



## Justicia social y derecho a la salud de migrantes latinoamericanos en una Argentina con legados neoconservadores

*Social Justice and the Right to Health of Latin American Migrants in Argentina under Neoconservative Legacies*



María Graciela de Ortúzar  
Universidad Nacional de La Plata - Argentina  
La Plata, Argentina  
mariagracieladeortuzar@gmail.com

### RESUMEN

El derecho a migrar, como el derecho a la salud del migrante, se encuentran reconocidos en la Ley de Migraciones Nro. 25871/2003 de Argentina. Dicha ley constituye un avance legislativo en derechos humanos; resultado de un largo proceso constituyente, deliberativo, que dio lugar a un modelo inclusivo de migración sin precedentes internacionales en su momento. Sin embargo, recientemente asistimos a un giro en políticas migratorias (DNU 70/2017). Como consecuencia, se produce un retroceso en derechos sociales y políticos. En lo que hace al derecho a la salud, la instauración de políticas neoconservadoras (Cobertura Universal de la Salud –CUS–) impulsó leyes provinciales (Ley 6119/2019) destinadas a exigir seguros pagos de salud para migrantes, contrarios a nuestra constitución. El objetivo del presente trabajo es analizar las raíces de éstos cambios en las normativas citadas sobre migraciones y salud; aplicando un marco de justicia social que nos permita comprender, críticamente, cómo la bifurcación de políticas distributivas y de reconocimiento en las mismas legislaciones habilitó el desarrollo de políticas neoconservadoras impuestas a través de decretos autoritarios; cuyas consecuencias trascienden la esfera de los migrantes, haciendo peligrar al mismo sistema de salud argentino como bien público.

**Palabras claves:** derecho a la salud; migraciones regionales; política de migraciones; cobertura universal a la salud; derechos humanos.

### ABSTRACT

The right to migrate, as well as the right to health of migrants, are recognized in Migration Law No. 25871/ 2003 of Argentina. This law constitutes a legislative advance in human rights; the result of a long constituent, deliberative process that gave rise to this inclusive model of migration, international unprecedented. However, recently we witnessed a shift in migration policies (DNU 70/2017). As a result, there is a regression in social and political rights. With regard to the right to health care, the establishment of neoconservative policies (Universal Health Coverage) promoted provincial laws (Law 6119/2019) aimed at requiring health insurance payments for migrants, contrary to our Constitution. The purpose of the present paper is to analyze the roots of these changes in the aforementioned regulations on migration and health; applying a framework of social justice that allows us to understand, critically, how the bifurcation of distributive policies and recognition in the same legislations enabled the development of neoconservative policies imposed through authoritarian decrees; whose consequences are not confined exclusively to the sphere of migrants, endangering the Argentine health system as a public good.

**Keywords:** health care right; Latin American migrants; migration policies; universal health coverage; human rights.

## 1. INTRODUCCIÓN

### 1.1 Migración, derecho a la salud y diversidad

Vivimos en una sociedad global caracterizada por el flujo de migraciones internacionales, por la diversidad cultural, y por la velocidad del desarrollo de las telecomunicaciones. Cada una de estas problemáticas se encuentra atravesada por grandes desigualdades a nivel grupal, nacional e internacional. En el momento presente, el COVID-19 constituye un claro ejemplo de cómo nos encontramos interconectados en el mundo en cuando de males se trata -males ejemplificados con el virus y el cambio climático-; pero no así en lo que hace a los beneficios de conocimientos o en la distribución de recursos (Ejemplo: brecha digital; brecha 10/90 en investigaciones<sup>1</sup>; inequidades en la redistribución global del ingreso -el 1% de los ricos del mundo acumula el 82% de la riqueza-). En este sentido, el virus ha sido un gran catalizador, permitiendo visibilizar fácilmente las múltiples dimensiones de injusticias y desigualdades históricas internacionales y regionales (género, raza/etnia; clase social; eco-determinantes; injusticia epistémica, entre otras). Asimismo, ha mostrado porqué la salud humana no puede pensarse aisladamente de los problemas ambientales (productivos, extractivos, climáticos); de los problemas culturales, étnicos, sociales; de los problemas distributivos; y de los problemas de género. Es precisamente esta profunda desigualdad que afecta al mundo globalizado en que vivimos, la que obliga a las personas, grupos y colectivos a migrar.

