



Revista de Filosofía y Teoría Política, n.º 51, 2021, e035, ISSN 2314-2553
 Universidad Nacional de La Plata.
 Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.
 Departamento de Filosofía

Ética y discriminación interseccional en la atención de la salud de migrantes regionales (*género, etnia, diversidad funcional, clase social, factor geopolítico, interculturalidad, eco determinantes*)

Ethics and intersectional discrimination in the health care of regional migrants (*gender, ethnicity, functional diversity, social class, geopolitical factor, interculturality, eco determinants*)

María Graciela de Ortúzar

Universidad Nacional de La Plata, Argentina
 CONICET, Argentina
 gdeortuzar@fahce.unlp.edu.ar

 <https://orcid.org/0000-0002-4566-4535>

Cita sugerida: de Ortúzar, M. G. (2021). Ética y discriminación interseccional en la atención de la salud de migrantes regionales (*género, etnia, diversidad funcional, clase social, factor geopolítico, interculturalidad, eco determinantes*). *Revista de Filosofía y Teoría Política*, 51, e035. <https://doi.org/10.24215/23142553e035>

Resumen: El objetivo del trabajo es analizar las discriminaciones entrecruzadas que operan en las identidades múltiples de las mujeres migrantes regionales (paraguayas y bolivianas) en el campo de la salud en Argentina durante la pandemia. Comenzaremos con el estudio crítico categorías claves y del origen de las *desigualdades de derecho* de la citada discriminación en políticas de migraciones (discriminación interseccional; vulnerabilidad, injusticia epistémica y diálogo intercultural en salud). En segundo lugar, abordaremos las *desigualdades de hecho*, examinando particularmente las desigualdades socio económicas que padecen las migrantes durante la pandemia. En tercer lugar, en pos de habilitar formas alternativas de cuidado y autocuidado desde el reconocimiento de su etnicidad y del inseparable cuidado de la tierra, proponemos la aplicación del concepto de justicia participativa territorial como condición del diálogo intercultural en salud de migrantes. A modo de propuesta, se busca promover diálogos de saberes situados por fuera de los consejos burocráticos y ampliando la base social de derechos sanitarios desde la pluriculturalidad ejercida en redes de cuidados de mujeres migrantes en el territorio y no desde su participación domesticada.

Palabras clave: Discriminación Interseccional, Justicia Epistémica, Diálogo Intercultural, Migrantes Regionales, Salud Colectiva.

Abstract: The objective of the work is to analyze the intersectional discriminations that operate in the multiple identities of regional migrant women (Paraguayan and Bolivian) in the field of health in Argentina during the present pandemic (COVID 19). We will begin with the critical study of key categories and the origin of the inequalities of law of the aforementioned discrimination in migration policies (intersectional discrimination; vulnerability, epistemic injustice and intercultural dialogue in health). Second, we will address de facto inequalities, particularly examining the socio-economic inequalities suffered by migrants during the pandemic. Thirdly, in order to enable alternative forms of care



and self-care from the recognition of their ethnicity and the inseparable care of the earth, we propose the application of the concept of territorial participatory justice as a condition of intercultural dialogue in health. As a proposal, it seeks to promote dialogues of knowledge located outside the bureaucratic councils and expanding the social base of health rights from the pluriculturality exercised in care networks of migrant women in the territory and not from their domesticated participation.

Keywords: Intersectional Discrimination, Epistemic Justice, Intercultural Dialogue, Networks of Migrants Women, Collective Health.

Introducción

El objetivo de “Ética y discriminación interseccional en la atención de la salud de migrantes regionales” es analizar las discriminaciones entrecruzadas que operan en el campo de la salud a partir de las identidades múltiples de migrantes (bolivianas, paraguayas y peruanas) en Argentina durante la pandemia (esto es, por ser mujer, por ser mestiza, por su diversidad funcional, por ser pobre, por provenir de un país geopolíticamente no privilegiado, por su diversidad lingüística y cultural no reconocida, por su edad, por sus saberes en relación a la protección de la tierra, por su diversidad sexual, entre otros). El derecho a la salud de estas mujeres es reconocido como derecho humano sin restricción¹ en la Constitución Nacional de nuestro país –Argentina- y en la respectiva Ley vigente de migraciones Nro. 25871/2003. Asimismo, la Constitución Nacional adhiere a la normativa internacional de Derechos Económicos, sociales y culturales -DESC (Arts. 33, 42, 75, Inc.22)-, promoviendo el acceso igualitario de extranjeros y migrantes a la salud pública, entendiendo ésta de manera amplia e integral.²

No obstante, nos encontramos con variadas situaciones de negación de la atención a la salud de estas mujeres en sentido amplio. Esto es, si bien, por una parte, se ha documentado la negativa de hospitales y centros de salud a proveer asistencia a migrantes regionales sin DNI (por irregularidades en la documentación; discriminación racial; separación de familias e hijos por intervención judicial; negación de su diversidad lingüística; criminalización y estigmatización del migrante en general, entre otros), resulta claro que la negación del derecho a la salud de las migrantes no se reduce sólo al acceso a nivel hospitalario. La salud entendida de manera amplia, comprende la relación que se plantea entre el individuo y el medio ambiente en el sistema productivo (Filho y Paim, 1999; Testa, 1990; Breihl, 2013). En este sentido, la atención de la salud no se restringe a una práctica aislada hospitalaria desde el modelo médico hegemónico,³ comprendiendo también diversas formas de cuidado y autocuidado que no se separan del cuidado de la tierra, de los alimentos, los vínculos sociales y las relaciones comunitarias. Como expresa García (2020, p.181), los problemas de discriminación en el campo de la salud de las mujeres migrantes se originan en las mismas desigualdades sociales históricas que atraviesan estos cuerpos racializados. El acceso a la tierra, al agua, a los alimentos, a la vivienda, al trabajo digno, constituyen ítems básicos para la salud. Durante la pandemia las mujeres migrantes y grupos trans han sufrido exclusiones de

los seguros sociales de emergencia, de la tarjeta alimentaria y los planes sociales tradicionales que tienen como requisito el DNI y la residencia, del acceso a vivienda, al agua potable, a bolsones de alimentos. Dichas mujeres y disidencias -provenientes de Perú, Bolivia, Paraguay, entre otros países limítrofes- enfrentan profundas diferencias y desigualdades múltiples e históricas en el cuidado de su salud, relacionadas con la injusticia estructural, es decir la explotación que se realiza históricamente sobre este grupo social étnico por el lugar que ocupan en la misma estructura económica y social (desigualdades de hecho); como así también por desigualdades culturales, jurídicas y políticas destinadas a prolongar la citada desigualdad original con el fin de beneficiar a otros grupos privilegiados.

En aras de prevenir y actuar sobre este problema complejo que nos ocupa, la discriminación en salud de las mujeres migrantes regionales, es importante saber con qué herramientas analíticas y categoriales contamos para no reforzar ni reproducir la misma, estigmatizando y condenando a las personas a tipos/estereotipos, sin posibilidades de cambio, sin realizar un diagnóstico situado, y sin conocer sus orígenes. Se trata de repensar la filosofía al servicio de un entretejido de problemas complejos que atraviesan la vida de las migrantes, buscando abordar estas situaciones, desde un ágil marco ético de derechos humanos para transformar desigualdades históricas y estructurales. Para ello proponemos como herramienta analítica una mirada *interseccional* aplicada al campo de la salud de las mujeres migrantes. De acuerdo a Salem (2014,116), “la interseccionalidad emerge como una apuesta teórico-metodológica para comprender *las relaciones sociales de poder y los contextos* en que se producen las desigualdades sociales, permitiendo un *análisis ‘complejo’ de la realidad vivida* por los sujetos, mujeres y varones, mediante el abordaje de las diferentes posicionalidades y clasificaciones sociales, *históricamente situadas*”⁴ (el subrayado es nuestro). De esta manera, la interseccionalidad es una herramienta que permite analizar las múltiples opresiones y violencias históricas que sufren estas mujeres migrantes, visibilizando el origen de éstas desigualdades (Magliano, 2015).

De acuerdo a McCall (2005) y Yuval-Davis (2013) podemos aproximarnos a este análisis interseccional de varias maneras: *intercategorial*, *anticategorial* o *intracategorial*. El riesgo de la primera es que promueve un enfoque aditivo simplificando la complejidad de la realidad, esto es sin relacionar el entretejido de factores que actúan para producir la misma. En la vereda opuesta, el enfoque anticategorial deconstruye las desigualdades para suprimir la opresión y la homogenización, eliminando la categorización. Por último, la aproximación *intracategorial*, problematiza el significado y los límites de las mismas categorías a partir de estudios de caso o etnográficos desde las realidades estudiadas (ej. “diálogo de saberes en salud situado”).

Rescatando las observaciones anteriores, en el presente trabajo consideramos necesario criticar las categorías claves de salud, vulnerabilidad de migrantes, e interculturalidad para adherir a una perspectiva que no favorezca estereotipos. En segundo lugar, abordaremos las *desigualdades de hecho* examinando la situación socio económica que padecen las migrantes durante la pandemia. En tercer lugar, escudriñaremos aspectos que hacen a *la escucha* como primer paso para permitir su “sentir-pensar” en salud. En pos de habilitar formas alternativas de cuidado y autocuidado desde el reconocimiento de su etnicidad y del inseparable cuidado de la tierra, proponemos la aplicación del concepto de justicia participativa

a nivel sanitario, esclareciendo a nivel práctico cómo el mismo no se reduce sólo a consejos deliberativos institucionales burocráticos sino a la genuina participación de base territorial y en red. De esta manera, se busca promover diálogos de saberes situados, conjuntamente con el fortalecimiento de su voz y su participación activa en el sistema de salud, ampliando sus derechos sanitarios desde la pluriculturalidad y no desde su participación domesticada.

