

Derecho a la participación cultural como dimensión del acceso a la salud. Personas migrantes y derechos humanos

Right to cultural participation as a dimension of access to health. Migrants and Human Rights

 Laura Gottero

Universidad Nacional de Lanús - Argentina
Lanús, Argentina
lgottero@unla.edu.ar

RESUMEN

El artículo propone sistematizar y analizar el lugar del derecho a la participación cultural en la configuración del derecho a la salud como derecho humano, a partir del entramado de normas y acuerdos construidos en la comunidad internacional, focalizando en el caso de las personas migrantes. A partir de la compilación y revisión crítica del material documental y normativo elaborado en los sistemas internacionales de protección sobre la temática, se reflexiona sobre cómo el derecho a la participación cultural y la valoración de la interculturalidad resulta una dimensión de alta relevancia en la concreción del derecho a la salud como derecho humano para los/as migrantes. El armado metodológico del trabajo se sustenta en un diseño combinado que articula análisis del discurso, enfoque de derechos humanos como abordaje metodológico, y la propuesta de las Epistemologías del Sur. Esta última perspectiva resulta de utilidad en función de la perfectibilidad de los sistemas de protección y del desafío que implica ahondar en el alcance de las principales dimensiones de los derechos humanos (universalidad, accesibilidad, interdependencia, progresividad) de allí su condición de progresividad y el impacto sobre la interdependencia. Este trabajo propone un diálogo entre el enfoque de derechos humanos y las epistemologías del Sur que permita sostener el nivel de obligatoriedad que aquél reviste para los Estados, a pesar de ser un abordaje hegemónico, con una constante contrapartida reflexiva que aborde con una mirada alternativa y crítica su contenido. Una mirada Sur-Sur en la discusión permitirá contrarrestar cristalizaciones y generalizaciones propias del poder que emanan los instrumentos de derechos humanos en virtud de sus condiciones de producción y circulación.

Palabras clave: participación cultural; derecho a la salud; derechos humanos; migración

ABSTRACT

The article proposes to systematize and analyze the place of the right to cultural participation in the configuration of the right to health as a human right, from the framework of norms and agreements built in the international community, focusing on the case of migrants. Based on the compilation and critical review of the documentary and normative material elaborated in the international protection systems on the subject, we reflect on how the right to cultural participation and the valuation of interculturality is a highly relevant dimension in the realization of the right to health as a human right for migrants. The methodological framework of the work is based on a combined design that articulates discourse analysis, the human rights approach as a methodological approach, and the proposal of the Epistemologies of the South. The latter perspective is useful in terms of the perfectibility of protection systems and the challenge implied in delving into the scope of the main dimensions of human rights (universality, accessibility, interdependence, progressiveness), hence their progressive nature and the impact on interdependence. This paper proposes a dialogue between the human rights approach and the epistemologies of the South that allows sustaining the level of obligation that it has for the States, despite being a hegemonic approach, with a constant reflexive counterpart that addresses its content with an alternative and critical view. A South-South approach to the discussion will make it possible to counteract the crystallizations and generalizations inherent to the power emanating from human rights instruments by virtue of their conditions of production and circulation.

Keywords: cultural participation; right to health; human rights; migration

1. Introducción

La conceptualización de los derechos humanos implica la reflexión sobre sus aspectos constitutivos y la manera en la que entran en juego en desafíos de protección específicos. De manera particular, el principio de progresividad de los derechos humanos implica que cada derecho debe avanzar en su alcance, en su profundidad y en la complejidad de dimensiones que articula para garantizar el acceso en condiciones de igualdad y no discriminación. En simultáneo, el principio de interdependencia indica que, cuando un derecho humano es afectado, existen otros derechos asociados que también reciben el impacto de esa intervención o influencia, sea ésta positiva o negativa (Kawabata, 2003). Este planteo conceptual general es el punto de partida de este trabajo, que plantea la interrelación del derecho a la salud y el derecho a la participación cultural, en tanto el primero requiere de la garantía sobre el segundo para que el proceso de salud-enfermedad-atención pueda ser abordado de manera igualitaria y respetuosa. En este artículo se ha hecho foco en el caso de las poblaciones migrantes, aunque se tiene en cuenta que esta vinculación es imprescindible también para la consideración de otros grupos sociales y de las prácticas culturales de una sociedad en general.

Siguiendo esta idea inicial y estructurante del trabajo, la pregunta que guía la investigación es de qué modo la producción normativa y documental de los sistemas de protección —en especial, el universal y el interamericano— tematizan el derecho a la participación cultural cuando abordaron el derecho a la salud de poblaciones migrantes. Esto quiere decir que las modalidades de enunciación del derecho a la participación cultural como aspecto del acceso a la salud, en el contexto de la comunidad internacional, obliga a los Estados a observar esta vinculación de maneras específicas, que configuran su responsabilidad de respeto, protección y garantía de los derechos humanos.