Dichos migrantes suelen ser catalogados como “grupos vulnerables” (Declaración de Nueva York, 2016, A/RES/71/1, 52), definiéndose a la misma categoría de vulnerabilidad como algo dado, fijo, estático. Sin embargo, los migrantes no son intrínsecamente vulnerables ni carecen de capacidad de resiliencia y de actuación (ACNUR, 2011, p. 10). Por el contrario, son sus derechos sociales los que se han sido históricamente vulnerados por los Estados y Organismos Internacionales; siendo necesario devolver la agencia a los migrantes; y repensar la vulnerabilidad como una categoría relacional y dinámica (de Ortúzar, 2020). 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. La migración es también un determinante social global de la salud, lo cual torna imperativo promover el derecho a la salud de los migrantes en todos sus niveles (nacional e internacional). Es en la encrucijada de estos problemas complejos, que surge la pregunta por el derecho a migrar y por el derecho a la salud en nuestro país.

En Argentina el derecho a migrar no se restringe sólo a los refugiados. A diferencias de las legislaciones anteriores, la Ley de Migraciones Nro. 25.871 del 2003 se enmarca en el paradigma de Derechos Humanos. Así, en el 2003 el migrante pasa a constituirse como sujeto de derecho, siendo considerado como un ciudadano valioso al que es necesario integrar en pos del desarrollo de la sociedad. En su Artículo 4, la citada ley explicita: “el derecho a la migración es esencial e inalienable de la persona y la República Argentina (...) garantiza (el mismo) sobre la base de los principios de igualdad y universalidad”. El reconocimiento en la ley de migraciones (2003) del derecho a migrar como un derecho humano, esencial e inalienable; junto con el compromiso del Estado de garantizarlo sobre las bases de igualdad y universalidad, constituye una experiencia que no encuentra correlato a nivel internacional en el momento de promulgarse la ley (Véase Chausovsky, G., 2009; García, L., 2017). La 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 (Ej. modelo norteamericano y europeo) (Novick, 2012). La citada ley de migraciones reconoce en su artículo 2 el derecho de todo aquel extranjero que desee ingresar, transitar, residir o establecerse definitiva, temporaria o transitoriamente en el país. En tanto nuestra Constitución Nacional, como reza en su preámbulo, considera que 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 (...)” (Constitución de la Nación Argentina, 1994, Preámbulo).

<sup>1</sup> Esto es, el 90% de los esfuerzos y recursos destinados a la investigación biomédica se destinan a problemas que afectan tan sólo el 10% de las prioridades en salud pública a nivel global, y de igual forma, solo se destina el 10% de dichos recursos de investigación a solucionar problemas de salud que afectan al 90% de la población mundial.

El avance legislativo en derechos sociales que caracteriza a la Ley de migraciones Nro. 25871/2003 (no sólo por el progreso en derechos humanos sino en especial por el proceso constituyente, deliberativo, que dio lugar a este modelo inclusivo de migración); ha sido truncado, abruptamente, a partir del giro reciente que se produce en políticas migratorias. Me refiero al Decreto de Necesidad y Urgencia (DNU) Nro. 70/2017, el cual modifica parcialmente nuestra ley de migraciones. Este Decreto impuso, autoritariamente, una política selectiva y diferenciada de migración y control que recuerda a la Ley Videla (Dirección de Interior, 1981) vigente en la dictadura argentina. En algunos aspectos, remonta también a la ley N817 conocida como Ley Avellaneda (Ley Nacional de Inmigración y Colonización, 1876), 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 (CELS; 2017)). En la misma línea discriminatoria, la Ley Provincial 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° 25.871/2003 y en el artículo 20 de nuestra Constitución Nacional (1994). Por otra parte, resulta oportuno aclarar que en el artículo 75, inciso 22 de nuestra Constitución se establece que los tratados y concordatos tienen jerarquía superior a las leyes (pirámide jurídica), reconociendo el derecho colectivo, público y social a la salud de raigambre constitucional.

En este cuadro de situación, la pregunta general que considero necesario responder, a nivel ético y político, es si se respeta en Argentina el derecho integral a la salud de migrantes latinoamericanos formulado en nuestra ley de migraciones y en la Constitución Nacional; o, si el mismo es reducido a objeto de comercio a partir de giros políticos neoconservadores impuestos por decretos arbitrarios. El análisis filosófico de este tema nos remonta a las teorías de justicia social, 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). Ejemplificando el citado conflicto en el derecho a la salud de migrantes, las tensiones entre paradigmas, se reflejan cuando se consideran exclusivamente una dimensión excluyendo la otra. La igualdad de acceso a la salud reconocida en nuestra ley de migraciones, por sí sola, es insuficiente para garantizar el derecho a la atención de salud integral de los colectivos en tanto se ignoren sus derechos culturales. Pero, el reconocimiento cultural, sin la igualdad material, es sólo una formalidad retórica que impide el ejercicio de cualquier derecho humano, negando en la práctica el derecho igualitario a la salud y dejando librada la misma a su comercio (acceso restringido al pago). En el presente trabajo partiremos del enfoque integrador de justicia social propuesto por Fraser (2008), en la convicción de que el mismo nos permitirá vislumbrar las problemáticas suscitadas en las citadas normativas de migraciones y salud. Esta reflexión filosófica de la justicia, aplicada a migraciones en Argentina, permitirá arrojar luz sobre las siguientes preguntas específicas: 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 pero no 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 latinoamericanos en el sistema de salud argentino.

