanos, art. 25, Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, art. X; OMS, 1946, formando parte del conjunto de derechos económicos, sociales y culturales (segunda generación). Entendido como derecho universal, el acceso igualitario a la atención de la salud, garantizado y financiado con recursos públicos (universalización de la salud), surge en la Europa de Posguerra, en pleno apogeo del Estado de Bienestar. Su primera formulación legal nos remonta, a nivel internacional, al Informe del Lord Beveridge (1942). Mientras, en Argentina en la década del 40 la esfera pública crece exponencialmente, y dentro de ella la salud se transforma en cosa pública (Estado de compromiso). Esta conquista del derecho a la salud implica reconocerlo como el derecho

humano, otorgando al Estado la responsabilidad de la cobertura y aumento de accesibilidad de los servicios (Tobar, 2002).

Sin embargo, reducir el derecho a la salud a la justicia distributiva parece olvidar un aspecto central del ejercicio de cualquier derecho: la identidad de la persona que lo ejerce. Desde la justicia del reconocimiento el derecho a la salud no se reduce sólo al factor económico (justicia distributiva) sino que abarca también otros factores, como el reconocimiento de la ciudadanía (derechos civiles, sociales políticos y culturales - justicia del reconocimiento-) (Fleury, 1998). De acuerdo a Honneth (1997), si analizamos el problema del reconocimiento como problema central, entenderemos que las otras injusticias se derivan del mismo. Por ejemplo, los problemas de justicia distributiva pueden subsumirse a una injusticia en la falta de reconocimiento (relaciones injustificadas de reconocimiento). Si analizamos las conquistas del derecho de mujeres y derechos de diversidad, veremos cómo se ha ampliado el horizonte de lucha. En nuestro país, Argentina, mucho se ha avanzado en la *Ley de Identidad de Género* (2012), la cual permite despatologizar las conductas trans y brindar oportunidades de expresarse por la identidad autopercebida y elegir el cambio de sexo³; en la *Ley de Educación Sexual Integral* (2006) y el *Proyecto de Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo* (2018), pero no así en lo que se refiere al necesario diálogo intercultural horizontal que debe darse en salud pública. Todas las leyes citadas exigen igualdad material y defensa cultural para evitar su uso político y elitista. La justicia se presenta así como un fenómeno complejo que no puede ser reducido exclusivamente a una dimensión. De acuerdo a Fraser (2008; 84):

En esta nueva constelación, los dos tipos de reivindicaciones de justicia aparecen disociados, tanto práctica como intelectualmente. Dentro de los movimientos sociales, como el feminismo, por ejemplo, las tendencias activistas que consideran la redistribución como el remedio de la dominación masculina están cada vez más disociadas de las tendencias que buscan, en cambio, el reconocimiento de la diferencia de género. Y lo mismo cabe decir, en gran medida, en la esfera intelectual. Siguiendo con el feminismo, en el mundo académico, los estudiosos que entienden el género como una relación social mantienen una incómoda coexistencia en pie de igualdad con quienes lo interpretan como una identidad o un código cultural. Esta situación ejemplifica un fenómeno más general: el distanciamiento generalizado de la política cultural respecto de la

³ Ahora bien, la mayoría de las personas trans viven una vida muy corta (35 años) producto de su marginación laboral (condenadas a la prostitución). Ante la falta de cupos laborales, excluidas socialmente, estigmatizadas, no acceden a la educación, a trabajos dignos. A pesar de trabajarse en los contextos de salud las deudas que existen hacia ese grupo se originan en la falta de integración social, en la Universidad, en los trabajos.

política social y el de la política de la diferencia respecto de la política de la igualdad (el subrayado es mío)