Esta indagación encuentra su pertinencia y fundamentación conceptual y política a partir de los numerosos trabajos que señalan desafíos y vacancias del respeto a la diversidad cultural en los procesos de atención de salud, cuyas consecuencias van desde la “deserción sanitaria” de personas que necesitan información y cuidados sobre su salud, hasta la discriminación y el destrato institucional sobre la base de prejuicios y estereotipos frente a prácticas culturales desconocidas o desvalorizadas. Parte de esas situaciones tienen sus condiciones de producción en representaciones cristalizadas y uniformes de la idea de cultura, tal como señalan Baeza, Aizenberg y Barría Oyarzo (2019); en consecuencia, las construcciones sociales sobre prácticas culturales distintas se extrañan de la idea de diversidad, y generan barreras e influencias negativas para los procesos de atención. No obstante, tal como explican Langdon y Wilk (2010), ello omite que los mismos sistemas de salud están enraizados en determinadas configuraciones culturales, de las cuales son inseparables porque, de articular con otras formas de cultura, necesariamente aquéllos serían transformados. De manera particular, cuando se enfocan los sistemas de salud con relación a la migración, la atención puesta en el ciclo migratorio o en las características de la población que necesita atención e interacción con los servicios de salud requiere también la consideración de cómo estos se imbrican en lógicas de acumulación del capital y del poder, en las que las personas migrantes también son “materia prima” de ese esquema y, por lo tanto, su rendimiento integral es un valor de cambio en el contexto de las representaciones y discursos que las tematizan como migrantes (Piñones-Rivera, Liberona Concha y Leiva Gómez, 2021).

De manera complementaria y con suma importancia, deben incluirse en esta introducción los trabajos que señalan cómo, en países donde rigen leyes migratorias restrictivas, la condición de irregularidad migratoria agrava los obstáculos de acceso a la salud, ya sea cuando las normas excluyen del sistema de salud a las personas migrantes que no tienen su documentación migratoria

al día, o cuando prevén para éstas un acceso de emergencia pero la llegada se encuentra igualmente desalentada porque las personas tienen miedo de visibilizarse como migrantes irregulares, puesto que temen las consecuencias que ello pueda acarrear para su vida en ese lugar de residencia (Liberona Concha y Mansilla, 2017; Bernalles, Cabieses, McIntyre y Chepo, 2017). En ese sentido, es interesante la reflexión de Michaux (2004) sobre que toda situación de salud desarrollada en un marco institucional da cuenta de la relación entre una población y el Estado; a la vez, la enfermedad es una ocasión simbólica de expresar el desencuentro entre la población o grupo social y las instituciones de salud que gestionan su cuidado desde este enfoque.

Siguiendo estas interacciones críticas entre salud, cultura y migración, este trabajo se enfoca en la relación entre el derecho a la participación cultural y el derecho a la salud desde el enfoque de derechos humanos, en articulación con la perspectiva de las Epistemologías del Sur, tomando el caso de las personas migrantes. El enfoque articulado previsto para el trabajo permite identificar una vertiente crítica de análisis que aprovecha el planteo teórico y operativo de los derechos humanos, pero en diálogo constante con la propuesta conocida como “epistemologías del Sur”, orientada a la visibilización y caracterización de las brechas que se dan entre el conocimiento producido en centros de poder y el elaborado en puntos subalternos de esquemas globales. La preeminencia del conocimiento hegemónico en dinámicas globales de poder, lo que De Sousa Santos (2002) identifica como “globalizaciones desde arriba”, profundiza el ocultamiento de eventos y razonamientos sociológicos marcados por lo alternativo y la subalternidad, por lo que es preciso ensayar una “sociología de las ausencias” para que esos contenidos emerjan en la discusión política. En el contexto de las discusiones de este artículo, ello implica visibilizar y valorizar las prácticas asentadas en la diversidad cultural como aspectos constitutivos que generan progresividad en el derecho a la salud como derecho humano, a la vez que permite la formulación e implementación de políticas multidimensionales y receptivas en el marco del funcionamiento de los sistemas de salud. Esta premisa da cuenta de que no sólo es importante para las personas migrantes lograr un acceso a la salud que respete sus pautas culturales; también para los servicios de salud y las agencias del Estado encargadas de gestionar este derecho, es de relevancia sostener la adherencia y la vinculación con todos los grupos sociales que se encuentran en un territorio, con el fin de generar indicadores sanitarios positivos y atender problemáticas de salud que requieren una intervención rápida y sensible en términos epidemiológicos. Esta confianza construida sólo puede lograrse sobre la base del respeto a la diversidad cultural y a la consideración de prácticas distintas o novedades desde el prisma de la igualdad. Por ello, resulta de interés reconstruir el panorama normativo y documental en el ámbito de los derechos humanos que delimita y caracteriza el rol de los Estados en esta materia.