La estructura del trabajo se divide en las siguientes partes. En primer lugar, presentare el marco teórico del cual partimos, definiendo conceptos básicos. En segundo lugar, analizare 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, me detendré a estudiar la viabilidad de la Ley N° 6116 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. Por razones de espacio, no desarrollaré aquí los lineamientos de la participación de las comunidades migrantes en el sistema de salud argentino, mereciendo éste tema un tratamiento independiente en futuros trabajos, para su mayor profundización.

A modo de anticipo de la conclusión general, considero que la bifurcación de políticas distributivas y de reconocimiento en la misma ley de migraciones habilitó el desarrollo de políticas neoconservadoras

impuestas a través de decretos arbitrarios, autoritarios, e inconstitucionales anteriormente citados; cuyas consecuencias trascienden la esfera de los migrantes, haciendo peligrar al mismo sistema de salud argentino como bien público.

### 1.2. Marco teórico: articulaciones necesarias para la justicia social

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 psicosociales de la salud, deben gozar del derecho a la salud en los países receptores; nos lleva a analizar, en primer lugar, el concepto de igualdad desde la teoría de las necesidades (Doyal, 1994), planteando su vinculación con la teoría de capacidades (Sen, 2009). Defender esta concepción de justicia social exige cambios sustanciales para la protección de estos grupos de migrantes que históricamente han sufrido la vulneración de sus derechos. Las teorías citadas constituyen teorías que se inscriben en el amplio campo de igualdad distributiva<sup>2</sup>, ilustrando los debates de cómo las desigualdades sociales y determinantes psicosociales inciden en las desigualdades de salud. Dentro de este marco igualitario, las necesidades humanas se definen socialmente, pero tienen carácter universal. Para Doyal (1994), 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. Esto es, existe una especificación plural de las necesidades que varían de acuerdo a la forma cultural de satisfacción de las mismas, pero las necesidades humanas son comunes a todos los seres humanos. Por el contrario, la creencia de que las necesidades son subjetivas y relativas es funcional al predominio intelectual de la nueva derecha, librando, por ejemplo, el cuidado de la salud a preferencias. Las preferencias constituye, justamente, el mecanismo del mercado: “el desplazamiento de las necesidades por las preferencias permite justificar plenamente el dominio del mercado sobre la política” (Doyal, 1994, p. 1-2). Pero, 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 llevar adelante su vida, su trabajo y participar en la vida democrática. En esta misma línea, el enfoque de las capacidades de Sen es compatible con la teoría de necesidades de Doyal, asegurando que las personas puedan lograr aquello que tienen razones para valorar, es decir buscando el desarrollo de su libertad.<sup>3</sup> Desde una visión feminista, y en concordancia con Sen, Nussbaum (1998) plantea que una sociedad que no garantice a toda su ciudadanía el desarrollo de sus capacidades, en un nivel mínimo adecuado para una vida digna, no llega a ser una sociedad plenamente justa. He aquí la relevancia de que el Estado garantice las necesidades de salud/capacidades básicas como derechos humanos, reconociendo sus diferentes formas culturales de satisfacción. Las políticas de salud no se reducen solo a reparar el daño, sino también a la prevención del daño y a evitar el riesgo de un daño futuro a través del mejoramiento.

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. 11; 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,

2 Las teorías justicia distributiva nacen en la décadas de los setenta, de mano de Rawls, con su ideal de justicia como equidad de Rawls, existiendo diversas propuestas sobre lo que es la igualdad. Entre ellas, podemos mencionar la igualdad de recursos de Dworkin, la igualdad de acceso a la ventaja de Cohen, la igualdad de capacidades de Sen y el libertarismo igualitario de Van Parijs, entre otras. Por razones de simplicidad y complementariedad entre sí, hemos elegido la teoría de las capacidades de Sen y la teoría de las necesidades de Len Doyal para ejemplificar lo que entendemos por igualdad distributiva. Para la ampliación de este punto véase Rawls (1979); Cohen (1989); Dworkin (1981); Van Parijs (1996), Sen (1995); Doyal (1994)

3 Lo relevante de esta teoría –no percibido cabalmente por Fraser, de acuerdo a Ingrid Robeyns (2003)- es que el desarrollo de la libertad puede ser alcanzado a veces por distribución y otras por reconocimiento cultural. Por ejemplo, Sen enfatiza que la *discusión pública* es una instancia de la expansión de la libertad, como ocurre con las conquistas feministas en las críticas al modelo patriarcal.