Fraser propone superar la falsa antítesis a través de un abordaje perspectivista, bidimensional de la justicia, que no descuide los entrecruzamientos que se dan entre la clase social y el género (interseccionalidad). Por ejemplo, la división sexual del trabajo (productivo-reproductivo) es condición de la estructura económica, generando desigualdades económicas y diferencia de estatus por reconocimiento erróneo (orden androcéntrico). Al respecto, Lesley Doyal (1995:1-2) sostiene las desventajas que sufre la mujer debido a su género se ven intensificada en inequidades respecto al status de su salud y al acceso a la atención médica, puesto que dentro del grupo de mujeres se producen distintas *subdivisiones que segmentan aún más las desventajas iniciales*. Entre estos factores que promueven mayor estratificación se encuentra los vinculados con: *la edad, la preferencia sexual, la etnia y la clase social*, y el status geopolítico del país en el que la mujer se encuentre. Como señala Sherwin (1998,427), *“para que las mujeres logren total subjetividad y sean consideradas personas, con todo lo que ello implica, es necesario que estén libres de distintas formas de subordinación, de la violencia política y de la pobreza”*. Si pensamos en la mujer pobre, migrante latinoamericana, con ascendencia indígena (etnia), entonces comprenderemos la complejidad de la justicia. La justicia de género demanda simultáneamente políticas distributivas, de reconocimiento, dimensiones que se encuentran fuertemente imbricadas. Pero también es necesario tener en cuenta, para no caer en el reduccionismo, que:

- a) *“muchas luchas por el reconocimiento” adoptan la forma de un comunitarismo que simplifica y cosifica de manera drástica las identidades de grupo. De ese modo, las luchas por el reconocimiento no promueven una interacción respetuosa a través de las diferencias en unos contextos cada vez más multiculturales. En cambio, tienden a fomentar el separatismo y los cotos de grupo, el chauvinismo y la intolerancia, el patriarcalismo y el autoritarismo. Llamo a éste el problema de la reificación.”*
- b) *“Así, los conflictos de estatus han alcanzado un estatus paradigmático en el momento, precisamente, en que un capitalismo neoliberal en agresiva expansión está exacerbando radicalmente la desigualdad económica. En este contexto, están sirviendo menos para complementar, complicar y enriquecer las luchas por la redistribución que para marginarlas, eclipsarlas y desplazarlas. Llamo a éste el problema del desplazamiento.”* (Fraser, 2008, 98)

Un punto importante, para la autora, es el tercer problema que hay que salvar.

3) “*hay que determinar qué materias son genuinamente nacionales, cuáles locales, cuáles regionales y cuáles mundiales. Por ejemplo, numerosos movimientos están tratando de asegurar enclaves étnicos precisamente en el momento en que una mezcla cada vez mayor de poblaciones está convirtiendo en utópicos esos proyectos. Y algunos defensores de la redistribución se están volviendo proteccionistas en el momento preciso en que la globalización económica está haciendo imposible el keynesianismo en un país. (Es) la imposición a la fuerza de un marco nacional de referencia a unos procesos que son intrínsecamente transnacionales. Llamo a éste el problema del desencuadre.*” (Fraser, 2008, 98)

¿Cómo lograr, entonces, la justicia social? “¿Cómo podemos desarrollar una perspectiva programática coherente que integre la redistribución y el reconocimiento?” “(...). Sólo si buscamos los enfoques integradores (...) podremos satisfacer los requisitos de la justicia para todos” (Fraser, 2008, 99). El cómo, para nuestra autora y para nosotros, es conjugar la igualdad material y de reconocimiento con la *paridad participativa*. Esta permite interactuar en igualdad de condiciones, esto es, permite que todos los miembros de una sociedad interactúen con otros como pares. Y para que esto sea posible deben darse las siguientes condiciones: a) la distribución de recursos debe garantizar independencia y voz a todos/as las/os participantes; b) los patrones institucionales de valor cultural deben expresar respeto hacia todos/as y garantizar la igualdad de oportunidades para obtener la estima o aceptación social (Fraser, 2008). Quienes participan de la resolución de la justicia social y sanitaria son los ciudadanos, los movimientos sociales, las organizaciones sociales, el Estado, los Organismos internacionales; pero también las comunidades y los grupos migrantes.

Seguidamente analizaremos cómo el divorcio entre estas dimensiones de la justicia permitió la apertura hacia posiciones neoconservadores que impusieron, encubiertamente, la misma privatización de la salud.