2. Metodología

El planteo metodológico con el que se desarrolló la investigación que sustenta el artículo se halla estructurado en la selección y articulación de tres enfoques prioritarios para el análisis:

a) Análisis documental de materiales normativos, empleando herramientas de análisis del discurso con abordaje sociojurídico. El análisis del discurso es un enfoque metodológico que permite analizar los textos en su contexto de producción y circulación, e incorpora una mirada interdisciplinaria que permite la comprensión del corpus desde una perspectiva discursiva-lingüística que se articula con los saberes específicos de los textos (migración, salud, derechos humanos, etc.). Esto es lo que constituye la particularidad del análisis del discurso como abordaje y como práctica concreta de investigación (Arnoux, 2009). Por ello, permite estudiar la producción documental y normativa de los sistemas internacionales de protección y sus entidades asociadas como una *masa discursiva* (Angenot, 2010) que propone los contenidos de lo pensable y lo decible en relación con un tópico o cuestión que integra la agenda social y pública, y construye hegemonía en torno a una temática.

El corpus documental conformado para el trabajo se constituyó a partir de una tarea de relevamiento exhaustivo de materiales normativos y lineamientos de políticas elaborados en los sistemas de protección universal e interamericano donde se identificaron vinculaciones de sentido entre el derecho a la salud y el derecho a la participación cultural en relación con poblaciones migrantes. Por ello, la búsqueda documental se estructuró en dos orientaciones: a) materiales sobre derechos de la población migrante o en situación de movilidad, donde la salud y la participación cultural fueran tematizados; b) materiales sobre derecho a la salud, donde las consideraciones específicas de protección a las personas migrantes, o la reflexión sobre aspectos de participación cultural, fueran incluidos en los alcances de reconocimiento e implementación del derecho.

Como resultado, el acervo de documentos y normas recopilados es heterogéneo y plantea diversos niveles de responsabilidad de los Estados en su cumplimiento; así también, permite observar cómo la dimensión de progresividad de los derechos humanos se manifiesta en la sistematización, a partir de la visión general sobre el tema que se observa en los documentos más antiguos y la especificación temática y los desafíos puntuales observados en materiales más recientes. El seguimiento de dichos materiales permitió identificar también cómo se fue profundizando y configurando la discusión entre derechos de migrantes, salud y participación cultural en el contexto de la comunidad internacional.

b) El enfoque de derechos humanos es una perspectiva metodológica específica que, en el contexto de una investigación académica, de incidencia o de transferencia, operacionaliza el concepto, el marco normativo y los acuerdos en materia de derechos humanos para la formulación, implementación y evaluación de políticas públicas (Pautassi, 2010). El enfoque de derechos humanos como método específico de indagación permite identificar, caracterizar y medir cualitativa y cuantitativamente las obligaciones de los Estados en materia de acceso a derechos, sobre la base de dimensiones y ejes de análisis que permiten la comparabilidad entre casos y la discusión sobre un caso en particular, estudiando sus avances y regresiones en materia de derechos (Balardini y Royo, 2012; Pautassi y Ramirez, 2013).

Es importante señalar que, desde la aprobación de instrumentos de derechos humanos, los Estados se obligan ante la comunidad internacional a proteger, respetar y garantizar los derechos para todas las personas que se encuentran en su territorio, más allá de su origen nacional; por ello, el principio de igualdad y no discriminación es central en el análisis desde el enfoque de derechos humanos, y resulta esencial para la discusión planteada en este trabajo. La metodología basada en los derechos humanos permite traducir los postulados y visiones de este campo transdisciplinario en propósitos y desafíos concretos que involucran los compromisos estatales en la formulación de políticas públicas que promuevan la progresividad y la interdependencia en derechos humanos (Gerlero, 2010). Esto quiere decir que no sólo se necesitan políticas “sobre” derechos humanos, sino que los derechos humanos constituyen una variable inseparable de la reflexión sobre todas las políticas públicas.

c) La perspectiva metodológica de las Epistemologías del Sur, una corriente de reflexión sur-sur estructurada principalmente por Boaventura de Sousa Santos pero que actualmente va diversificando y ampliando sus aportes. Uno de los elementos centrales de la discusión crítica que el autor da al campo interdisciplinar de los derechos humanos es la refutación de la idea de universalidad (De Sousa Santos, 2002), cuyo planteo inicial se orienta a pensar cómo lograr que el contenido y las luchas de los derechos humanos, nacidos en buena parte con el lenguaje hegemónico de los sistemas internacionales de derechos a partir del consenso de las potencias mundiales, puedan convertirse efectivamente en procesos contrahegemónicos y de resistencia.