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

Sin embargo, se aduce que al reducir el derecho a la salud a la justicia distributiva, esta concepción se olvida de un aspecto central del ejercicio de cualquier derecho: la identidad de la persona que lo ejerce. Desde la justicia del reconocimiento la igualdad en salud no se reduce sólo al factor económico (justicia distributiva), sino que abarca también otros factores (derechos civiles, sociales políticos y culturales-justicia del reconocimiento-). Es por ello que en la década del 90 surge el debate entre justicia distributiva y justicia de reconocimiento. El reclamo de la justicia del reconocimiento se centró en señalar que la igualdad distributiva no puede explicar los problemas que surgen en el reconocimiento de la igual dignidad, siendo necesario un tratamiento diferencial a partir de la consideración de la etnia, del género, entre otros. De acuerdo a Honneth (1997), si analizamos el problema del reconocimiento como problema central, entenderemos que las otras injusticias se derivan del mismo. Los problemas de justicia distributiva pueden subsumirse a una injusticia en la falta de reconocimiento (relaciones injustificadas de reconocimiento). No caben dudas de que las conquistas del derecho de mujeres y de los derechos de diversidad han ampliado el horizonte de lucha. En nuestro país, Argentina se ha avanzado en el reconocimiento de: 1. La *Ley de Identidad de Género* (2012), la cual permitió despatologizar las conductas trans y brindar oportunidades de expresarse por la identidad autopercebida y elegir el cambio de sexo<sup>4</sup>; 2, la *Ley de Educación Sexual Integral* (2006), y 3. el *Proyecto de Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo* (2018), actualmente en debate. Sin embargo, 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. Siguiendo a Fraser,

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 política social y el de la política de la diferencia respecto de la política de la igualdad (Fraser, 2008, p. 84)

De esta manera, para superar las debilidades mostradas tanto por la justicia distributiva, al ignorar las diferencias; como por el modelo de reconocimiento, al preocuparse por la autorrealización sin atender las medios; se torna necesario el replanteo crítico de la justicia para pensar nuevas formas de emancipación que no descuiden las voces, el poder y los medios que se requiere para poder participar y decidir sobre los problemas que aquejan nuestras vidas. Fraser propone superar la falsa antítesis a través de un abordaje perspectivista de la justicia, que no descuide los entrecruzamientos que se dan entre la clase social y el género (interseccionalidad). 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 estatus geopolítico del país en el que la mujer se encuentre. Por ejemplo, las leyes de género citadas anteriormente de nuestro país, evidencian en el campo de la salud no sólo el reconocimiento *formal* en estos temas, sino también la ausencia del necesario diálogo intercultural horizontal que debe darse en salud pública para que las diferentes culturas sean tratadas por igual. Si pensamos en la mujer pobre, migrante latinoamericana,

4 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.

con ascendencia indígena (etnia), entonces comprenderemos la complejidad de la justicia, dada la subordinación política, la asimetría de poder, la discriminación, la violencia, las diferencias étnicas, la desigualdad social y la pobreza que la atraviesan.

El mencionado concepto de interseccionalidad constituye un concepto central que nos permitirá identificar las múltiples desigualdades que sufren las mujeres migrantes latinoamericanas. Resulta oportuno detenernos aquí en su historia para su mejor comprensión. De acuerdo con Martínez,

...el concepto de *interseccionalidad* apareció definido por primera vez como tal en un artículo publicado en 1989 por la abogada y feminista negra Kimberle Crenshaw (1989), que buscaba dar una respuesta en el ámbito de la legislación antidiscriminatoria en Estados Unidos. Sin embargo, su antecedente más importante se encuentra en las elaboraciones de las feministas negras de los años 70 como el colectivo Combahee River Collective, quienes plantearon una crítica “interseccional” a los movimientos de liberación, en el marco de la segunda ola feminista y la radicalización política del período (2019, párr. 2).

La aplicación de la interseccionalidad (género, raza/etnia y clase social) a migrantes y poblaciones indígenas, permite evidenciar la triple discriminación que sufren las mujeres migrantes descendientes de indígenas en nuestro país. En esta figura de la mujer migrante se entretrejen problemas económicos, ecopolíticos, raciales, de género, étnicos, sicosociales y sanitarios. Pero, como afirma Femenías,

La interseccionalidad (...) puede estabilizar las relaciones en posiciones fijas y sectorizar las movilizaciones sociales, de la misma manera en que el discurso dominante naturaliza y encierra a los sujetos en unas identidades de alteridad preexistentes. Por tanto, (...) se debe dar cuenta siempre del carácter dinámico de las relaciones sociales y de la complejidad de los antagonismos que se subsumen demasiado rápidamente bajo el tríptico sexo-raza-clase (2019, p. 111).