II. La CUS y la restricción del derecho a la salud de migrantes/extranjeros (DNU 70/2017 y DNU 908/2016)

II. a. La ley de migraciones y los cambios en políticas públicas a partir de los DNU citados

El modelo inclusivo y de integración solidaria, propuesto por la Ley de Migraciones de Argentina anteriormente mencionada, permitió la regularización de la situación migratoria de las

personas de países vecinos (*Programa Patria Grande, Acuerdos en el Mercosur*), accediendo a derechos sociales y disminuyendo la vulnerabilidad social de los migrantes al proteger sus derechos y empoderarlos. Sin embargo, el Decreto de Necesidad y Urgencia -en adelante DNU-70/2017, promulgado por el ejecutivo bajo el falso argumento del aumento de migrantes latinoamericanos en la población carceraria⁴, buscó modificar ese carácter inclusivo y reemplazarlo por un modelo de políticas migratorias *selectivas y diferenciadas*, políticas que nos retrotraen a la Ley Videla. Esta ley de la dictadura se caracterizaba por el control, la vigilancia administrativa, la persecución y deportación express sin causa justa. El citado DNU habilitó procedimientos de *detención y deportación express*, sin proceso judicial y defensa justa, a quienes hayan cometido fallas administrativas menores en la acreditación del trámite de ingreso (grupos vulnerables que ingresan por un lugar limítrofe no habilitado); a quienes hayan resistido a la autoridad en el contexto de una marcha o una represión por venta callejera ambulante (Ejemplo: trabajadores senegaleses); a quienes hayan cometido delitos menores; sin importar -en todos estos casos- el derecho de unión familiar o la protección de los menores y adolescentes. Si el objetivo de estas políticas de seguridad era identificar narcotraficantes, debemos recordar que las causales de deportación -en estos casos graves- ya eran reconocidas por la Ley de migraciones N° 25.871/2004. Estaba claro que las políticas de seguridad en migraciones sólo tenían como fin identificar trabajadores indocumentados, latinoamericanos, a los cuáles se persiguió como criminales para su deportación. La política de migraciones ya no era inclusiva, sino selectiva.

En el campo de políticas sanitarias, al igual que en políticas migratorias, se impone autoritariamente, esto es eludiendo el debate democrático necesario para las reformas en salud, el Decreto de Necesidad de Urgencia 908/2016. Dicho DNU, firmado a la fecha por doce provincias argentinas, impulsa la racionalización de costos y el recaudo eficiente de la facturación para ser

El DNU sostiene que la población carcelaria de migrantes ha aumentado hasta alcanzar en el 2016 21,35% de la población carcelaria total. Cito: “*Que ante recientes hechos de criminalidad organizada de público y notorio conocimiento, el Estado Nacional ha enfrentado severas dificultades para concretar órdenes de expulsión dictadas contra personas de nacionalidad extranjera, como consecuencia de un complejo procedimiento recursivo que, en algunos casos, puede llegar a siete (7) años de tramitación. Que, a su vez, la población de personas de nacionalidad extranjera bajo custodia del servicio penitenciario federal se ha incrementado en los últimos años hasta alcanzar en 2016 el veintiuno coma treinta y cinco por ciento (21,35%) de la población carcelaria total. Sin embargo, los números citados son falsos, la población carcelaria migrante no se ha incrementado. Por el contrario, ha permanecido estable desde hace más de 10 años. De los 2.000.000 de personas privadas de la libertad solo el 5% son migrantes (4.400 personas)⁴. Los extranjeros detenidos en cárceles federales y provinciales son un 6% del total.*”

invertida en el sector privado. La “Cobertura Universal de Salud”⁵ reasigna el reparto de las facturaciones desde fondos públicos del Estado a las obras sociales y a servicios terciarizados privados. Como consecuencia, el sector privado ha ido creciendo gracias a la terciarización de servicios del Estado, la transferencia de fondos, los planes de reformas sanitarias impulsadas por entidades de crédito internacional, y el aumento de las prepagas autorizadas por el mismo Estado. En contraste, el sector público es precisamente el subsistema de salud que más ha sido dañado, sufriendo el abandono presupuestario en infraestructura y la precarización del pago de residentes y profesionales de salud pública. Cabe resaltar que nos referimos al sector que atiende a las personas de menos ingresos, discapacitados, enfermos mentales y crónicos, extranjeros y migrantes (de Ortúzar, 2018)

b. Reflexiones filosóficas sobre los cambios en la ley de migraciones a partir de los DNU