I. Marco teórico-conceptual

Para avanzar en el estudio crítico de las *desigualdades históricas de derechos*, en este apartado se analizarán las categorías centrales que suelen utilizarse en salud de migrantes regionales (discriminación interseccional, vulnerabilidad, justicia epistémica y diálogo cultural). Asimismo, se procederá a realizar un *excursus histórico* sobre los planes discriminatorios en el origen de nuestra política migratoria en Argentina. La discriminación sufrida por las mujeres migrantes en salud no es el resultado aislado ni una suma de discriminaciones⁵. La discriminación que sufren dichas mujeres es una discriminación aún más intensa y específica. Esto nos lleva a plantear una nueva forma de entender la discriminación: “la interseccionalidad”.

I.1. Categorías claves

I.1.1. Interseccionalidad y discriminación interseccional

El término “interseccionalidad” fue acuñado por Kimberlé Crenshaw, abogada feminista y Profesora de Derecho de la Universidad de California especializada en Teoría Crítica de la Raza, quién generó este concepto para poner de manifiesto cómo las luchas feministas o antirracistas pueden producir el efecto perverso de aumentar la opresión en los casos en que distintos ejes de diferenciación social operan conjuntamente, como en el caso de las mujeres negras (Crenshaw, 1991). Como bien sostiene Cabrera (2011:10), Crenshaw mostró cómo dichas mujeres padecen el racismo de manera diferente a los hombres negros, como así también sufren la discriminación sexista en forma distinta a las mujeres blancas. Para demostrar esta tesis, trabajó con dos conceptos: *riesgo múltiple . opresiones entrelazadas*. Dichos conceptos habían sido introducidos por el feminismo negro norteamericano (Beal 1969; Colectivo del Combahee River 1982; Smith 1982; King 1988; Lorde 2007; Carby 1987); siendo sus precursoras las feministas afroamericanas del siglo XIX, como Ana Julia Cooper y Sojourner Truth, al denunciar el peligro de disociar la opresión sexual y el racismo en la realidad material e histórica de las mujeres negras (Cabrera, 2011)⁶. En referencia a los estudios de Combahee River Colective, su aporte en los años 70 consistió precisamente en una crítica interseccional a los movimientos de liberación, en el marco de la segunda ola feminista y la radicalización política. Este concepto de interseccionalidad, punto destacado por Cabrera (2011), fue utilizado también por feministas chicanas descendientes de mexicanos en Estados Unidos (Anzaldúa 1983; Moya 2000). Dichas mujeres migrantes consideraban el racismo, el sexismo y los prejuicios religiosos como formas de

opresión estructural y simultánea. Por estas mismas razones, Crenshaw distingue tres niveles de interseccionalidad. El primer *nivel estructural* (1) nos muestra cómo la situación de las mujeres afroamericanas es distinta a los hombres afroamericanos y a las mujeres blancas, encontrándose en una encrucijada de tejidos de *exclusión social estructural* que se hace necesario visibilizar y denunciar en forma conjunta (Crenshaw, 1991: 1245). Esto es, el racismo amplifica el sexismo, como así también la homofobia amplifica el racismo (Matsuda, 1991). Los sistemas de discriminación convergen para producir formas específicas de subordinación (racial, de género y clase, diversidad funcional, diversidad sexual, factor geopolítico, entre otros). En segundo lugar (2), a *nivel político* la autora denuncia cómo *el derecho y las políticas públicas* reproducen el sexismo, el racismo, y la homofobia conjuntamente con la explotación de clase; haciendo hincapié en que el discurso feminista puede marginar a las minorías étnicas o a las mujeres con discapacidades (Verloo, 2006); al igual que las políticas públicas de igualdad de género pueden marginar a las mujeres migrantes (La Barbera, 2009a, 2011, 2012) permitiendo el posicionamiento relativo de los grupos subordinados. Por último (3), a *nivel representacional* el enfoque interseccional permite explorar la *construcción cultural de los sujetos desfavorecidos*, considerando en qué medida la cultura popular y el discurso público (re)producen su exclusión (Crenshaw, 1991: 1245; La Barbera, 2017; Verloo, 2006).

La categoría de “*discriminación interseccional*” se refiere, en términos generales, a “distintos orígenes estructurales de desigualdad u organizadores sociales que establecen relaciones recíprocas, sobrepasando la noción intuitiva de doble o múltiple discriminación, ya que las identidades son construcciones dinámicas y conforman nuevas organizaciones sociales y desigualdades” (Platero, 2014). La discriminación interseccional se manifiesta en el contexto de discriminación estructural vigente, que representa la identificación de *desigualdades de derecho y de hecho* derivadas de una situación de exclusión social o de sometimiento de ciertos grupos sociales –como las mujeres, migrantes y las personas con discapacidad– por otros –como los hombres ciudadanos blancos sin discapacidad, en virtud de prácticas sociales, culturales y prejuicios históricos excluyentes (Pelletier, 2014). En idéntico sentido, podemos señalar que bajo un análisis interseccional se pueden considerar las diferentes formas en las que las discriminaciones (raciales, de género, de sexualidad, de origen rural, etc.) interactúan con otros múltiples y complejos factores de exclusión, *sin subordinar o matizar uno en favor del otro*, sino tomándolos como herramientas que permiten hacer visibles los *impactos diferenciados de las violencias contra las mujeres*. “Esta interseccionalidad de factores que conviven en una misma mujer se debe comprender como parte de una estructura global de dominación” (*Modelo de Protocolo Latinoamericano de Investigación de las Muertes Violentas de Mujeres por Razones de Género -femicidio/ feminicidio-*, ONU Mujeres, 2014, párr. 120.)

De esta manera, el concepto de Crenshaw, nacido en el área de las ciencias jurídicas críticas en Estados Unidos, con antecedentes directos del feminismo negro de los años 70, se extiende con matices propios a las ciencias sociales y a las ciencias humanas en general; y a otras regiones del planeta, especialmente Latinoamérica, El Caribe y el Sur Global, donde se desarrolla críticamente. No obstante, como bien sostiene Magliano (2009, 2015), la perspectiva interseccional también debe ser sometida a constante crítica para eludir los

efectos de neutralización y *despolitización* (el subrayado es nuestro). Al igual que el concepto de vulnerabilidad y cobertura universal de la salud, estas categorías progresistas suelen ser apropiadas y utilizadas con fines opuestos.

I.1.2. Vulnerabilidad

Si bien la vulnerabilidad nació para defender los derechos humanos en el campo de la ética en la investigación en salud, en el momento actual el uso de la “vulnerabilidad” ha impulsado políticas de control y seguridad en torno a los migrantes, a partir de la identificación de “grupos migrantes vulnerables” definidos de acuerdo a una tipología fija, que condena a tipología característica y a la no transformación de la situación. Estos grupos son reificados, naturalizados, sometidos a dominación y marginación, como si los mismos no tuvieran capacidad de resiliencia.

En este punto, es importante resaltar la responsabilidad social que les cabe a los países desarrollados y a los organismos internacionales que causan precisamente el daño que ubica a estos grupos en situación de vulnerabilidad social, como es el caso de refugiados ambientales. La vulnerabilidad no puede entenderse sin un marco relacional que reconozca, también, la capacidad de agencia de estos grupos con derechos vulnerados (de Ortúzar, 2021), como así también la responsabilidad por daño. De acuerdo a la propia definición de la ONU (2017): “*los migrantes no son intrínsecamente vulnerables ni carecen de [resiliencia] y capacidad de actuación*”. Por el contrario, “la vulnerabilidad ante las violaciones de sus derechos humanos es el resultado de múltiples formas de discriminación interrelacionadas, de la desigualdad y de dinámicas estructurales y sociales que imponen límites y desequilibrios en los niveles de poder y de disfrute de los derechos” (UN HUMAN RIGHTS COUNCIL, 2017, p.13, nuestra traducción).

Necesitamos, entonces, de una nueva categoría de vulnerabilidad que reconozca responsabilidades en la protección de derechos básicos, recuperando el *sentido dinámico, histórico, crítico y relacional de la vulnerabilidad para el empoderamiento de las personas y grupos* (el subrayado es nuestro). Al respecto, adherimos a la definición propuesta por Goodin (1985, p. 112): “la vulnerabilidad no es un estado azaroso, implica una relación asimétrica de poder. Supone la existencia de un agente capaz de ejercer una elección efectiva tanto para causar, prevenir o evitar la amenaza del daño”. La citada definición nos permite ampliar el análisis a las relaciones asimétricas de poder. Aquí es preciso entender que el daño es evitable, pudiéndose anticipar y actuar a través de políticas públicas para revertirlo. Por ejemplo, si existe un responsable por el aumento de migraciones forzadas -daño generado por razones económicas, ambientales o políticas que obligan a las personas a migrar-; éste daño debe ser compensado a través de políticas inclusivas basadas en modelos de migraciones inspirados en derechos humanos y adoptarse medidas para mitigar o eliminar el mismo.