La mujer migrante, al igual que la mujer indígena o afrodescendiente, es forzada a irse de su país de origen (por destrucción ambiental, por razones políticas, económicas, entre otras), y es perseguida en el nuevo país por políticas migratorias regulativas y de seguridad, siendo negados sus derechos de residente/ciudadana. Los conflictos citados entre el paradigma de Derechos Humanos y el Paradigma Regulatorio, centrado en la seguridad, muestran el dinamismo de estas relaciones. Al reclamo de acceso igualitario a la salud se suma la necesidad de fomentar el diálogo intercultural, comenzando con el empoderamiento económico y el reconocimiento de la voz de las mujeres migrantes para su autodeterminación, individual y comunitaria. La justicia de género demanda simultáneamente políticas distributivas y de reconocimiento, dimensiones que se encuentran fuertemente imbricadas. “...sólo si buscamos los enfoques integradores (...) podremos satisfacer los requisitos de la justicia para todos” (Fraser, 2008, p. 99). Y a estas demandas, se suma la imperiosa necesidad de defender el diálogo intercultural horizontal (de Ortúzar y Medici, 2019)

También es necesario tener en cuenta, como bien señala Fraser (2008, p. 98) que, para no caer en el reduccionismo o el paternalismo, es importante no cosificar las identidades de grupo, fijándolas de manera estática (“migrantes vulnerables”), porque de esta manera no se promueve una interacción respetuosa, sino que se genera separatismo, chauvinismo, cotos de grupo (problema de la reificación). Asimismo, las luchas por el reconocimiento de los estatus diferenciales parecen desplazar los graves problemas de la desigualdad económica, ayudando al capitalismo a eclipsar las mismas (problema del desplazamiento). En tercer lugar, un punto que es especialmente relevante para pensar el tema que nos ocupa, es el problema del desencuadre:

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, p. 98).

¿Cómo lograr, entonces, la justicia social? ¿Cómo podemos desarrollar una perspectiva programática coherente que integre la redistribución y el reconocimiento en nuestra ley de migraciones? ¿Cómo lograr el respeto por el derecho integral a la salud de los migrantes latinoamericanos descendientes de comunidades indígenas? La propuesta de Fraser es conjugar la igualdad material y de reconocimiento con la paridad participativa. Esta tercera dimensión permitiría interactuar en igualdad de condiciones, posibilitando que todos los miembros de una sociedad interactúen con otros como pares. Para que esto sea posible deben darse, de acuerdo a la autora citada, dos condiciones claves: a) la distribución de recursos, garantizar independencia y voz a todos los participantes; b) los patrones institucionales de valor cultural deben expresar respeto hacia todos y garantizar la igualdad de oportunidades para obtener la estima o aceptación social (Fraser, 2008). Surge la responsabilidad ética y política del Estado, las organizaciones y los movimientos sociales, de garantizar las condiciones citadas para promover la salud intercultural y a la ampliación real –y no sólo formal- de derechos económicos, sociales y culturales hacia migrantes. Subrayemos también, en este punto, la importancia que reviste la construcción de una justicia epistémica, para promover un modelo descentralizado y participativo en salud con gestión de profesionales de diversas disciplinas y participación de comunidades -diálogo intercultural- (de Ortúzar y Médici, 2019).

Para avanzar en la aplicación del marco teórico reseñado, seguidamente comenzaremos a analizar cómo el divorcio entre estas dimensiones de la justicia se registra en la misma ley de migraciones, permitiendo que dichos desencuentros generen giros inesperados en políticas migratorias; dando lugar a posiciones neoconservadoras que promueven- al mismo tiempo que defienden la cobertura universal- la misma privatización de la salud a través de seguros pagos para migrantes. Por razones de espacio, no desarrollaremos aquí el análisis específico de las condiciones sobre cómo la dimensión participativa de la justicia permitiría darles voz, reconocimiento y participación a migrantes descendientes de comunidades indígenas en el sistema de salud argentino. Como he mencionado anteriormente, éste tema será profundizado en futuros trabajos.

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

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 (Ej. *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 carcelaria<sup>5</sup>, 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 sin causa justa.

5 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). Los extranjeros detenidos en cárceles federales y provinciales son un 6% del total.

El citado DNU habilitó procedimientos de *detención y deportación express*, sin proceso judicial y defensa, a: -quienes hayan cometido fallas administrativas menores en la acreditación del trámite de ingreso (grupos vulnerables que ingresan por un lugar limítrofe no habilitado); -quienes hayan resistido a la autoridad en el contexto de una marcha o una represión por venta callejera ambulante (Ejemplo: trabajadores senegaleses); -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 (CELS, 2017).