Ahora bien, si analizamos el discurso presente en las normativas sobre salud, en las mismas suele apelarse a la universalidad, a la igualdad y a la no discriminación cuando lo que se hace es restringir el acceso a la salud. La CUS excluye del acceso igualitario a la atención de la salud al extranjero y/o migrante en tránsito, a diferencia de lo garantizado por la ley de migraciones. Propone *seguros focalizados*, los cuáles incrementan el gasto de bolsillo. En consecuencia, no se invierte en fondos públicos en salud (OMS, 2002-2006) pero sí se privatiza la salud pública. Estos seguros mínimos, en un país donde el derecho a la salud es constitucional, conlleva la judicialización de las decisiones de salud ante la falta de respuesta del Estado en el cumplimiento de este derecho.

En lo que respecta a la ley de migraciones modificada por el DNU 70/2017, si consideramos la *dimensión distributiva, formalmente* la ley continúa protegiendo los derechos sociales de los migrantes. Pero, en la *práctica*, las restricciones en el acceso a la residencia y a la nacionalidad se multiplicaron por: 1. la exigencia de acreditar dos años de residencia y presentar la evaluación por un juez federal una vez que se demuestre que esa residencia es “legal”; 2. las dificultades tecnológicas (nuevo sistema electrónico para trámites migratorios –RADEX- 2018) para regularizar la residencia y/o DNI por internet. En síntesis, la persecución administrativa, las exigencias de evaluación del juez y la aplicación de un sistema electrónico al cuál los migrantes

⁵ Esto es, nuestro sistema de salud es un sistema mixto conformado por tres sectores: a-público, b- seguro social obligatorio (Obras Sociales); y c- sector privado. El sector público brinda atención gratuita a toda persona que lo necesite, sin importar su capacidad de pago y su origen, incluyendo a los migrantes y/o extranjeros. El sector de Obras sociales (b) ofrece atención de la salud a trabajadores asalariados, y también a los jubilados y pensionados (PAMI). Por último, el sector privado (c), incluye sistemas privados de medicina, medicina prepaga y/o seguro voluntario, y servicios terciarizados por el Estado

casi no tienen acceso por brecha digital, se tradujo en la práctica en la restricción de la mayoría de sus derechos (económicos, políticos, sociales y culturales) por ausencia de DNI, aumentando su vulnerabilidad social. Una vez más, estas trabas administrativas fueron aplicadas a los migrantes latinoamericanos (no a los migrantes blancos europeos) que conformaban en su mayoría grupos con ascendencia indígena (bolivianos, paraguayos, peruanos).

En segundo lugar, en lo que respecta a la dimensión de reconocimiento, la ley no reconoce a las identidades de los migrantes, su diversidad cultural, omitiendo acciones para su inclusión e integración social. La ausencia de *reconocimiento a las identidades* se suele traducir en discriminación y vulneración de derechos (documentación, violencia institucional, discriminación, separación de familias, no acceso a salud, educación, justicia). De acuerdo a Cerruti (2010), esta falta de reconocimiento genera resistencias intra grupos que las conduce a no recurrir a la atención gratuita en los centros de salud. Se suman actitudes discriminatorias hacia las mujeres migrantes latinoamericanas, pensadas como mestizas, pobres y desinformadas (Boletín de Salud, 2012). Al respecto, existen numerosos ejemplos de violencia obstétrica de mujeres bolivianas siendo atendidas en hospitales públicos durante su parto, no respetando sus creencias, el diálogo intercultural, discriminándolas y usando violencia física y simbólica sobre estos cuerpos racializados. El no reconocimiento de la justicia epistémica (Sousa Santos, 2017), de la diversidad, de sus saberes complementarios, recrudece las múltiples desigualdades que sufren las mujeres migrantes. Los derechos vulnerados de las personas migrantes se multiplican si tenemos en cuenta el entrecruzamiento de género, la raza, clase social y la edad. Ejemplo de ello lo constituye la misma ley Nro. 6116/2019, la cual fue promulgada en un contexto de aumento de creencias xenóforas hacia los migrantes bolivianos fronterizos, por parte de la comunidad, legisladores y efectores de la salud.