En síntesis, se critica la definición estrecha de vulnerabilidad aplicada a migrantes, la cual apela a grupos generalizados por características fijas, no permitiendo estudiar la posibilidad de cambios, ni el desarrollo de la autodeterminación y/o el empoderamiento de éstos grupos. Es preciso cuestionar *el uso instrumental que se hace de la vulnerabilidad desde las políticas de*

seguridad (internacionales y nacionales), *por su impacto negativo y estático en la percepción (y autopercepción) del migrante, y en el diseño de políticas públicas sobre migraciones, centradas en el control y la privatización de bienes públicos.* Es necesario reconocer las relaciones institucionales asimétricas e históricas que hicieron posible el sometimiento de personas, grupos, pueblos y naciones enteras; al mismo tiempo que se asume la responsabilidad social en la protección de los migrantes. La vulnerabilidad no es una característica constitutiva ni estática de los migrantes, sino una característica relacional que se da entre estos grupos, Estados, y organizaciones sociales e internacionales, responsables de diseñar políticas de migraciones para proteger sus derechos humanos y empoderar a los mismos con fines de salvaguardar su dignidad e integridad (Véase de Ortúzar, 2021). Según Pizarro (2009), *la vulnerabilidad de las migrantes posee raíz estructural* (desigualdades jerárquicas económicas-étnicas que generan sufrimiento en su vida cotidiana); *cultural* (discriminados por encarar la imagen del indígena/ xenofobia y racismo) y *jurídica* (sub-ciudadanos fácticos). De acuerdo a la citada autora, el hecho de que estas inmigrantes sean “portadores de rostro” (es decir, que tengan fenotipos factibles de ser asociados con una posible pertenencia indígena) y que, por otra parte, hayan nacido en países posicionados desfavorablemente en el ranking internacional, contribuye a que su extranjería sea poco tolerada y su proceso de incorporación al colectivo de identificación sea difícil

1.1.3. Justicia epistémica

En relación con la representación y el empoderamiento de estos grupos, la *injusticia epistémica* (Fricker, 2017), esto es la injusticia cometida específicamente contra la capacidad de conocimiento o testimonio de una persona. constituye otro concepto vertebral para analizar la sub-representación social y política de las mujeres migrantes en salud. La injusticia testimonial es una forma de discriminación directa en la que “el prejuicio hace que quien escucha atribuya un nivel inferior de credibilidad a la palabra de quien habla” (Fricker, 2007: 1). Cuando el testimonio de una persona es rebajado, no es creído o no es escuchado no porque la persona no tenga conocimientos -eso en principio debería ser demostrado post hoc- sino por el lugar social que ocupa esa persona y/o el grupo identitario al que pertenece, se produce una injusticia testimonial. En lo que respecta a salud, la voz y los saberes de las mujeres migrantes provenientes de las comunidades indígenas no son escuchados. En los hospitales públicos de nuestro país, observamos esta discriminación epistémica hacia las mujeres bolivianas y paraguayas. La desigualdad se profundiza si a la dimensión étnica, de clase y al factor geopolítico se agrega la dimensión de género⁷ como un factor que agrava los procesos de exclusión y dominación. Si la persona sufre discapacidad entonces la desigualdad es mayor. Pero esto no se da agregativamente, sino en forma entrelazada. Como señalamos, el nosotros/otros es una construcción social y de relaciones de poder, ya que subyace a las representaciones de género, etnia y clase, como modos de organizar, agrupar, arreglar y clasificar conceptos y de establecer relaciones complejas entre ellos. Las múltiples discriminaciones que soportan la mayoría de las mujeres bolivianas en Argentina, por ser mujeres y migrantes, por su pertenencia de clase y origen étnico se debe, no responde solo

a la estigmatización de la “población boliviana” en general en una estructura social jerárquica y desigual, sino también a la invisibilización y estigmatización de la figura de mujer migrante (Magliano, 2009). Esta discriminación se agudiza, como bien señala Fricker, cuando el mensaje de alguien no es escuchado a partir de los prejuicios que se tejen en torno a la persona, como es el caso de las mujeres de la comunidad andina, o mujeres paraguayas y mujeres peruanas con ascendentes indígenas. La estigmatización y subestimación de sus saberes impide su trasmisión, faltando elementos hermenéuticos para su comprensión (injusticia hermenéutica) y ejerciéndose la injusticia testimonial en tanto no se la escucha y se la castiga.

1.1.4. Diálogo intercultural

Por último, *la interculturalidad*, al igual que las categorías analizadas precedentemente, como es el caso de la vulnerabilidad, ha sido reificada y utilizada instrumentalmente para fines de domesticación. En nombre de la integración cultural se ha procedido a eliminar las diferencias, llegando a situaciones de genocidio cultural y humano, como ha ocurrido a lo largo del continente americano. A modo de ilustración, recientemente se ha difundido el hallazgo de fosas comunes con restos de 250 niños indígenas en Kamploops Indian Residents School, Canadá. Dichos niños fueron separados a la fuerza de su familia para ingresarlos en sistemas educativos de instituciones religiosas ejerciendo abusos, violencia, desnutrición y muerte contra los mismos. En nuestro país se procedió a la masacre de comunidades indígenas en la Conquista del desierto. Actualmente se trabaja en Argentina la actualización del Plan Nacional contra la Discriminación (2004) para implementarlos durante el período 2022-2024, basados en la prevención, asistencia integral y protección de grupos y colectivos históricamente vulnerados, para una agenda pública integral e interseccional. He aquí la importancia de comprender la interculturalidad desde la colonialidad, en territorio y junto con las comunidades. “En las comunidades de hablantes se crean y recrean territorios en los cuales se definen y redefinen tanto comportamientos lingüísticos como culturales” (Sichra, 2019) Haciendo más las palabras de Grimson, “el punto central que quiero remarcar es que las fronteras simbólicas no son el resultado de la interpelación del poder sino de la constitución de un *diálogo* en el que es necesario *reconstruir también las agencias, las acciones, los intereses de los actores subordinados o subalternos*. Por eso en ese marco se constituyen escenarios como escenarios interculturales que debemos analizar teniendo sumo cuidado de *no reificar y no esencializar grupos* que se nos presentan como culturas e identidades radicalmente distintas y *cuyo conflicto, a veces, es el que está produciendo esta radicalidad de la diferencia*” (Grimson, 2006, p.287, la cursiva es nuestra). En este sentido, consideramos necesario comenzar remontándonos a la historia de las políticas de migración en la Argentina para comprender las raíces coloniales de la misma discriminación interseccional y las dificultades de apertura al diálogo intercultural.

I.2. Historia de la discriminación interseccional de migrantes regionales en Argentina

Para analizar el tipo de discriminación que se da en el acceso a la salud en referencia a migrantes regionales en Argentina, resulta perentorio realizar una breve investigación histórica sobre las características principales de las corrientes migratorias propiciadas de acuerdo a las respectivas políticas. Esto es, si bien la ola de migraciones regionales (paraguaya, boliviana, uruguaya, chilena, peruana) data de las últimas décadas del siglo XX y las primeras del siglo XXI; la misma contrasta con la migración europea blanca (españoles, italianos, rusos, polacos, entre otros) fomentada desde el origen del Estado Nación argentino. Por esta razón, en el *Plan Nacional en contra de la Discriminación* (2014) se denuncia el genocidio indígena, el genocidio cultural, y el cierre de fronteras para los migrantes regionales a partir de la formulación de la *Ley Avellaneda*, cuyo objetivo principal era atraer la inmigración blanca para contribuir a poblar nuestro territorio (proyecto político liberal blanco y europeizante). La inmigración europea se pensaba como moralmente capaz de adaptarse al país y de trabajar para su desarrollo; excluyendo a los indígenas y a las personas provenientes de países limítrofes. Posteriormente, a partir de la Dictadura, la *Ley Videla Nro. 22.439 (1981)*, en su artículo 2 establece que “el Poder Ejecutivo, de acuerdo con las necesidades poblacionales de la República, promoverá la inmigración de extranjeros cuyas *características culturales* permitan su adecuada integración en la sociedad argentina”. En el marco de la Doctrina de Seguridad Nacional, esta ley representa el poder de vigilancia, control y persecución; excluyendo directamente – a través de su política selectiva por “características culturales”- a la población indígena y a migrantes regionales descendientes de indígenas. La misma ley es conocida por su “alto carácter restrictivo y persecutorio en el tratamiento del fenómeno migratorio”, sin contar con las garantías de debido proceso (Poder judicial) al no prever la posibilidad de acceder a un recurso judicial (NEJAMKIS, 2012).

A partir del 2003 surge la actual Ley de migraciones Nro 26871/2003, vigente hasta nuestros días y fruto de un largo debate democrático. Sin embargo, en el 2017 se produjo un giro hacia políticas securitistas a partir del Decreto de Necesidad de Urgencia en Migraciones -DNU 70/2017, modificatorio de la ley anterior, el cual rehabilitó la detención y deportación express sin proceso judicial y defensa justa. Esta detención se aplica a: -quienes hayan cometido fallas administrativas en la acreditación del trámite de ingreso; -quienes hayan resistido a la autoridad en el contexto de una marcha o una represión por venta callejera ambulante; -quienes hayan cometido delitos menores. Claramente, tales políticas de control y seguridad poseen puntos en común con la Ley Videla, mencionada anteriormente, al criminalizar a los migrantes latinoamericanos y afrodescendientes sin garantizar una defensa justa. Bajo las nuevas políticas selectivas todo migrante se encuentra en permanente estado de sospecha, persecución, control, vigilancia, represión, y posible deportación por “delincuente” sin juicio y causa justa. Este último resabio neoconservador, el DNU 70/2017, fue derogado recientemente por inconstitucional (2020). Sin embargo, el discurso político xenófobo y antirracista que acompañó a la imposición del mismo estigmatizando al migrante como delincuente, persiste

y acompaña también a las políticas internacionales y nacionales dirigidas a la privatización de la salud de migrantes como condición para la tramitación de su residencia. El citado paradigma de seguridad internacional impacta aún en los países donde la cobertura de salud es supuestamente universal (Ecuador, Argentina, entre otros). Estos nuevos requisitos llevaron a acrecentar la situación de irregularidad de migrantes, y con ella su explotación económica y su desprotección en el acceso a viviendas, seguros sociales y seguros de emergencia (de Ortúzar, 2020).