En el campo de políticas sanitarias, también 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 invertida en el sector privado. La “Cobertura Universal de Salud”<sup>6</sup> reasigna el reparto de las facturaciones desde fondos públicos del Estado a las obras sociales y a servicios 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)

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 la mayoría de los migrantes no tienen acceso por brecha digital, se tradujo, en la práctica, en la restricción 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

6 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



(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 Ley N° 6116 (2019), la cual fue promulgada en un contexto de aumento de creencias xenófobas hacia los migrantes bolivianos fronterizos, por parte de la comunidad, legisladores y efectores de la salud. Seguidamente analizaremos críticamente la citada ley como ejemplo paradigmático del legado neoconservador.

### 3. Análisis crítico de la Ley Nro. 6.116 /2019 de Jujuy: el avance neoconservador para la privatización de la salud

En concordancia con la CUS; la Ley Nro. 6.116 de la Provincia de San Salvador de Jujuy, sancionada el 6 de Febrero de 2019 por la Legislatura provincial, 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 (Ley Nro. 6.116/2019, Art.1).

Esta concepción de igualdad establece en la práctica: 1. límites a la atención de la salud, ofreciendo sólo un *decent minimum*; 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. El 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. De ahí que, el derecho a la salud es entendido en la complejidad y pluralidad que incluye, puesto que “exige una idea de igualdad que socialmente no inferiorice, ni homogeneice culturalmente, e incorpore la dimensión de justicia epistémica” (de Ortúzar y Médici, 2019, p. 15).

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 nuestra deuda social, y exige la participación de las comunidades y migrantes.

#### 4. Conclusión

El marco de justicia social de Nancy Fraser 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 la inclusión integral 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 derechos humanos, 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.

En síntesis, el divorcio planteado entre ambos paradigmas (de distribución 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, y haciendo peligrar al mismo sistema público de salud. El acceso igualitario y el diálogo intercultural en la salud demandan algo más que su reconocimiento formal y legal. Se trata de transformar conjuntamente el modelo productivo

(extractivo, sojero), el modelo epistemológico (monocultural) y el mismo sistema público de salud desde una concepción de equidad compleja. Se trata de escuchar a estas comunidades, darle voz en el sistema de salud, desarrollar un modelo de migración y salud inclusivo, integral e igualitario<sup>7</sup>. Para esto es necesario superar la tensión existente entre, por un lado, el derecho a la salud de migrantes (CN y Ley de migraciones) y las normativas que niegan el mismo (DNU 70/2017 y ley provincial de Jujuy, como ejemplo). Pero también es importante reconocer las contradicciones que existen 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 de justicia que merece ser pensada, con la participación de las comunidades, en futuros trabajos.

Parafraseando a Tobar, quien sostiene que *hacer política es transformar la realidad presente* (Tobar, 2002, p. 1288), considero que pensar en la igualdad en salud de migrantes no es sólo desarticular los mecanismos legislativos, discriminatorios e inconstitucionales, que excluyen a los migrantes del acceso a la salud. También implica poder visibilizar el peligro que constituye la puerta abierta a la privatización de nuestro sistema de salud en esta Argentina con claros legados neoconservadores. Pensar la igualdad en salud en nuestra sociedad, exige repensar nuestro propio modelo productivo, nuestras formas de vida, nuestras relaciones culturales, sociales y de género, cobijando el sistema público; y transformándolo, gradualmente, en un sistema participativo, integral y pluricultural. Un sistema que permita el cuidado de la tierra, la reparación histórica de la identidad de los pueblos, la soberanía alimentaria; la protección e incorporación de saberes ancestrales (justicia epistémica); la escucha activa, el reconocimiento de género y el diálogo intercultural horizontal; la participación de nuestras comunidades latinoamericanas, favoreciendo la inclusión social de nuestros hermanos migrantes. Pensar la igualdad en salud de los migrantes implica comprometerse, desde una visión compleja de justicia social, con el derecho humano integral a la salud de todos. Pensar en la igualdad en salud en la Argentina actual también implica resistir, con clara determinación, a los legados neoconservadores privatistas que amenazan -bajo diversas formas- no sólo a los migrantes, sino al bien público que constituye nuestro sistema sanitario.