III. Análisis crítico de la Ley Nro. 6.116 /2019 de Jujuy

En concordancia con la CUS; la Ley Nro. 6.116 de San Salvador de Jujuy, sancionada el 6 de Febrero de 2019 por la Legislatura de la citada provincia, crea el Sistema Provincial de Seguros de Salud para Personas Extranjeras, *estableciendo (...) nomencladores y valores retributivos de las prestaciones del seguro provincial de salud para las personas extranjeras alcanzadas por la presente Ley, ..., debiendo garantizar el pleno acceso a los servicios y capacidad instalada del sistema provincial de salud.*- (art.2). El fin economicista de la ley se destaca no sólo en la preocupación retributiva, sino en los límites de la misma establecidos a la capacidad instalada del sistema provincial de salud, sin remitir al sistema nacional en red.

En el artículo 1 se sostiene como objetivo:

garantizar la prestación del servicio público provincial de salud a personas extranjeras que permanezcan en forma transitoria en el territorio de la Provincia de Jujuy, con el fin de fortalecer el acceso y pleno goce del derecho a la salud en condiciones igualitarias e integrales, eliminando toda forma de discriminación y afianzando los lazos de hermandad con todos los países del mundo, en base a criterios de justicia distributiva (Art.1)

Esta concepción de igualdad estable: 1. límites a la atención de la salud ofreciendo sólo un *decent minimun*; 2. no constituye una concepción social e igualitaria de justicia distributiva en tanto niega un sistema de salud cooperativo y establece un sistema de pago para el acceso a la atención de la salud. Un sistema de salud que exija el pago de la atención de la salud a través de un seguro provincial con fines de recaudación no constituye un sistema público igualitario e integral, sino un sistema que habilita al sector privado a cobrar servicios a migrantes /extranjeros. Este seguro privado, a diferencia del seguro público, estratifica las pólizas por riesgo individual y no comparte los gastos de estos riesgos, persiguiendo el rédito económico del sistema. *¿Cómo es posible defender, simultáneamente, bajo un mismo programa de emergencia sanitaria, la cobertura universal a la salud y el pago de seguros para migrantes?* Estas Leyes provinciales de seguros de salud son inconstitucional, regresivas y discriminatorias: “*Los extranjeros gozan en el territorio de la Nación de todos los derechos civiles del ciudadano (...) No están obligados a admitir la ciudadanía, ni a pagar contribuciones forzosas extraordinarias*”. (Art.20, Constitución de la Nación Argentina) Por lo tanto, existe una abierta contradicción entre la legislación federal y la provincial, por lo que sería aplicable el principio jurídico que afirma que una norma superior deroga una inferior, según se desprende del artículo 31 de la Constitución Nacional. La ley de migraciones refuerza el derecho a la salud como derecho humano, en su art. 8 sostiene: “*no podrá negársele o restringírsele, en ningún caso, el acceso al derecho a la salud, la asistencia social o atención sanitaria a todos los extranjeros que lo requieran, cualquiera sea su situación migratoria. Las autoridades de los establecimientos sanitarios deberán brindar orientación y asesoramiento respecto de los trámites correspondientes a los efectos de subsanar la irregularidad migratoria*”. Resulta claro que, si el Estado es el garante de los derechos sociales de los migrantes, existe una obligación impeditiva del Estado, el cual en ningún caso puede privar del acceso a la atención de la salud a los extranjeros (inmigrantes o no inmigrantes). Por el contrario, el acceso a la salud no se limita únicamente a ciertas prestaciones, interpretando que tanto los extranjeros como los inmigrantes se encuentran en igualdad respecto de los habitantes nacionales, puesto que la ley no puede consagrarles un derecho mejor y más amplio.