En síntesis, si bien nuestra Constitución nacional y al art. 8 de la vigente ley de migración garantiza el derecho a la salud, el decreto DNU 908/2016 habilitó la *Cobertura Universal de la Salud*, conjuntamente con las políticas de seguridad y control para el fomento de la privatización de la salud, tanto a nivel internacional como nacional⁸. En Argentina, esta privatización encubierta ocurre al mismo tiempo que crece la migración regional y se enarbola la bandera de la cobertura universal a la salud, justificando bajo el manto de la igualdad formal del derecho liberal la discriminación interseccional. Estos instrumentos políticos migratorios y dispositivos continuarían activos, restringiendo el acceso a derechos sociales durante la pandemia (de Ortúzar, 2018).

II. Pandemia y migrantes regionales: situación social

Las personas con mayores derechos vulnerados durante la pandemia fueron precisamente las mujeres migrantes regionales, quienes se encontraban en una situación precaria a partir del impacto de las políticas migratorias anteriormente descritas. Para conocer la situación social de las migrantes en pandemia, la Red RIOSP de Derechos Humanos en Migraciones y Asilo del CONICET (en la cual participo) elaboró -conjuntamente con los colectivos migrantes- la *Encuesta Nacional de Migrantes Argentinos 2020*, ENMA.

En este marco, nuestra pregunta es si las mujeres migrantes regionales han sido discriminadas del acceso a la salud en sentido amplio y estricto. Para responder en sentido amplio, comenzaremos indagando si accedieron a la protección de sus derechos sociales (trabajo, seguro social, alimentos, agua, vivienda, entre otros) durante la pandemia, De acuerdo a ENMA, “en el contexto de pandemia, el 53% de las personas migrantes perdió parcial (17%) o totalmente (36%) sus ingresos ante la llegada de la Covid 19⁹” “Además, el 51% de la actividad laboral realizada por migrantes no pareciera estar registrada, principalmente para personas que no cuentan con una situación documentaria favorable (76% de las personas sin DNI no trabaja de manera registrada..”

Estos indicadores de precariedad laboral, según el estudio de Bidaseca (2020), se incrementan por segmentación entre mujeres afrodescendientes, trans/travesti, originarias, migrantes, mostrando cómo se entremezclan la raza, la clase social, la edad, el factor geopolítico, el género y la diversidad en la discriminación:

Entre las principales dificultades enfrentadas, la que más se expresó fue: conseguir trabajo, viviendo de trabajo precario o “changas” entre las mujeres trans/travesti (44,4%); alcanzando el 36,4% para las originarias; el 33,8% para las mujeres rurales; el 32,8% para las afrodescendientes y el 23,5% para las mestizas. Bidaseca (2020).

El relevamiento de la situación habitacional de las personas migrantes arroja que el 51% no cuenta con acceso alguno de los tres servicios mínimos: agua potable (13,8%), red cloacal (40%) y gas (38,5%). Con relación a la tenencia de la propiedad, el 52% de les migrantes se encuentra en una vivienda propia o de alguien de la familia. También se destaca la exclusión mayor que sufren las mujeres trans para el acceso a vivienda: “Para las mujeres trans/travestis urge además resolver el riesgo habitacional, ya que se han incrementado los desalojos, como el acceso a recursos institucionales” (Bidaseca, 2020, 16)

Asimismo, al igual que aumenta la precariedad laboral por entrecruzamiento de variables étnica, edad, diversidad de género, diversidad funcional, clase social, entre otras; también aumenta la crisis de cuidados (84%) durante el aislamiento social. Si bien esta desigualdad en cuidados atraviesa a todas las mujeres; en el caso de las migrantes, con precariedad laboral, jefas de hogar y al cuidado de numerosos hijos a su cargo, y sin instituciones ni redes sociales comunitarias y familiares que medien para su cuidado, la crisis de pandemia repercutió en su salud emocional: *el estar preocupada (44,6%) y sobrecargada (31,7%) fueron los más mencionados*. Más adelante, esta preocupación se transformará en depresiones y problemas psiquiátricos a partir de las desigualdades de género en el cuidado, siendo estas mujeres quienes más sufrieron la sobrecarga y ausencia de redes de contención en pandemia; como así también en violencia intrafamiliar y violencia institucional, por encontrarse en la base de la pirámide de cuidados.

Precisamente en relación a la contención social de migrantes, sólo un 20% declaró haber accedido al Ingreso Familiar de Emergencia (IFE)¹⁰ El 67% de les migrantes no percibe ningún apoyo social o económico, ya sea de parte del Estado argentino, de organismos internacionales o de organizaciones de la sociedad civil. De acuerdo a ENMA; existe una estrecha vinculación entre migración reciente, pobreza e indigencia, que debería ser contemplada en el diseño de las *políticas públicas de contención y emergencia* dirigidas a estos segmentos con acuciante vulnerabilidad socioeconómica. Según la investigación de Bidaseca (2020), las mujeres migrantes constituyeron el grupo de mujeres que, junto con las afrodescendientes, presentaron mayores dificultades en acceder a las políticas públicas y beneficios sociales.

La discriminación resulta claramente agravada en las migrantes con rasgos fenotípicos indígenas, como queda demostrado en los siguientes números:

La discriminación se encuentra asociada también a rasgos fenotípicos, como lo indica la incidencia étnica: la discriminación es mayor en colectivos de ascendencia asiática (86%), africana (83%) u originaria amerindia (76%), que entre quienes no se reconocen en ninguna de las anteriores categorías (66%). Teniendo en cuenta los espacios donde se experimentaron las situaciones de discriminación, se relevaron “en la calle” (37%), “en los medios de comunicación” (29%), “en el trabajo” (29%), “cuando realizo trámites en alguna oficina del Estado” (26%) y “en grupos sociales”.

En relación al acceso a la *salud hospitalaria y discriminación*, el 46% de las migrantes indicó que basan su atención de salud principalmente en el sistema público de salud (SPS), y el 33% de las personas encuestadas experimentó problemas en la atención sanitaria hospitalaria al menos alguna vez (ENMA; 2020) La confluencia de etnia, factor geopolítico, clase social, género y edad fueron factores de peso en esta discriminación:

El 65% de las personas encuestadas ha experimentado al menos una vez una situación de discriminación en Argentina a causa de su condición de migrante o su aspecto físico. Por otra parte, las mujeres migrantes han sufrido en mayor medida (71%) situaciones de discriminación, en comparación con los varones encuestados (59%). Las migrantes encuestadas más jóvenes, de 18 a 34 años, indicaron en mayor proporción (38%) haber sido víctimas de violencia de género que sus pares mayores, presentándose una gran diferencia entre éstas y las mujeres de más de 55 años, para quienes la proporción desciende al 22%.” “En lo que respecta al ejercicio de su autodeterminación en salud sexual y reproductiva, la limitación del tratamiento de situaciones de embarazo en los barrios urbanos populares se expresó en el 0,3% en la muestra urbana por las dificultades para acceder a ILE (Interrupción Legal del Embarazo), siendo las mujeres migrantes las que respondieron la pregunta (Bidaseca, 2020).

La violencia es mayor si se considera la discapacidad a su identidad o afiliación plural. En este orden de ideas, cabe destacar mientras que a las mujeres sin discapacidad se les impone el rol de madre y esposa –y ellas reivindican romper con ese tipo de estereotipo– a las mujeres con discapacidad se les deniega tanto los roles negados a las demás mujeres como los que podrían llamarse estereóticamente femeninos (Carrasco et al, 2006). Otro ejemplo que enfrentan las mujeres migrantes con discapacidad se refiere al acceso a la salud, ya que muchas veces la dificultad aumentada que enfrentan para ir al ginecólogo y demás servicios de atención a la salud. Como consta en la “Observación General 3: mujeres y niñas con discapacidad” (2016), del “Comité sobre los derechos de las personas con discapacidad de Naciones Unidas”:

El equipo y las instalaciones de atención de la salud, incluidos los aparatos de mamografía y las camillas para exámenes ginecológicos, suelen ser físicamente inaccesibles para las mujeres con discapacidad. [...] Las barreras debidas a la actitud del personal de atención de la salud y el personal conexo pueden dar lugar a que se deniegue a las mujeres con discapacidad el acceso a servicios y profesionales de atención de la salud (ONU; 2016)

De acuerdo a Cerruti (2010), la misma falta de reconocimiento de sus derechos genera resistencias intra grupos que las conduce a no recurrir a la atención gratuita en los centros de salud, debido a que en estas instituciones sufren actitudes discriminatorias por ser mujeres mestizas, pobres, migrantes y desinformadas (Boletín de Salud, 2012). En las situaciones que acceden a la salud, como es en el momento del parto, existen numerosos casos de violencia obstétrica, siendo especialmente grave la violencia que se ejerce en las mujeres bolivianas. Por ejemplo, las mujeres migrantes discapacitadas son, a la vez, las más proclives a *sufrir abusos en la atención médica, esterilizaciones o abortos forzados, en total desconocimiento del tipo de intervención que se les efectúa, como también en desconocimiento del alcance de las mismas, descontando desde ya la falta de su consentimiento.*