## REFERENCIAS

- ACNUR (2011). *Manual y directrices sobre procedimientos y criterios para determinar la condición de refugiado*. ACNUR <https://www.acnur.org/5d4b20184.pdf>
- CELS (2017). Migrantes en jaque: una reforma migratoria fuera de la ley. CELS. <https://cutt.ly/9h6j474>
- Ceriani Cernadas, P. (2004). Nueva ley: un paso hacia una concepción distinta de la migración. En R. Giustiniani. *Migración: Un derecho humano*. (pp. 93-117). Prometeo.
- Cerrutti, M. (2009). *Diagnóstico de las poblaciones inmigrantes en la Argentina*. Ministerio del Interior de la República Argentina-OIM.
- Cohen, G. A. (1989) On the Currency of Egalitarian Justice. *Ethics*, 99(4), 906-944. <https://doi.org/10.1086/293126>
- 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.
- Crenshaw, K. (1989) Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1, 139-167. <https://chicagounbound.uchicago.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1052&context=ucf>
- Chausovsky, G. (2004). Apuntes jurídicos sobre la nueva Ley de Migraciones. En R. Giustiniani, *Migración: Un derecho humano*. (pp. 117-131). Prometeo.

7 Entre las iniciativas que hemos estado trabajado en el presente año se encuentran: 1. Revisión 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 del conocimiento tradicional en la Universidad (no sólo cupos); 7. Formación en pensamiento crítico, descolonización, 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 (Escuela de DDHH, Pluriculturalidad, Ministerio de Género); 10. Construcción de redes de género y diversidad en salud interdisciplinarias e interinstitucionales (CONICET)

- Constitución de la Nación Argentina (1994) Recuperada de: <https://cutt.ly/hh3ZCC9>
- Davis, A. (2004). *Mujeres, raza y clase*. AKAL
- de Ortúzar, M.G. (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. *RevIISE. Revista de Ciencias Sociales y Humanas*, 12, 103-116. <http://www.ojs.unsj.edu.ar/index.php/reviise/article/view/279>
- de Ortúzar, M. G., y Medici, A (2019). El derecho a la salud como derecho humano. Abordaje conceptual transdisciplinar. En M. Cristeche y M. Lanfranco Vázquez. *Investigaciones sociojurídicas contemporáneas*. (pp. 57-77). Malisia
- de Ortúzar, M. G. (2020), ¿Migrantes “vulnerables”? Políticas de migración y derecho a la salud en la Argentina de tiempos neoconservadores. *Revista Cadernos de Campo* (UNESP-FCLAr). Aceptado para publicación.
- Dirección de Interior. (1981). Ley General de Migraciones y Fomento de la Inmigración, N 22.439 <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/0121.pdf>
- Dirección Nacional de Migraciones (2003). Ley de Migraciones Nro. 25871. Decreto 616/2010. <https://cutt.ly/lh3ZxfS>
- Dirección Nacional de Migraciones (2016). *Decreto 986/2016*. Infoleg. <https://cutt.ly/8h3Zgoc>
- Dirección Nacional de Migraciones (2017). *Decreto 70/2017. Modificación. Ley N° 25.871*. Infoleg. <https://cutt.ly/Zh3Zfiz>
- Doyal, L., & Gough, I. (1994) *Una teoría de las necesidades humanas*. FCE
- Doyal, L. (1995) *In Sickness and in Health. Introduction, what makes women sick? Gender and the political economy of health*. Macmillan
- Dworkin R. (1981), What Is Equality? Part II: Equality of Resources. *Philosophy and Public Affairs*, 10(4), 283-345. <https://www.jstor.org/stable/2265047?seq=1>
- Femenías, M. L. (2011) Feminismos latinoamericanos: una mirada panorámica, *La manzana de la discordia*, 6(1). 53-59. <https://doi.org/10.25100/lamanzanadeladiscordia.v6i1.1509>
- Femenías, M. L. (2019), *Itinerarios de teoría feminista y de género. Algunas cuestiones histórico-conceptuales*. Universidad Nacional de Quilmes.
- Fraser, N. (2006) *¿Redistribución o reconocimiento? Un debate político-filosófico*. Morata.
- Fraser, N. (2008), La justicia social en la era de la política de identidad: redistribución, reconocimiento y participación. *Revista de Trabajo Nueva Época*, 4(6), 83-103.
- Fornet Betancourt, R. (2003). Interculturalidad: Asignatura pendiente de la filosofía latinoamericana. Para una revisión crítica de la filosofía latinoamericana más reciente. *Erasmus: Revista para el diálogo intercultural*, 5(1-2), 177-200.
- Garay, A. (1989). *Derechos civiles de los extranjeros y presunción de inconstitucionalidad de las normas*, *La Ley*, 1989-B, 931.
- García, L. (2017, enero 27). *Decreto 70/2017, Ley de Migraciones y Poder Judicial*. Boletín oficial de la República Argentina. <https://cutt.ly/mh3CJ98>
- Giustiniani, R. (2004). *Migración: un derecho humano. Ley de Migraciones 25.871*. Prometeo Libros.
- Grimson, A. (2006). Nuevas xenofobias, nuevas políticas étnicas en la Argentina. En, E. Jelin y A. Grimson. (comp.) *Migraciones regionales hacia la Argentina. Diferencia, desigualdad y derechos*. (pp. 69-99). Prometeo.
- Grzanka, P., Brian, J.D. & Shim, J. K. (2016). My bioethics will be intersectional or it will be [bleep]. *The American Journal of Bioethics*, 16(4), 27-29. <https://doi.org/10.1080/15265161.2016.1145289>
- Hill Collins, P. (2012). Rasgos distintivos del pensamiento feminista negro. En M. Jabardo. (ed.), *Feminismos negros: una antología* (pp. 99-131). Traficantes de sueño, Mapas.
- Honneth, A. (1997). *La lucha por reconocimiento*. Crítica.
- Iñiguez, M. D. (2005). *Contratos de prestaciones de salud y derechos humanos*. Rubinzal-Culzoni.
- Ley N° 6116 de 6 de febrero de 2019, creación del sistema provincial de seguro de salud para personas extranjeras. Boletín Oficial Provincia de Jujuy, núm. 9 de 13 de febrero de 2019. pp. 138. <https://cutt.ly/Hh7E3Ng>
- Ley Nacional de Inmigración y Colonización. (1876). Ley No. 817 octubre 19 de 1876 <https://cutt.ly/Hh7EGo1>
- Martínez, J. (2019, diciembre 24). *Feminismo, interseccionalidad y marxismo: debates sobre género, raza y clase*. Ideas de Izquierda. <https://cutt.ly/ph3Vaf4>
- Nejamkis, L. (2012) Políticas migratorias en tiempos kirchneristas (2003-2010) ¿Un cambio de paradigma? En S. Novick. *Migración y políticas públicas, nuevos escenarios y desafíos*. (pp. 89-107). Catálogos.
- Novick, S. (1997). Políticas Migratorias en la Argentina. En, E. Oteiza, S. Novick y R. Aruj (eds.). *Inmigración y Discriminación: Políticas y Discursos*. (pp. 85-167). Grupo Editor Universitario.
- ONU (2016). Declaración de Nueva York para los Refugiados y los Migrantes. ONU. <https://cutt.ly/gh7EpV2>