Uno de los rasgos que sobresalen en la crítica a la universalidad occidental de los derechos humanos es la visibilización de que, si bien América Latina se encuentra obviamente en el hemisferio occidental, cuando se piensa en la occidentalidad como región de producción de conocimientos, no se la asocia con el Sur, sino con los sentidos que habitan el imaginario sobre “el Norte global”; es decir, la cadena de significantes “universal-occidental-hemisferio Norte” —y de allí, una referencia a Estados Unidos o a Europa, para tener más precisión aún.

Este hilo de referencias condensa, según esta perspectiva metodológica y epistemológica, varios significados muy enraizados en la producción histórica y contemporánea del conocimiento, que dejan a un lado e invisibilizan formas menos poderosas de producir y comunicar saberes en el mundo. La recuperación de esas maneras depende de lo que se denomina una “sociología de las ausencias”, que no pretende reemplazar ni anular los conocimientos de la tradición eurocéntrica-occidental, sino contrarrestar su exclusividad y su predominancia a través de la exhibición y revalorización de realidades y formas de conocer no tenidas en cuenta hasta el momento. Tal como señala De Sousa Santos (2018), las Epistemologías del Sur:

Se relacionan con los saberes que emergen de las luchas sociales y políticas y no pueden ser separados de esas luchas [...] Consideran que es una tarea crucial identificar y discutir la validez de los conocimientos y los saberes que no son reconocidos como tales por las epistemologías dominantes (De Sousa Santos, 2018, pp. 306-308).

Siguiendo esta propuesta, el autor distingue entre conocimientos y saberes: los primeros tienden a apropiarse de la realidad para explicarla, mientras que los segundos emergen de la experiencia y se producen a partir de ésta. Por ello, podemos pensar que la concepción tradicional de derechos humanos universales intenta aplicarse como un conocimiento a realidades diversas que no siempre pueden dialogar con esta idea, mientras que una idea de derechos humanos cosmopolita, surgida de la resistencia y la visibilización de prácticas menospreciadas, puede llegar a convertirse en un saber experiencial con un potencial emancipatorio.

En relación con este posicionamiento político, existen dos ideas que son valiosas para el abordaje metodológico del artículo: a) el concepto de justicia cognitiva, condición esencial para la justicia social: no puede haber propuestas justas de acceso a derechos, si la justicia no se inicia justamente en el modo en que intentamos conocer, abordar, esos derechos para cada sociedad o grupo social: “no es posible promover la justicia social sin promover la justicia entre las diversas formas de conocimiento” (De Sousa Santos, 2018, p. 314); b) la idea de línea abisal, un límite simbólico con efectos concretos que separa jerárquicamente el Norte del Sur. Para De Sousa Santos, es preciso desarmar la concepción que el Norte construye sobre el Sur, cuando lo representa de manera cínica como una región subordinada y victimizada, al tiempo que sostiene los mecanismos que dejan a este hemisferio en esta condición. Por el contrario, “la cuestión no es borrar las diferencias entre el Norte y el Sur, sino borrar las jerarquías de poder que los habitan” (De Sousa Santos, 2018, p. 314), generando así un Sur que se rebela ante la dicotomía impuesta por la línea abisal: “Recuperar los conocimientos suprimidos, silenciados y marginados requiere comprometerse con lo que he denominado la ‘sociología de las ausencias’, un procedimiento que pretende mostrar que, dada la resiliencia de la línea abisal, muchas prácticas, conocimientos y agentes que existen del otro lado de la línea abisal, de hecho, son producidos activamente como no existentes por los saberes dominantes en ‘este’ lado de la línea abisal” (De Sousa Santos, 2018, p. 315).

Por lo expuesto, la perspectiva crítica de los derechos humanos sirve para analizar en profundidad el contenido y los alcances del derecho a la participación cultural como componente del derecho

a la salud, observando en esta elaboración normativa y política las apuestas y las limitaciones del sistema internacional de derechos humanos y sus producciones específicas sobre este campo problemático, las que a veces pueden dejar a un lado dinámicas subalternizadas en el plano de la cultura, en pos de acepciones cristalizadas sobre lo que significa “participar culturalmente”. Un aporte para esta discusión se puede encontrar en la idea de promover una visión cosmopolita y dinámica de los derechos humanos, siempre en relación con cada una de las poblaciones a las que se hace referencia, lo que permitiría superar la línea abisal que invisibiliza modos no reconocidos ni valorados de vivir, pero que persisten y se reproducen históricamente en muchos grupos sociales a través de sucesivas generaciones. A la vez, permitiría comprender y respetar de manera más orgánica la diversidad social y cultural en sociedades hegemónicas, a partir de la consolidación de mecanismos de participación de grupos minoritarios simbólica o numéricamente que demandan justicia social y visibilización de sus necesidades o desafíos particulares.