Al contemplar las vidas de las mujeres migrantes con discapacidad y pensar políticas públicas destinadas a ellas con el objetivo de promover la igualdad, no cabe plantear si su factor determinante es el género, la nacionalidad o la discapacidad, pues sus experiencias como individuo no son fragmentadas (González, 2011), sino que mezclan ambos elementos de modo intrínseco, no pudiendo, el uno o el otro, ser desconsiderados al analizar la condición social o los orígenes de la discriminación que sufren. En otras palabras, al poseer una identidad socialmente considerada inferior, experimentan invisibilidad por no

corresponder al prototipo de los grupos a los que pertenece, y, en consecuencia, no ser plenamente reconocidas como miembros de estos grupos

La ley de migraciones es discriminatoria en lo referente al otorgamiento de pensiones por discapacidad¹¹. Así, en el marco de una acción judicial la Jueza Federal del Juzgado de la Seguridad Social N° 10, declaró la inconstitucionalidad de la norma que exige a las personas migrantes cumplir con 20 años de residencia continua en el país para acceder a la pensión por discapacidad, y ordenó al Ministerio de Desarrollo Social de la Nación que otorgue la pensión no contributiva a una persona de nacionalidad paraguaya que habita en Villa 15, Ciudad de Buenos Aires “La Jueza determinó que el plazo exigido es irrazonable pues se traduce en una forma de discriminación indirecta hacia las personas migrantes, ratificando la decisión de la Corte Suprema de Justicia de la Nación en el caso “Reyes Aguilera” del año 2007. Además, fundándose en los tratados de derechos humanos con jerarquía constitucional en nuestro país, afirmó que la exigencia del plazo de 20 años implica un desconocimiento del derecho a la seguridad social en el que se inscribe la pensión no contributiva por discapacidad”. De acuerdo a la sentencia no se trata de un “beneficio” discrecional, sino de garantizar los derechos sociales respetando los estándares de derechos humanos en su implementación. El acceso a esta prestación es fundamental para garantizar el derecho a la seguridad social para todas las personas sin discriminación, y esto exige también las medidas de apoyo vigentes desde el paradigma social de discapacidad. El apoyo es una medida positiva dirigida a reconocer la capacidad jurídica universal, la igualdad real en el proceso judicial, la efectiva tutela y protección de derechos de las personas con discapacidad. Este caso visibiliza las múltiples barreras que se generan la vulneración de derechos para acceder a la pensión por discapacidad. En primer lugar, exigir la residencia continua en el país como requisito para su acceso genera una barrera más para la integración socio-económica de las personas con discapacidad, en tanto se sustenta en la nacionalidad para negarle un derecho social fundamental. Por otro lado, porque profundiza las desigualdades de los/as habitantes de villas, caracterizadas por la violación estructural de derechos.

En síntesis, los datos muestran cómo el impacto negativo de la pandemia se agudiza sobre poblaciones históricamente excluidas desde las condiciones de género, clase, étnico-raciales, diversidad o de residencia, como es el caso de las migrantes regionales. Los derechos sociales y los derechos de salud de las migrantes se encuentran vulnerados. En plena pandemia su situación de abandono quedó evidenciada frente a la clara marginación de las políticas de emergencia (véase de Ortúzar, 2020). Asimismo, la falta de acceso a la vivienda, trabajo, educación, seguridad social y salud; evidencian un alto índice de discriminación entrecruzada (género y diversidad –comunidad trans-, diversidad funcional, edad, rasgos fenotípicos y etnia, clase social, entre otros). Desde una concepción amplia de salud, el no acceso a la tierra, a la vivienda, al agua potable, entre otros factores, atenta contra sus derechos básicos. Asimismo, en situación de emergencia, la pérdida de trabajo, el no acceso al IFE, a tarjeta alimentar, a pensiones por discapacidad, entre otros, responde al aumento de la situación de irregularidad a partir de la aplicación del DNU 70/2017. Dicho DNU reforzó la precariedad de regularidad de migrantes a partir de la implementación del sistema RADEX - registro electrónico de trámites de residencia-, mostrando cómo estos

dispositivos continúan actuando y generando discriminación a pesar de que este decreto fue derogado (de Ortúzar, 2020). Este es un ejemplo de cómo siguen actuando los dispositivos implementados desde el Estado, a pesar del cambio de políticas, generando vulneración de derechos para algunos y privilegios y riquezas para otros.

III. Discriminación interseccional y voces de las mujeres migrantes

A partir del estudio de la Dra. Bidaseca et al (2020)¹² y de los testimonios recolectados en el *V Ciclo de Encuentros, conferencias y debates organizado en el CIEFI (2020)*¹³ sobre salud pública con perspectiva de género e interseccional, se registran los testimonios y el sentir pensar de estas mujeres migrantes tomando en cuenta su pluriculturalidad, de forma de complementar los datos y las entrevistas analizadas precedentemente.

En primer lugar, se destaca la forma de organización comunitaria de las migrantes ante la falta de acceso a recursos sociales, tejiendo redes solidarias, respetando sus creencias y acentuando formas de cuidado comunitarias frente a la concepción predominantemente biomédica en el tratamiento de la COVID 19. Esta concepción hegemónica a nivel internacional y nacional se centró en el riesgo y la responsabilidad individual; descuidando la “vulnerabilidad social” y los lazos comunitarios de estos grupos. Al desconocer las redes comunitarias bajo las cuáles se piensan las migrantas, aquellas mujeres recientemente migradas que aún no se encuentran insertas en redes solidarias de contención, sufren la discriminación interseccional y el consecuente daño en su salud sicosocial y en las posibilidades de cuidado durante la pandemia. He aquí la importancia de partir de una concepción amplia de salud colectiva que no reduzca la atención de la salud al acceso a la tecnología y/o a la responsabilidad individual, desconociendo las necesidades sico sociales y culturales de las poblaciones.

En relación a la cosmovisión sanitaria de las migrantas regionales bolivianas y paraguayas, del análisis de Bidaseca et al (2020, p.13) se destaca positivamente cómo las mujeres rurales y originarias, algunas de las cuales forman parte del colectivo migrantes, fueron protagonistas activas en la preservación de la naturaleza, del tejido comunitario y de la espiritualidad ancestral de sus pueblos a partir de rituales. Sus saberes sobre los recursos naturales (semillas, agua y territorio) son centrales para asegurar la soberanía y seguridad alimentaria en su comunidad, defendiendo la concepción del “Buen vivir” frente a la lógica del mercado-extractivista y del patriarcado. De acuerdo a Bidaseca, “en mujeres rurales es importante reforzar los tejidos comunitarios -que en muchos casos constituyen el apoyo fundamental de mujeres que se quedaron sin trabajo durante la pandemia- y de generar y multiplicar políticas orientadas a la comercialización de los productos de la agricultura familiar.” Más allá de este hecho esperanzador que implica reconocer los saberes de las mujeres migrantes originarias para el cuidado de la tierra; preocupa el aumento de la violencia institucional hacia las guardianas de la tierra.

En el caso de las mujeres originarias, observamos sobretodo una preocupación muy grande por la *violencia institucional*. “(...) los problemas específicos que las afectan se vinculan con los conflictos territoriales y *tenencias precarias de la tierra*; las violencias institucionales incrementadas entre las mujeres originarias; el acceso a *agua potable*

y acceso a internet”. “Resolver estos problemas se torna crucial para la reproducción integrada de la vida de las mujeres y la sostenibilidad, ya que en su mayoría *son productoras de alimentos para las ciudades y sus trabajos han sido históricamente invisibles*. Garantizar la infraestructura de producción y comercialización, como mejorar la alimentación a partir de la perspectiva agroecológica, se torna urgente. (Bidaseca, 2020)

A esta violencia institucional se suma la violencia intra familiar como consecuencia de la precariedad de la situación social, recrudesciendo la percepción de esta última:

En el contexto de la pandemia, la casa se transformó en el mundo. La política antirracista que ancestralmente batalla desde la casa es fuente de inspiración para las resistencias actuales a extractivismos de todo tipo. La casa en las comunidades originarias, campesinas y de agriculturas agroecológicas implica una densificación de relaciones sociales, económicas, culturales, y desigualdades de género, intergeneracionales, etnicidades y raciales. (Bidaseca, 2020)

En el citado estudio se sostiene que estas mujeres son principalmente dañadas por el aumento de enfermedades relacionadas con el impacto del cambio climático, los productos químicos, la falta de agua potable y la imposibilidad de acceder a alimentos. Pero también se señala el peligro de aumento de la violencia intrafamiliar como consecuencia de la occidentalización de las relaciones familiares previamente comunitarias. Todo esto muestra la discriminación ejercida hacia las migrantes y la necesidad urgente de su protección por políticas sociales:

Para las mujeres migrantes, refugiadas y solicitantes de asilo, las políticas de protección social son urgentes, eliminando los criterios excluyentes y tomando medidas extraordinarias que faciliten el acceso a la documentación y los trámites de regularización migratoria durante el confinamiento. (Bidaseca, 2020).