Conclusión

El marco de justicia social bidimensional es particularmente propicio y fértil para mostrar la tensión existente en la misma ley de migraciones entre el derecho universal al acceso a la salud de los migrantes y la ausencia de reconocimiento de las diferencias culturales inherentes a los mismos. Esto se traduce en la práctica en el no acceso a la salud. La disociación entre dichas dimensiones de justicia en la ley impidió en la práctica la inclusión de los migrantes en el sistema de salud y en la comunidad; abriendo la puerta a la xenofobia (migrante como delincuente y usurpador) e impulsando decretos y leyes a favor de la privatización de la salud de migrantes, lo cual constituye una amenaza, no sólo al grupo de migrantes, sino a la totalidad del sistema de salud como bien público. Siguiendo la línea teórica planteada, las clasificaciones divergentes entre opresión de clase y dominio cultural, entre pobreza y etnia, entre clase social e identidad *no* nos ayudan a esclarecer el problema de fondo. El conflicto se ubica en la tensión medular existente entre los paradigmas de seguridad (selección, control, regulación) y el paradigma de derechos humanos (DDHH) en políticas migratorias, y es propio del modelo actual de acumulación y explotación. Ejemplo de este conflicto se encuentra en los vaivenes históricos de leyes y decretos que indican progresos, pero también retrocesos en DDHH, dejando desprotegidos los derechos de los migrantes. En este análisis subyace la valoración de un “ser nacional argentino” (varón, occidental, blanco, heterosexual, adulto y asalariado), y con esta figura, prima la concepción de una sociedad monocultural y homogeneizadora. Pero no es la patria ni el Estado Nación lo que se protege. Por el contrario, no sólo se niega el acceso a la salud de migrantes, sino que se pone en riesgo al mismo sistema público de salud. Ambos hechos son inconstitucionales. El no reconocimiento y la exclusión de los migrantes de la salud no son legítimos, como tampoco lo es la negación de su participación y de su voz, conjuntamente con la ignorancia intencional de sus saberes complementarios, su medicina tradicional.

Es momento de enriquecernos interculturalmente, replanteando nuestras formas de vida, nuestros modelos productivos y la organización social para proteger a salud, nuestra naturaleza, incorporando en las escuelas, Universidades y Centros de Investigación la dimensión perdida de la justicia epistémica. Se trata de avanzar, a nivel epistemológico, metodológico, ético y cotidiano, en una concepción amplia de equidad en salud intercultural (económica, cultural/intercultural, epistémica y jurídica), promoviendo el tratamiento conjunto y transversal de cada una de estas múltiples dimensiones del derecho a la atención de la salud de migrantes en Argentina. El abordaje de la salud de migrantes regionales demanda una mirada que tenga en cuenta la

diversidad de saberes y culturas, sus valores éticos colectivos, explicitando, a través del análisis filosófico, cómo esta dimensión de la igualdad, la dimensión participativa, se entreteje con las dimensiones materiales y de reconocimiento en el ejercicio del derecho a la salud. Conocer sobre estos saberes en la Universidad, investigar, divulgar sus beneficios es parte de la deuda social, y exige la participación de las comunidades y migrantes. La posibilidad de enriquecernos de los distintos saberes en esta época crítica de consumismo y destrucción de bienes públicos no renovables, es clave debido a que los mismos fomentan la protección de la tierra, y una concepción de salud que no separa la salud individual de la comunidad y del medio ambiente.

En síntesis, el divorcio planteado entre ambos paradigmas (distribucionista y del reconocimiento) contribuyó, en gran medida, al uso instrumental y político de esta ley de migraciones, transformándola en elemento retórico del discurso, sin reconocer sus dimensiones complejas. El acceso igualitario y el diálogo intercultural en la salud demandan algo más que su reconocimiento formal y legal. Se trata de transformar el modelo productivo y epistemológico, ético y cotidiano, en una concepción de equidad en salud compleja⁶; se trata de escuchar a estas comunidades, darle voz en un camino de transformación del mismo sistema de salud argentino, desde un modelo de migración y salud inclusivo, integral e igualitario. Para esto es necesario superar el divorcio que existe entre, por un lado, el derecho a la salud de migrantes (CN y Ley de migraciones) y las normativas que niegan el mismo (DNU's citados y ley provincial). Pero también es importante reconocer las contradicciones que existe al interior de la ley de migraciones (entre el acceso igualitario universal a la salud y el no reconocimiento de las diferencias culturales en las concepciones de salud de los mismos migrantes). El abordaje intercultural en la atención sanitaria de las migrantes es la tercera dimensión que merece ser pensada, con la participación de las comunidades, para la identificación de sus necesidades históricas. Paraphrasing Tobar, quien sostiene que *hacer política es transformar la realidad presente* (Tobar, 2002: 1288), considero que pensar en la igualdad en salud de migrantes exige desarticular los mecanismos legislativos inconstitucionales que continúan actuando en la marginación de migrantes de nuestra sociedad. Pero también nos exige repensar nuestro propio