3. Resultados

En el contexto de los instrumentos y marcos de DDHH que se elaboraron en el sistema universal y en el sistema interamericano, pues el continente americano es el contexto en el que se sitúan los ejemplos que acompañan este análisis, ambos derechos humanos son incluidos y caracterizados de manera operativa. Por lo tanto, a continuación, se presenta un recorrido que permite dar cuenta de las acepciones construidas en torno a estos tópicos en el contexto de los sistemas de protección.

3.1. Salud y participación cultural en instrumentos internacionales de DDHH

El derecho a la salud se encuentra comprendido en instrumentos internacionales de derechos humanos de carácter fundacional. En la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH, 1948), el artículo 25 establece que “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”. En el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC, 1966), el Art. 12 establece el derecho de todas las personas a acceder al más alto nivel posible de salud física y mental, sin que interfieran motivos expresamente prohibidos de discriminación, entre los que se cuenta el origen nacional (Art. 2). En la Observación General (OG) N° 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR, en inglés; Comité DESC, en castellano) (DESC, 2000) que analiza y describe en profundidad qué significa el derecho a la salud para el Pacto, el derecho a la salud como un derecho interdependiente de otros derechos requiere de la “participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional” (Comité DESC, 2000, párr. 11), y este involucramiento está relacionado con la participación en los asuntos importantes para la comunidad desde una perspectiva de diversidad cultural y no discriminación.

Por su parte, la Convención Americana de Derechos Humanos (1948) no se refiere de manera específica al derecho a la salud, sino que en su artículo 26 establece la obligatoriedad del desarrollo progresivo de derechos económicos sociales y culturales, aunando así consideraciones respecto de la salud y de la participación cultural. Por ello, en el ámbito interamericano, resulta de mayor utilidad la referencia del Protocolo de San Salvador (1988), que en su artículo 10 establece el derecho a la salud y lo caracteriza como un bien público que alcanza a todos los individuos de una comunidad, y sobre el cual los Estados están obligados a tomar medidas que garanticen su respeto, protección y garantía. En relación con la inclusión de elementos socioculturales en la configuración del derecho a la salud, el Protocolo incluye una dimensión muy importante que es el de educación para la salud, a la vez que establece la necesidad de profundizar la asistencia de los grupos que se encuentran en situación de vulnerabilidad. En este sentido, es importante señalar que un diseño

de educación para la salud siempre involucra premisas y parámetros socioculturales que permiten la conformación de un vínculo con la comunidad en la que se plantea ese proceso de enseñanza-aprendizaje, por lo que el derecho a la participación, y el respeto a las particularidades culturales se encuentra enlazado. Tal como señala Menendez (2008), la participación social no es un proceso unívoco positivo para todas las partes y realizado de manera acrítica: en su planificación y en su desarrollo convergen actores con diversos objetivos, recursos de poder e intereses, por lo que la participación comunitaria puede resultar auspiciosa para algunas partes, pero no para todas. Esto ha sido señalado también por Feltri et al., (2006), respecto de la implementación de medidas de anticoncepción en una comunidad mapuche en la provincia de Neuquén (Argentina), puesto que en la interrupción de la política desarrollada puede observarse el choque intercultural entre la perspectiva del saber médico y los criterios de supervivencia de la comunidad, así también las visiones sobre la maternidad, la paternidad y la familia entre varones y mujeres del grupo sociocultural donde se realizó la iniciativa de salud reproductiva.

3.2. El derecho a la participación cultural: precedentes de los sistemas de protección

El derecho a la participación cultural está contemplado en la DUDH en su artículo 27: “Toda persona tiene derecho a tomar parte libremente en la vida cultural de la comunidad, a gozar de las artes y a participar en el progreso científico y en los beneficios que de él resulten”. En este contexto, es importante pensar que el progreso científico puede ser entendido como el derivado de las ciencias exactas, biológicas o médicas, donde la salud se encuentra obviamente tematizada, pero también desde los enfoques sociales y humanísticos que delimitan contornos de aplicación y aprovechamiento de los resultados de dichos avances. En este sentido, prestar atención a las particularidades socioculturales de los contextos donde se desarrollan estos procesos también implica tomar en consideración el derecho a la participación cultural de las poblaciones involucradas o afectadas.