Durante el citado Ciclo de Encuentros, conversamos con mujeres migrantes bolivianas y paraguayas del Gran La Plata, específicamente del Cinturón Frutihortícola. Dichas mujeres migrantes bolivianas han llevado adelante en pandemia el cuidado de la tierra y el cuidado de los niños y ancianos. En muchas de estas mujeres, algunas de las cuales provienen de la comunidad andina, la descomunalización y el aislamiento impactó sobre su bienestar, recrudesciendo la violencia intrafamiliar. Desde el sur, nos llega el caso de Francisca Herrera Cusi, mujer quechua hablante quien fue acusada de abandonar a sus cuatro hijos en 2018 por el Tribunal de Familia N° 1 de Comodoro Rivadavia, a cargo de la María Marta Nieto. De acuerdo a la información brindada, contra ella, mujer pobre, indígena, migrante del Estado Plurinacional de Bolivia, pesa una sentencia basada en la presunción de maltrato y cuidado negligente de los niños. En la extrema pobreza y lejos de su comunidad de origen, Francisca estaba sometida por su ex pareja a una situación de violencia física, simbólica y económica. A pesar de las pruebas y testimonios, la jueza nunca tuvo en cuenta este contexto. Tras la sentencia, los niños fueron institucionalizados y la justicia desoyó los pedidos de Francisca para vincularse con sus hijos. La CIDH interviene en el caso a partir de una presentación de la CPM, en carácter de Mecanismo Local de Prevención de la Tortura. El caso está en la CIDH” (ACNUR; 2020). En palabras de Francisca, “*cuando no podemos hablar palabra en español nos echan la culpa*”. Aquí podemos observar cómo se ejerce la discriminación interseccional en Francisca por ser

mujer pobre, indígena, hablante quechua, de la comunidad andina de Santa Cruz- es decir, por pertenecer a una región geopolíticamente desfavorecida-. Pero también como se ejerce la violencia epistémica e institucional hacia Francisca y sus hijos, la cual confluye con la violencia intrafamiliar sufrida por esta migrante en el proceso de descomunalización. El etnocentrismo ejercido en el cuerpo racializado de esta mujer constituye una marca colonial (Véase Baez, 2020), siendo su voz quechua no escuchada. Como este caso, se registran múltiples casos de violencia intrafamiliar e institucional en las mujeres bolivianas del Gran La Plata, percibiéndose el aumento de la violencia.

En el caso de las mujeres paraguayas, los casos analizados muestran que las mismas se encuentran vinculadas al sector servicios y cuidados, pero su bienestar se relaciona también con el cuidado de la tierra, de su propio terruño, de sus alimentos y animales. Por esta razón, en numerosas oportunidades sienten el desarraigo por falta de acceso a la tierra. El “no me hallo” implica el sufrimiento por un contexto que es percibido como hostil. Alejadas de sus afectos por el cierre de fronteras, sin los lazos comunitarios, estas mujeres se encuentran sin lazos sociales de contención (la comadre, la huerta, las gallinas, conejos, yuyos, etc). Asimismo, la violencia doméstica recrudece en la ciudad combinada por nuevos estímulos occidentales que la refuerzan ante la división de roles: el hombre trabaja afuera y maneja el dinero, la mujer cuida la casa y los hijos sola, sin dinero, sin posibilidad de estudios. En relación a los testimonios de discriminación, si bien las mujeres paraguayas en términos generales se encuentran agradecidas de acceder a la salud pública en los hospitales (debido a la falta de acceso a la salud en su región); se han denunciado variados casos donde se niega la atención sanitaria por carecer de DNI. Por ejemplo, a nivel regional se negó la operación a una mujer paraguaya mayor, de 64 años, que necesitaba ser operada con urgencia de la vesícula; como así también a un niño recién nacido que necesitaba una cirugía correctora para poder caminar. Las razones dadas fueron administrativas, pero éstas esconden un fuerte racismo sustentando en la figura del migrante como delincuente, como aquel que usurpa nuestros recursos y servicios. Este discurso ha sido utilizado también a nivel político para justificar el cierre de fronteras y/o la estigmatización del migrante como delincuente para su deportación.

Por otra parte, una de las barreras que se presenta en el acceso a la salud se relacionan también con la *justicia epistémica*, con la falta de intérpretes y el desconocimiento de la diversidad lingüística en zonas claves donde se asientan las comunidades de migrantes con orígenes étnicos indígenas. Muchas de estas mujeres migrantes, proveniente de comunidades campesinas, sólo hablan quechua o guaraní, es decir no son hispano hablantes. Este abismo cultural en que se encuentran sumergidas, este proceso de aculturación que sufren ante el choque de costumbres en los suburbios de las grandes ciudades donde se encuentra concentrada la “mano de obra barata” contrasta con sus formas de vida en su comunidad, en su terruño, añorándose su cultura, sus saberes, su sentir-pensar en su lengua madre. En estos cuerpos esclavizados en sectores de servicios encontramos las marcas coloniales estructurales. Las mujeres descendientes de comunidades indígenas son racializadas, ubicándolas en un lugar de subordinación, conjuntamente con las mujeres negras, mestizas, opuestas al modelo heterosexual blanco y burgués elegido para la migración en el plan nacional. Mostrar el origen histórico de estas opresiones permite

visibilizar las mismas, y la falsedad del binarismo: primitivo/civilizado; mágico/científico, tradicional/moderno. Su voz no es escuchada, siendo silenciada. En la propia figura de la migrante encontramos diversas formas de dominación y desigualdades sociales ligadas a la clase, la raza y el género; a lo que también debemos incorporar lo etario y el sistema de creencias, como es el caso andino, y también la diversidad funcional y la diversidad de género, mencionada precedentemente en la marginación de migrantes discapacitados y comunidad trans.

Reflexión final

La discriminación interseccional que sufren las migrantes regionales no es un hecho novedoso, sino histórico. Se hace necesario repensar la igualdad en salud desde sus dimensiones complejas, visibilizando las múltiples desigualdades que atraviesan a las mujeres migrantes. Para el tratamiento de las *múltiples opresiones y violencias*, comprendidas como el efecto del entrecruzamiento de distintas relaciones de dominación que producen jerarquías, privilegios y desigualdades estructurales (Parra, 2021), se trata de evitar que estas desigualdades queden sedimentadas y naturalizadas. Al respecto, los estudios en torno al enfoque interseccional nos permiten escuchar la diversidad de voces, tantas veces silenciadas y oprimidas, y propiciar nuevos sujetos políticos. El derecho a la salud, pensado en un contexto socioculturalmente complejo y plural, implica una idea de igualdad que no inferiorice socialmente ni homogeneice culturalmente, e incorpore la dimensión de justicia epistémica. A la erosión de los fundamentos económico-sociales de la salud pública se articula la negación del reconocimiento a la dimensión cultural del derecho a la salud, que afecta especialmente a los pueblos originarios y campesinos, pero también a los sectores populares urbanos migrantes, inmigrantes, mestizos o de pueblos originarios en ámbito urbano. Hace falta también aquí una noción fuerte de diálogo intercultural que involucre activamente las ideas de relación con la naturaleza y sus incidencias en la salud de los pueblos originarios y campesinos, los saberes prácticos al respecto de las comunidades tradicionales y originarias (de Ortúzar, 2019).

He aquí la importancia de cuestionar las relaciones entre vulnerabilidad, discriminación interseccional, justicia epistémica y diálogo intercultural en el campo del derecho a la salud de las mujeres migrantes regionales. En la tan mentada gobernanza en salud en nuestra región la gobernanza reflexiva busca establecer instrumentos institucionales para lograr una forma más crítica del sistema de gobernanza, descansando en el modelo de diálogo auténtico como una forma de legitimar las decisiones políticas de la democracia deliberativa. Sin embargo, existen aspectos críticos de la gobernanza que han sido señalados anteriormente: 1 relación hegemónica al interior del mundo colonial; 2 crítica encubierta y desplazamiento del rol del Estado democrático (distribución de recursos y reconocimiento de derechos de la ciudadanía); 3 distinción entre la participación en el interior de la “gobernanza” y la libre participación de la sociedad civil para ejercer independientemente el poder de control y apertura (movimientos sociales). Aquí podemos señalar dos usos de participación: uno formal, institucional, y otro propio de los movimientos sociales, de base. En el primer uso, el problema es la asimetría de poder que se da en el sistema de

salud, sumada a la injusticia epistémica, que impediría a las mujeres migrantes participar en los Consejos para que su voz sea escuchada. Esta asimetría impide la equidad, en tanto los más débiles no serán escuchados en las decisiones sanitarias. Si bien el requisito de la inclusividad tendería a revertir esta situación desde el punto de vista normativo, las asimetrías de poder en el mundo contemporáneo muestran que no basta con la inclusión formal de los más débiles. Por lo tanto, no pueden cumplirse las condiciones de inclusividad y legitimidad del diálogo auténtico. La Organización Mundial de la Salud -OMS- definió la participación de actores a los cuales les concierne la definición e implementación de políticas y prácticas que promueven sistemas de salud equitativos y sostenibles. En términos generales, el modelo de gobernanza en salud propone la creación de nuevos espacios públicos horizontales de participación ciudadana, de organizaciones privadas y corporaciones, para la toma de decisiones del sistema de salud. Supone, en primer lugar -al igual que la definición de gobernanza- un cambio social o una nueva forma de sistema sanitario, donde los pacientes asumen nuevos roles en su relación con los profesionales. Se trata de incorporar formas de participación directa en los procesos de decisiones, individual (decisiones por participación activa del paciente) colectiva (decisiones sanitarias por participación de representantes de asociaciones de pacientes)

Desde los movimientos sociales, se postula otro concepto de participación activa y diálogo de saberes. Al respecto, la crítica de Young (2005) a Fraser (3006) modificó la pregunta por la justicia, la cual hacemos extensiva a salud. La misma se centra en definir el marco transformador integrado por el grupo de los afectados, uniendo el *quién y el cómo* en la dimensión política. El problema de justicia redistributiva se desplaza al reconocimiento (quién cuenta como sujeto de la justicia) buscando la representación para explicar las injusticias en el plano político. En palabras de Fraser, esta justicia integral y democrática defendería la paridad participativa. Esta requiere dos condiciones tanto a nivel intergrupual como intragrupal: 1- objetiva (material), distribución de recursos materiales para asegurar la independencia y voz de todos los participantes; 2. intersubjetiva (simbólica), exige patrones de valor cultural que expresen respeto a todos los participantes y garanticen la igualdad de oportunidades para conseguir la estima social (centrados en la posición relativa de minorías frente a mayorías). La paridad participativa promueve la deliberación pública sobre cuestiones de justicia, en *términos dialógicos con los afectados*. Tanto la ciudadanía como los derechos están siempre en proceso de construcción y cambio. A esta última condición, consideramos necesario anexarle la justicia epistémica, tanto en el testimonio como hermenéutica, para la apertura a saberes tradicionales y la escucha de la voz de las migrantes en salud

El análisis precedente de la discriminación interseccional de migrantes en pandemia mostró la histórica responsabilidad social en el derecho a la salud de estas mujeres por la asimetría de poder entre el blanco y las migrantes con rasgos fenotípicos indígenas, y la estigmatización de estas últimas. Aquí el Estado toma partida por el blanco, centro del proyecto de Nación, ignorando la visión pluricultural e imponiendo un monismo jurídico e ideológico. “Pensar al género siempre como etnizado, siempre racializado, siempre influido por la clase y así sucesivamente” (Anthias, 2006: 64) De esta manera se construyen estereotipos

de mujeres migrantes, como es el caso de las mujeres bolivianas, y en este proceso las mismas mujeres asumen la identidad que se les asigna, dificultando la toma de conciencia y articulación de medidas en contra de situaciones abusivas de todo tipo que puedan atravesar las mismas (agresión física, insultos, prohibiciones de trabajar, entre otras).