- Ossorio, M. (1986). *Diccionario de Ciencias Jurídicas Políticas y Sociales*. Ruy Díaz.
- Oteiza, E. (2004). *Hacia una nueva Política Migratoria argentina. Inmigración, integración y derechos humanos*. En R. Justiniani. *Migración: Un derecho humano*. (pp. 66-86). Prometeo.
- 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.
- Palacios, C. E. (2017). El acceso a las prestaciones de salud en la ley de migraciones. Recuperado de: <https://cutt.ly/fh3VFpn>
- Rawls, J. (1979). *Teoría de la Justicia*. FCE.
- Robeyns, I. (2003). Is Nancy Fraser’s Critique of Theories of Distributive Justice Justified? *Constellations*, 10 (4), 538-553. <https://doi.org/10.1046/j.1351-0487.2003.00352.x>
- Santos, B. (2017). *Justicia entre saberes. Epistemologías del Sur contra el epistemicidio*. Morata.
- Sen, A. (1995). *Nuevo examen de la desigualdad*. Alianza.
- Sen, A. (2009). *La idea de la justicia*. Taurus.
- Tobar, A. (2002), Breve historia de la prestación de servicios de salud en Argentina y Políticas de Salud. En O. Garay. (comp), *Responsabilidad Profesional de Los médicos*. Ley, 1287-1312.
- Van Parijs, P. (1996) *Libertad real para todos*. Paidós.

## AUTORA

**María Graciela de Ortúzar**. Doctora en Filosofía por la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación -FAHCE-, Universidad Nacional de La Plata -UNLP-. Actualmente es Investigadora Independiente del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas -CONICET-, realizando su investigación en el Centro de Investigaciones Filosóficas -CieFI, FAHCE, UNLP-.

## Conflicto de intereses

La autora informa que no existe ningún conflicto de interés posible.

## Financiamiento

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 RIOSP Derechos humanos, migración y asilo, CONICET, S T 5148.

## Agradecimientos

Agradezco a las coordinadoras del dossier por su confianza puesta en el trabajo.

## Sobre el artículo

Una versión preliminar de este artículo fue presentado en el XIX Congreso Nacional de Filosofía, AFRA, Argentina, 2019, titulado: “Derecho a la salud de migrantes regionales en Argentina: una cuestión ética, política y social”.