El artículo 15 del PIDESC (1976) establece el derecho a la participación cultural en términos similares a los explicitados en la DUDH, al igual que el Protocolo de San Salvador, en su artículo 14, que entienden que la cultura posee “beneficios” que deben ser aprovechados de manera equitativa; por lo tanto, la participación se entiende como una inclusión en la distribución de esos efectos positivos. No obstante, una definición con mayor potencial heurístico, debido a su planteo multidimensional, puede hallarse en la Observación General (OG) N° 21 (Comité DESC, 2009), que entiende el derecho a la participación cultural como interdependiente de otros derechos, para lo cual establece un vínculo desde las formas más evidentes de esta relación —progreso científico, expresiones artísticas, etc.— hasta otras variantes que dan cuenta de una mirada progresiva, como su incidencia en el derecho a un nivel de vida adecuado y en el respeto de los conocimientos y prácticas tradicionales o ancestrales de reproducción comunitaria, muchos de los cuales se relacionan con las prácticas de cuidado de la salud. Asimismo, para la OG 21, el derecho a la participación cultural puede ser entendido como una forma de libertad, que sólo llega a ser concretado a través de las garantías necesarias para que las personas puedan tomar parte o participar en la vida cultural del lugar donde se encuentran. Este involucramiento se entiende tanto como una interacción (articular la propia práctica con las configuraciones culturales de la escena pública) como una forma de expresión; esto es, tomar parte en la vida cotidiana de la sociedad pudiendo sostener sus creencias, sus lenguajes, sus maneras de vestirse, sus rituales, etcétera. La expresión y la interacción como prácticas inherentes al respeto de la participación cultural en un contexto diverso constituyen factores imprescindibles para entender y reflexionar sobre el acceso a la salud en contextos migratorios e interculturales.

La OG 21 presenta un concepto sumamente relevante para pensar estas cuestiones: la idoneidad cultural. Esta idea implica tener en cuenta la multiplicidad y coexistencia de valores culturales

asociados con el cumplimiento de los derechos, de tal manera que el acceso a éstos tal como se plantea desde el Estado no afecte negativamente las configuraciones culturales de las poblaciones beneficiarias. La idoneidad cultural, entonces, es el parámetro para evaluar si las políticas públicas sobre derechos fundamentales no obstruyen ni niegan el ejercicio de la participación cultural en condiciones igualitarias de diversidad, y la OG señala específicamente el acceso a los servicios de salud como un contexto donde debe ponerse en práctica esta noción.

3.3. Reportes y normativas recientes sobre migrantes, participación cultural y salud

El reconocimiento de los factores culturales como aspectos de incidencia en la cobertura y protección de la salud fue explicitado en documentos recientes de organismos internacionales que muestran cómo la desactivación de barreras y prejuicios para la participación cultural de personas migrantes contribuiría a la promoción y protección de la salud. Entre los principales instrumentos y marcos formulados de manera reciente que incluyen aportes e ideas sobre esta problemática, pueden citarse: a) Agenda para el Desarrollo Sostenible 2030 (ONU, 2015); b) Declaración de Nueva York para los refugiados y los migrantes (ONU, 2016); c) Declaración de Colombo y la Asamblea General de la Organización Mundial de la Salud (OMS) realizada en el año 2017; d) Pacto Mundial sobre Migración (ONU, 2018). En todos estos documentos resulta importante señalar la construcción hegemónica de la mirada sobre las personas migrantes y sus derechos, en tanto son elaborados desde organismos que centralizan poder y lo jerarquizan. Siguiendo esto, el acervo conceptual y metodológico de las Epistemologías del Sur es muy pertinente para realizar una lectura crítica, sobre todo pensando en el concepto de línea abisal (De Sousa Santos, 2017) en relación con la producción de conocimientos legitimados que configuran ciertas formas de protecciones y necesidades que son sociohistóricamente aceptables desde los núcleos de poder. De manera complementaria a esta matriz desde la que se gestan estas obligaciones, también constituyen compromisos asumidos por los Estados, por lo que —a pesar de todo— aún siguen siendo respaldos importantes para destacar y demandar la responsabilidad estatal sobre estos acuerdos.

3.3.1. Agenda para el Desarrollo Sostenible 2030 (ONU, 2015)

De acuerdo con el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (UN DESA), para el año 2019 aproximadamente 272 millones de personas se encontraban en situación de movilidad humana. No obstante, los procesos de migración se dan en relativamente pocos países del mundo: dos tercios de esa cantidad son migrantes en 20 países, de los cuales los cinco donde se encuentran mayores cifras de migrantes son Estados Unidos, Alemania, Arabia Saudita, Rusia y Reino Unido, en ese orden. Por ello, la delimitación de acciones en el marco de la Agenda para el Desarrollo Sostenible 2030 (ONU, 2015) debe leerse en relación con el rol de la población migrante en las sociedades de tránsito y destino, en tanto la interacción con los escenarios donde se encuentran involucran dinámicas que inciden en el desarrollo y el acceso a derechos, así también en las transformaciones socioculturales vinculadas con el escenario migratorio de cada contexto. La Agenda 2030 se compone de 17 objetivos de desarrollo sustentable (ODS) y 169 metas derivadas de esos propósitos. El ODS 3 establece el objetivo de “Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades” y, si bien el componente migratorio no se encuentra explícitamente referido resulta obvio deducir que, como un sector poblacional, las personas migrantes se encuentran implicadas en la consecución de dicho propósito estratégico. En el marco de las metas derivadas del ODS 3, la meta 3.8 establece la necesidad de generar una cobertura universal, en tanto otras metas relacionadas con la salud sexual y reproductiva señalan la necesidad de construir avances sociales y culturales con perspectiva de género para que las protecciones en este ámbito de salud puedan hacerse concretas y eficientes. En estos lineamientos, la consideración de la igualdad desde una perspectiva de diversidad cultural y