En este sentido, la “justicia en salud” implica actuar sobre la complejidad de problemas que inciden en la salud, incluyendo la naturaleza, el modelo social productivo, los problemas de poder, género y abordaje intercultural (demodiversidad en salud), y la integración de saberes. La revalorización de conceptos propios como “buen vivir”, proveniente de la tradición indígena, permite replantear la finalidad social de la justicia en salud, y exige la misma transformación del modelo productivo que produce relaciones insalubres con los otros, con el entorno social, con la misma naturaleza, afectando principalmente a los excluidos. Para que un análisis interseccional resulte útil, debe nutrirse de las vivencias y las posturas de las mujeres en toda la gama de sus identidades, y entre estas últimas a las inmigrantes y a las de distintas razas. Las ‘sujetas’ del desarrollo —no los ‘expertos’ extranjeros— deben sentarse a la mesa de discusión e involucrarse en la elaboración de análisis y de las formas de intervención.” Por ello, para contrarrestar la vulneración de derechos producida desde el mismo Estado Nación, promovemos la pluriculturalidad situada y la transformación del sistema de salud a través de la participación activa de redes de mujeres migrantes. La salud es un derecho básico e inalienable para todo habitante. Para su defensa no basta con la instrumentalización de consejos participativos en el sistema sanitario. Se hace necesario crear redes de resistencia territorial para la participación comunitaria de género en la región, de modo de evitar la tipificación y atomización individual y favorecer cuidados comunitarios.

Referencias bibliográficas

- Bidaseca, K., Guimaraes Costa, M., Brighenti, M. y Ruggero, S. (2020) Diagnóstico de la situación de las mujeres rurales y urbanas, y disidencias en el contexto de COVID-19, en el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación, el CONICET, y el Ministerio de las mujeres, Géneros y Diversidad.
- Carrasco, M., García, P. y Moya, A. (2006). Discriminación en mujeres con discapacidad: una propuesta de prevención e intervención educativa. *Educatio*, 24, 99-122.
- Collective [1977] (1982). A Black feminist statement. En G. Hull, P. Scott y B. Smith (coords.), *All The Women are white, all the blacks are men, but some of us are brave: Black women's studies* (pp. 13-22). New York: The Feminist Press.
- 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.
- Crenshaw, K. (1991). Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence Against Women of Color. *Stanford Law Review*, 43, 1241-1299.
- Crenshaw, K. (2017). *On Intersectionality: Essential Writings*. New York: The New Press.
- Cruells, M. y La Barbera, M. C. (2016). ¿Qué factores favorecen la incorporación de la interseccionalidad en la praxis jurídica? En M. C. La Barbera y

- M. Cruells, *Igualdad de género y no discriminación en España: evolución, problemas y perspectivas* (pp. 529-553). Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales.
- Davis, A. (1981). *Women, Race and Class*. New York: Vintage.
- De Ortúzar, M. G y Médici, A. (2019). El derecho a la salud como derecho humano. Abordaje conceptual transdisciplinar. En M. Cristeche y M. Lanfranco Vázquez, *Investigaciones Sociojurídicas contemporáneas* (pp. 57-78). Ed. Malisia.
- De Ortúzar, M. G. (2021). ¿Migrantes vulnerables? Políticas de migración y derecho a la salud en Argentina”. *Revista Cadernos de Campo*, 30. Recuperado <https://periodicos.fclar.unesp.br/cadernos/announcement/view/59>
- De Ortúzar, M. G. (2020). Citizenship and human rights of latin american migrants in the context of health care emergency for covid 19. *Política, globalidad y ciudadanía*, 7(13), 287 - 313
- De Ortúzar, M. G. (2020). 5º Ciclo de Encuentros, Conferencias y Debates sobre Ética, Ciencia y Política Puentes interdisciplinarios para el diálogo intercultural con mirada de género en salud. CIEFI, CONICET, UNLP, UNPA.
- De Ortúzar, M. G. (2016). Justicia global, acceso a TIC, determinantes sociales y discapacidades, en *Actas del Simposio de Informática y Derecho, JAIO*. Disponible en <http://45jaiio.sadio.org.ar/cais>
- Elias, N. (1998) Ensayo teórico sobre las relaciones entre establecidos y marginados. En *La civilización de los padres y otros ensayos*. Bogotá: Norma.
- European Commission (2007). *Tackling Multiple Discrimination: Practices, Policies and Law*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- European Union Agency For Fundamental Rights (2011). EU-MIDIS, European Union Minorities and Discrimination Survey. Data in Focus Report 5: Multiple Discrimination. Vienna: European Union Agency for Fundamental Rights.
- Ferree, M. (2009). Inequality, intersectionality and the politics of discourse. En E. Lombardo, P. Meier, y M. Verloo (coords.), *The Discursive Politics of Gender Equality: Stretching, Bending and Policy Making* (pp. 86-104). London: Routledge.
- Garry, A. (2011). Intersectionality, metaphors, and the multiplicity of gender. *Hypatia*, 26, 826-850.
- Graham, E. et al. (coords.) (2008). *Intersectionality and beyond: Law, power and the politics of location*. London: Routledge.
- Greenwood, R. y Aidan Christian, A. (2008). What happens when we unpack the invisible knapsack? Intersectional political consciousness and inter-group appraisals. *Sex Roles*, 59, 404-417.
- Hancock, A. (2007). When multiplication doesn't equal quick addition: Examining intersectionality as a research paradigm. *Perspectives on Politics*, 5(1), 63-79.
- Hannett, S. (2003). Equality at the intersections: The legislative and judicial failure to tackle multiple discrimination. *Oxford Journal of Legal Studies*, 23(1), 65-86.
- Harding, S. (ed.) (2004). *The Feminist Standpoint Theory Reader: Intellectual and Political Controversies*. New York: Routledge.
- Hill Collins, P. (1990). *Black Feminist Thought. Knowledge, consciousness, and the politics of empowerment*. London: Routledge.
- United Nations (2000). *Report of the Committee on the Elimination of Racial Discrimination, General Assembly, Official Records Fifty-fifth Session Supplement No. 18 (A/55/18)*.

- Verloo, M. (2006). Multiple inequalities, intersectionality and the European Union. *European Journal of Women's Studies*, 13(3), 211-228.
- Winker, G. y Degele, N. (2011). Intersectionality as multi-level analysis: Dealing with social inequality. *European Journal of Women's Studies*, 18(1), 51-66.
- Yuval Davis, N. (2006). Intersectionality and feminist politics. *European Journal of Women's Studies*, 13(3), 193-209.
- Fraser, N. (2011). ¿De la redistribución al reconocimiento?: Dilemas en torno a la justicia en una época "postsocialista". En N. Fraser, M. A. Carbonero Gamundí y J. Valdivielso Navarro (Ed.), *Dilemas de la justicia en el siglo XXI: género y globalización* (pp. 217-254).
- Fraser, N. y Honneth, A. (2006). *¿Redistribución o reconocimiento?*. Madrid: Morata.
- González Rams, P. (2011). *Las mujeres con discapacidad y sus múltiples desigualdades; un colectivo todavía insivibilizado en los Estados latinoamericanos y en las agencias de cooperación internacional. Congreso Internacional 1810-2010: 200 años de Iberoamérica*. XIV Encuentro de Latinoamericanistas Españoles, 2737-2756.
- Gregorio Gil, C. (1998). El estudio de las migraciones internacionales desde una perspectiva de género. *Migraciones*, 1.
- Hall, S. (2010). El espectáculo del Otro. *Sin Garantías. Trayectorias y problemáticas en estudios culturales*. Envió Editores.
- Magliano, M. (2009). Migración, género y desigualdad social. La migración de mujeres bolivianas hacia Argentina. *Estudios Feministas*, 17(2), 349-367.
- Magliano, M. J. (2015) Interseccionalidad y migraciones: potencialidades y desafíos. *Estudios Feministas*, 23(3), 406.
- Moreda, N. (2015). *Mujeres con discapacidad en sociedades pobres: la triple discriminación*. Argentina: Universidad Nacional de Quilmes.
- Nussbaum, M. (2007). *Las fronteras de la justicia: Consideraciones sobre la exclusión*. España: Paidós.
- Palacios, A. (2008). *El Modelo Social de Discapacidad: orígenes, características y plasmación en la Convención Internacional sobre Derechos para personas con discapacidad*. Colección CERMI (32). España: Ed. Cinca.
- Platero, L. (2014). Metáforas y articulaciones para una pedagogía crítica sobre la interseccionalidad. *Quaderns de Psicologia*, 16(1). Recuperado de <http://www.quadernsdepsicologia.cat/article/view/1219>
- Pelletier, P. (2014). La "discriminación estructural" en la evolución jurisprudencial de la Corte Interamericana de Derechos Humanos. *Revista IIDH*, 60, 201-215. Recuperado de <https://revistas-colaboracion.juridicas.unam.mx/index.php/revista-instituto-interamericano-dh/article/viewFile/8518/76157>
- Servicio Nacional De Rehabilitación. (2016). *Anuario Estadístico Nacional*. Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/anuario-2016.pdf>
- Sorgi Rosenthal, M. y Calderón García, J. (2017). La pensión no contributiva por invalidez bajo el enfoque de derechos humanos. *El Derecho: Diario de Doctrina y Jurisprudencia*, LV(14.167), 1-5.
- Tilly, C. (2000). *La desigualdad persistente*. Buenos Aires: Manantial.
- Todorov, T. (1998). *La conquista de América. El problema del otro*. Madrid: Siglo XXI.
- Williams, R. (1997). *Marxismo y literatura*. Buenos Aires: Manantial.