⁶ Entre las iniciativas que hemos propuestos se encuentran: 1-replanteo de la concepción de salud en la sociedad y sistema sanitario (salud en sentido amplio y no lineal), replanteo de vulnerabilidad y grupos minoritarios: no conceptos estáticos; 2-organización de las comunidades atendiendo a las dimensiones de la justicia; 3-acompañamiento en la lucha por acceso a la tierra y reparaciones históricas de pueblos; 4-participación de las comunidades y migrantes en el sistema de salud y en la formación de profesionales de la salud; 5-fomento del diálogo intercultural horizontal; 6-Justicia epistémica: incorporación en Universidad y Academia en general del conocimiento tradicional (no sólo cupos); 7- formación en pensamiento crítico, decolonización, deconstrucción de género, antirracismo en salud; 8-diplomaturas de Género y diálogo intercultural en salud (Facultad de Medicina); 9-capacitaciones a los profesionales de salud desde el CONICET interinstitucionales (Escuela de DDHH, Pluriculturalidad, Ministerio de Género); 10-construcción de redes de género y diversidad en salud interdisciplinarias e interinstitucionales (CONICET)

modelo productivo, nuestras formas de vida y relaciones sociales. Y replantearnos nuestro sistema de salud público, para avanzar hacia un modelo de salud participativo, integral y pluricultural, protegiendo, de esta manera, los derechos humanos de todos.

Referencias bibliográficas

- Ceriani Cernadas, Pablo (2004). *Nueva ley: un paso hacia una concepción distinta de la migración*. En Giustiniani, R. *Migración: Un derecho humano*. Buenos Aires: Prometeo.
- Cerrutti, Marcela. 2009. *Diagnóstico de las poblaciones inmigrantes en la Argentina. Serie de Documentos de la Dirección Nacional de Población, 2*. Ministerio del Interior de la República Argentina-OIM.
- Courtis, C y Pacecca, M.I. 2007. "Migración y derechos humanos: una aproximación crítica al "nuevo paradigma" para el tratamiento de la cuestión migratoria en Argentina". *Revista Jurídica de Buenos Aires*: 183-200.
- Chausovsky, Gabriel (2004). *Apuntes jurídicos sobre la nueva Ley de Migraciones*. En Giustiniani, R. *Migración: Un derecho humano*. Buenos Aires: Prometeo.
- Doyal, Len, Gough, I. (1994) *Una teoría de las necesidades humanas*, FCE, p.158
- Doyal, L. (1995) "In Sickness and in Health. Introduction", *What makes women sick? Gender and the political economy of health*, Macmillan, Londres, p. 1].
- Fraser, Nancy (2006) *¿Redistribución o reconocimiento? Un debate político-filosófico*. Madrid. Morata.
- Fraser (2008), La justicia social en la era de la política de identidad: redistribución, reconocimiento y participación, en *Revista de Trabajo Nueva Época - Año 4 - N° 6*, p.p.83-103
- Fornet Betancourt R (2003). Interculturalidad: Asignatura pendiente de la filosofía latinoamericana. Para una revisión crítica de la filosofía latinoamericana más reciente. [Http://www.afyl.org/articulos.html](http://www.afyl.org/articulos.html)
- Garay, Alberto. *Derechos civiles de los extranjeros y presunción de inconstitucionalidad de las nor*
- García Lila, (2017) "Decreto 70/2017, Ley de Migraciones y Poder Judicial", Rubinzal Culzoni Doctrina 230/2017, 9 de marzo de 2017.mas. La Ley, 1989-B.
- Giustiniani, Rubén (2004). *Migración: un derecho humano. Ley de Migraciones 25.871*. Buenos Aires: Prometeo Libros.
- Grimson, Alejandro. Nuevas xenofobias, nuevas políticas étnicas en la Argentina. En: Jelin, Elizabeth y Grimson, Alejandro. (com.) *Migraciones regionales hacia la Argentina. Diferencia, desigualdad y derechos*. Buenos Aires, PROMETEO, 2006.
- Grzanka, P., J. D. Brian, and J. K. Shim. 2016. My bioethics will be intersectional or it will be [bleep]. *The American Journal of Bioethics* 16(4): 27-29.
- Honneth, A. (1997). *La lucha por reconocimiento*. Barcelona: Crítica.
- Informe Comisión Penitenciaria Argentina e Informe del CELS presentado en la CIDH* <https://www.cels.org.ar/web/2017/06/la-onu-insiste-en-la-necesidad-de-derogar-el-dnu-de-migrantes/youtu.be/GrCcwK5eF4Y>
- Iñiguez, Marcelo Daniel (2005). *Contratos de prestaciones de salud y derechos humanos*. Prólogo de Aída Kemelmajer de Carlucci. Buenos Aires: Rubinzal-Culzoni.
- Nejamkis, Lucila (2012) "Políticas migratorias en tiempos kirchneristas (2003-2010) ¿un cambio de paradigma?", en Novick, Susana, *Migración y políticas públicas, nuevos escenarios y desafíos*, Buenos Aires, Catálogos.
- Novick, Susana. (1997). "Políticas Migratorias en la Argentina". En: Oteiza, Enrique, Susana Novick y Roberto Aruj (eds.). *Inmigración y Discriminación: Políticas y Discursos*. Buenos Aires. Grupo Editor Universitario.