de reconocimiento de las diferencias resulta esencial, dado que buena parte de las barreras de acceso a los servicios de salud se cimentan sobre prácticas discriminatorias de orden social e institucional originadas en el irrespeto a las particularidades lingüísticas, raciales y étnicas. Estas dimensiones socioculturales suelen manifestarse con mayor visibilidad en grupos migrantes que en no migrantes, en contextos interculturales, y las prácticas excluyentes sobre estos aspectos suelen ser de tipo estructural y hallarse fuertemente arraigadas en la sociedad; en consecuencia, generan actitudes estables de xenofobia, racismo y discriminación que vulneran los derechos de las personas migrantes y condicionar sus posibilidades de llevar una vida adecuada (Naciones Unidas, 2016; OG DESC 21, 2009).

3.3.2. Declaración de Nueva York para los refugiados y los migrantes (ONU, 2016)

La Resolución aprobada por la Asamblea General de la ONU el 19 de septiembre de 2016 establece un rechazo claro a todas las formas de estigmatización y exclusión de carácter cultural, dentro de las cuales se encuentra la constante generación de estereotipos sobre personas migrantes:

Condenamos enérgicamente los actos y las manifestaciones de racismo, discriminación racial, xenofobia y formas conexas de intolerancia contra los refugiados y los migrantes, así como los estereotipos que se les suelen aplicar, especialmente los basados en la religión o las creencias (ONU, 2016, p. 3).

Este tipo de aserciones tiene un precedente importante en la Declaración y Programa de Acción de Durban (ONU, 2002), donde se destaca cómo el acceso a servicios sociales básicos, como la salud, se encuentra obstaculizado por factores vinculados con el racismo, la xenofobia y la discriminación. La identificación de estas situaciones y sus consecuentes desafíos se vincula con lo señalado por el informe de ACNUDH (2014), donde se afirmaba que, si bien la situación general de salud de las personas migrantes en promedio es mejor que la de las personas no migrantes en la misma sociedad, los obstáculos y barreras que afrontan en los contextos de recepción tienden a afectarlos de manera física, mental y emocional. En el conjunto de factores que generan consecuencias restrictivas o riesgosas para la salud de las personas migrantes, las dificultades derivadas de la discriminación y la no consideración de diferencias culturales y lingüísticas logran que una persona que requiere atención no la obtenga o no llegue a buscarla. Además, esta investigación resalta una barrera de acceso que empieza con la percepción de discriminación hasta el miedo, con el resultado de exclusión o apartamiento de la atención médica. En efecto, los tratos desfavorables o excluyentes dentro del sistema de salud originados en prejuicios y prácticas discriminatorias hacen que las personas migrantes teman por su visibilización en los espacios donde deberían solicitar y recibir atención, y esto sucede especialmente cuando las políticas migratorias son restrictivas en materia de derechos (Carpio, 2019).

3.3.3. Declaración de Colombo (OMS, 2017) y Proyecto de Plan de Acción Mundial 2019-2023 (OMS, 2018)

En la Reunión de Alto Nivel de la Consulta Mundial sobre la Salud de los Migrantes, realizada en Colombo el 23 de febrero de 2017, se elaboró esta Declaración que cuenta como uno de sus principios rectores el de promover una atención y cobertura de salud equitativa y sin discriminación, así también alentar “la implicación de los migrantes en la formulación de políticas, las consultas y el diálogo sobre políticas, así como en la vigilancia y la evaluación” (OMS, 2017a, ítem 2.10).

Siguiendo esta propuesta, el Proyecto de Plan de Acción Mundial 2019-2023 de la OMS sobre “Promoción de la salud de refugiados y migrantes”, sobre el cual el director general publicó un informe en el 2018, indica que en la situación actual personas refugiadas y migrantes enfrentan

barreras idiomáticas y culturales, así también la discriminación, como obstáculos para la protección de su salud (OMS, 2018, parágrafo 12). Esta problemática adquiere rasgos específicos en el caso de mujeres migrantes, cuando ciertas prácticas de atención de salud son consideradas extrañas o vergonzosas según sus configuraciones culturales (OMS, 2018, parágrafo 16). De allí que una de las prioridades enunciadas por el Proyecto de Plan (Nº 3) sea el de incorporar la perspectiva de salud de poblaciones refugiadas y migrantes en un contexto integral de políticas, teniendo en cuenta la importancia de elaborar recomendaciones y herramientas de gobernanza que atiendan las barreras identificadas —en el caso específico tratado en este artículo, la dimensión citada por el documento es la de competencias culturales e idiomáticas (ítem d)—, con el agregado importante de involucrar a personal de salud que también sea refugiado o migrante (OMS, 2018, p. 8-9).