Notas

- 1 Derecho al disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Art. 12); Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales – Protocolo de San Salvador (Art. 12); Observación general N° 14 (2000), El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, reglamentaria del artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC de la ONU); Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Primer y segundo párrafos); Los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)- Agenda 2030 (ONU – ODS N° 3°); Los Principios de Yogyakarta sobre los DDHH en relación con a la orientación sexual y la identidad de género (Principio 17).
- 2 Declaración Universal de Derechos Humanos (Art. 25.1); Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (Art. 12); Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (Art. XI); Constitución Nacional (Arts. 33, 42, 75, Inc. 22); Ley 23.661 del Seguro de Salud (Arts. 1° y 2°).
- 3 En un claro avance sobre la concepción de la salud, los debates teóricos y políticos de los últimos cuarenta años giran en torno a repensar la salud en relación a los determinantes sociales, mostrando desde la epidemiología cómo las desigualdades sociales generan desigualdades en salud. Esta concepción nos lleva a ampliar el concepto de salud (salud social o colectiva) y a estudiar no sólo a los individuos y a sus agentes patógenos, sino también los factores o determinantes psicosociales. Fenómenos como el estrés crónico, producto de los enormes cambios en el ambiente en el que vivimos, muestran la ineficiencia de un modelo médico biológico concentrado en los síntomas corporales, que prescinde de abordar los vínculos de las enfermedades con el medioambiente y los factores psicosociales y productivos. En este sentido, el mayor conocimiento que se tiene de la influencia de los factores psicosociales en la salud (Wilkinson, 2009; Breihl, 2013), ha permitido no sólo mostrar las limitaciones del modelo biomédico dominante (de Ortúzar, 2014; 2015; 2016), sino también dejar en claro que la política sanitaria no puede reducirse a la simple asistencia sanitaria (la atención de la salud no se reduce a la atención hospitalaria)
- 4 Para un análisis crítico de la interseccionalidad en migraciones véase Magliano, M. J, “Interseccionalidad y migraciones: potencialidades y desafíos”, *Estudios Feministas*, Florianópolis, 23(3): 406, setembro-dezembro/2015
- 5 Sobre el término discriminación, es importante distinguir la discriminación simple, múltiple e interseccional. La *Convención Interamericana contra toda forma de Discriminación e Intolerancia* (AÑO) comprende bajo el término discriminación: “cualquier distinción, exclusión, restricción o preferencia, en cualquier ámbito público o privado, que tenga el objetivo o el efecto de anular o limitar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de uno o más derechos humanos o libertades fundamentales consagrados en los instrumentos internacionales aplicables a los Estados Partes...” (Art. 1.1 primer párrafo). Asimismo, la citada convención establece que la misma puede estar basada en “motivos de nacionalidad, edad, sexo, orientación sexual, identidad y expresión de género, idioma, religión, identidad cultural, opiniones políticas o de cualquier otra naturaleza, origen social, posición socioeconómica, nivel de educación, condición migratoria, de refugiado, repatriado, apátrida o desplazado interno, discapacidad, característica genética, condición de salud mental o física, incluyendo infectocontagiosa, psíquica incapacitante o cualquier otra.” (Art. 1.1 segundo párrafo). No obstante, la *discriminación* no sólo responde a alguno de estos factores. La misma puede ser *múltiple o agravada*, cuando: “la preferencia, distinción, exclusión o restricción se encuentra basada en dos o más de los motivos mencionados anteriormente u otros reconocidos en instrumentos internacionales que tenga por objetivo o efecto anular o limitar, el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de uno o más derechos humanos o libertades fundamentales consagrados en los instrumentos internacionales aplicables a los Estados Partes, en cualquier ámbito de la vida pública o privada.” (Art. 1.3).

- 6 Deborah Grey White (1987) y Patricia Hill Collins (2000) hablan de una encrucijada de ideologías que desde la esclavitud ha definido a las mujeres negras como inferiores con respecto a personas de piel blanca y a sus compañeros negros
- 7 En relación a la discriminación por género, si bien se ha avanzado en normativas internacionales y regionales que cito a continuación, la lucha dada por los movimientos sociales en las calles es un ejemplo de conquista colectiva de derechos humanos que no cesa con su mero reconocimiento legal. Cito: *Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW - ONU - 1979)*. *Conferencias: Primera Conferencia Mundial de la Mujer (Méjico - 1975)*; *Segunda Conferencia Internacional de la Mujer (Copenhague, 1980)*; *Tercera Conferencia Mundial de la Mujer (Nairobi, 1985)*; *Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995)*. *Los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)- Agenda 2030 (ONU - ODS N° 5°)*; *Declaración sobre la Igualdad de Género en la Medicina (Asociación Médica Mundial, 2018)*. *Declaraciones de la Organización Mundial de la Salud: Avanzar en género, equidad y derechos humanos a través de programas y políticas (OMS)* (<https://www.who.int/activities/advancinggender-equity-and-human-rights-through-programmes-and-policies>); *Cerrar brechas de datos en género (OMS)* (<https://www.who.int/activities/closing-data-gaps-in-gender>). *Los Principios de Yogyakarta sobre los DDHH en relación con la orientación sexual y la identidad de género (Principio 1)*.
- 8 Los seguros comerciales de salud para migrantes se fomenta a nivel internacional como condición del otorgamiento de la residencia; implementándose tanto en países con tradición privatista en salud, como Estados Unidos, y también en países con tradiciones igualitarias, como ocurre en Ecuador.
- 9 La ENMA evidencia que solo el 29% de las personas migrantes se encontraba trabajando en relación de dependencia o con un salario fijo antes de la irrupción del COVID-19 en Argentina. Un 37% de les migrantes señaló que su situación laboral es inestable, distribuyéndose en changas o trabajo informal esporádico (15/16%); trabajo estacional (4%), no remunerado (6%) o desempleada (11%). Del restante, 22% trabaja de forma independiente y 37% en relación de dependencia.
- 10 El 82% de las personas migrantes no accedió al IFE: a un 23% le denegaron el subsidio; 20% manifestó que no cumplía con los requisitos reglamentarios y el 13% directamente no pudo registrarse. Solo el 15% de las personas encuestadas percibe alguna ayuda del Estado, aun cuando en la franja etaria más joven (18- 34) asciende a un 41%.
- 11 En este sentido, podemos mencionar que las pensiones no contributivas para personas con discapacidad creada por la Ley nacional N° 13.478 y reglamentada por el Decreto N° 432/97 prevén como requisito para su acceso que “Los extranjeros deberán acreditar una residencia mínima continuada en el país de veinte (20) años” (conforme al art. 1° inc. d. del Anexo I del Decreto 432/97). Claramente, este requisito viola el principio de no discriminación e igualdad, ya que no está previsto para los nacionales (para quienes el decreto sólo exige la residencia en el país; art. 1°, inc. d]). Y respecto de las personas naturalizadas, presupone un lapso de residencia sensiblemente menor (cinco años, conforme el citado art. 1°, inc. d]). Estas exigencias subsisten a pesar de que el art. 2.2 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales y art. 1.1 de la Convención Americana de Derechos Humanos y demás tratados de derechos humanos reconocen que los Estados parte se comprometen a garantizar el ejercicio de los derechos sin discriminación alguna por motivos de origen nacional, nacimiento o cualquier otra condición social. En este orden de ideas, idéntico requisito de residencia exige la Pensión Universal para Adulto Mayor (PUAM) encontrándose, además de lo señalado anteriormente, en abierta contradicción con los arts. 4 y 5 de la Ley N° 25.871, los que señalan la igualdad de trato y acceso a los derechos que debe garantizar el Estado argentino
- 12 Bidaseca CONICET (Aragão Guimarães Costa (FSOC-UBA) Dra. Brighenti (IDAES|UNSAM) Mter. Ruggiero (FSOC-UBA)) elaboró un “Diagnóstico de la situación de las mujeres rurales y urbanas, y disidencias en el contexto de COVID-19”, 2020, en el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación, el CONICET, y el Ministerio de las mujeres, Géneros y Diversidad

- 13 5° Ciclo de Encuentros, Conferencias y Debates sobre Ética, Ciencia y Política “Puentes interdisciplinarios para el diálogo intercultural con mirada de género en salud”, CIEFI, 2020, Dirigido por M. Graciela de Ortúzar, CONICET; UNLP, UNPA.