- Ortúzar, MG de, (2018), “Cobertura Universal de Salud -CUS- vs. Derecho a la Salud, Un análisis ético y político sobre lo “universal” en salud en “tiempos de restauración conservadora”, en *RevIISE - Revista de Ciencias Sociales y Humanas*, vol 12, (2018), p.p.103-116.
- Ortúzar, MG de; Medici, A (2018) El “derecho a la salud” como derecho humano. Abordaje conceptual transdisciplinar, en Dr. Mauro Cristeche y la Dra. Marina Lanfranco Vázquez, *Investigaciones Sociojurídicas*, seleccionado entre los trabajos presentados en el 2018; a publicarse en 2019, EDULP, la editorial de la Universidad Nacional de La Plata.
- Ossorio, Manuel. *Diccionario de Ciencias Jurídicas Políticas y Sociales*. Buenos Aires: Ruy Díaz.
- Oteiza, Enrique (2004). *Hacia una nueva Política Migratoria argentina. Inmigración, integración y derechos humanos*. En Giustiniani, R. *Migración: Un derecho humano*. Buenos Aires: Prometeo.
- Palacios, C. E. (2017), “El acceso a las prestaciones de salud en la ley de migraciones”, en: <http://www.salud.gob.ar/dels/entradas/el-acceso-las-prestaciones-de-salud-en-la-ley-de-migraciones>
- Palacios, C. E. (2004). *La Ley de Migraciones (25.871) y su reconocimiento al ejercicio pleno del “derecho a la salud”. Antecedentes normativos y doctrinarios que dan fundamento al artículo 8*. La Ley, Suplemento revista Doctrina Judicial.
- Palacios, C. E. (2005). *Derechos Humanos y el acceso a la salud para todos los habitantes en la República Argentina. Inmigrantes en condición irregular. Información y difusión de sus derechos*. Suplemento La Ley Administrativo.
- Santos, Boaventura de Souza (2017). *Justicia entre saberes. Epistemologías del Sur contra el epistemicidio*. Madrid: Morata.
- Sen, A, (1995). *Nuevo examen de la desigualdad*. Madrid: Alianza.
- Sen, A. (2009). *La idea de la justicia*. Madrid: Taurus.
- Sherwin, S. (coord.), *The politics of women’s health*, Filadelfia, Temple University Press, 1998. Citada en: Sommer, S. “Apéndice: Mujeres en América Latina: algunos desafíos éticos”. En: Luna, Florencia y Salles, Arleen (2008) *B*
- Tobar (2002), “Breve historia dela prestación de servicios de salud en Argentina y Políticas de Salud”, en Garay, O (comp), *Responsabilidad Profesional de Los médicos*, La Ley, Bs As.