3.3.4. Pacto Mundial sobre Migración (ONU, 2018)

La última posta de este recorrido por hitos esenciales que conectan derecho a la participación cultural y a la salud es el Pacto Mundial de Migración (2018). Este marco global, en su objetivo 15, establece la necesidad de garantizar el acceso a servicios básicos para personas migrantes, a través de la promoción —en los efectores de salud y administrativos en los servicios sanitarios— de los factores culturales que inciden en la protección y atención de salud. Asimismo, visibiliza la relevancia de incorporar dimensiones culturales en la formulación de políticas públicas, con el fin de remover las barreras que obstaculizan los accesos y las garantías para que las personas migrantes sean incluidas de manera igualitaria en el sistema de salud de cada país.

En efecto, la construcción del acceso a la salud para las personas migrantes, la consideración de la igualdad desde una perspectiva de diversidad cultural y de reconocimiento de las diferencias resulta esencial, dado que buena parte de las barreras de acceso a los servicios de salud se cimientan sobre prácticas discriminatorias de orden social e institucional originadas en el irrespeto a las particularidades lingüísticas, raciales y étnicas. Si bien estas formas de discriminación no sólo atañen a los grupos migrantes, en conjunción de los prejuicios sobre la migración suelen profundizarse, generando así prácticas estructurales de xenofobia, racismo y discriminación que vulneran los derechos de las personas migrantes y condicionan sus posibilidades de llevar una vida adecuada (Naciones Unidas, 2016; OG DESC 21, 2009).

3.4. Discriminación en el ejercicio de DESC: una tipología desde los DDHH

En la configuración del acceso a la salud y del reconocimiento a la participación cultural en condiciones de igualdad de trato, la cuestión de la no discriminación constituye una dimensión transversal para definir políticas y prácticas que garanticen la atención y la protección de poblaciones vulnerabilizadas en los sistemas de servicios esenciales. En este sentido, el marco conceptual y operativo de los derechos humanos brinda recursos específicos para identificar situaciones de discriminación y clasificarlas en función del tipo de práctica y del grado de persistencia respecto de las comunidades o las personas afectadas. De esta manera, la OG Nº 20 (2009) sobre no discriminación y DESC establece que “la no discriminación y la igualdad son componentes fundamentales de las normas internacionales de derechos humanos y son esenciales a los efectos del goce y el ejercicio de los derechos económicos, sociales y culturales” (Comité DESC, 2009, parágrafo I.2). Asimismo, aclara que la obligación de los Estados para con las situaciones de discriminación es de carácter inmediato, y define a éstas como cualquier distinción, exclusión, restricción, preferencia o trato diferente cuyo resultado sea afectar el reconocimiento, acceso o goce en condiciones de igualdad de los derechos explicitados en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Naciones Unidas, 1966).

Resulta interesante destacar que la OG 20 establece una tipología sobre formas de discriminación y, aunque afirma que todas deben erradicarse por igual, las agrupa según si el contenido discriminatorio se halle en el fondo o en la forma de las acciones. Así, el documento distingue entre: a) discriminación formal, que se manifiesta cuando un Estado a través de sus instrumentos jurídico-normativos ejercen un acto discriminatorio; y b) discriminación sustantiva, también llamada “de facto”, que suelen sufrir los grupos afectados por injusticias o desigualdades de carácter histórico. Con respecto a esta última variante de discriminación, se señala que los Estados tienen la obligación de tomar medidas urgentes e inmediatas para prevenir, mitigar y erradicar las condiciones y prácticas que sostienen formas de discriminación sustantiva o de facto, y da un ejemplo elocuente de la discusión dada en este trabajo: “asegurar que todas las personas tengan igual acceso a una vivienda adecuada y a agua y saneamiento ayudará a superar la discriminación de que son objeto las mujeres, las niñas y las personas que viven en asentamientos informales y zonas rurales (Observación General N° 20, 2009, párr. 4).

La discriminación de facto suele iniciarse en el nivel discursivo, para generar actitudes o conductas con resultados de exclusión, segregación o desigualdad. Tal como señalan Ceriani y Finkelstein (2013), las configuraciones discursivas que desconocen o refutan el derecho de acceder a la salud en el caso de poblaciones migrantes, aun cuando haya leyes que lo reconocen, como sucede en Argentina, pueden entenderse como “redes de conversaciones” estructuradas por operaciones clasificatorias: “Forman un abanico que expresa desde dificultades comunicacionales (de las personas migrantes), lingüísticas y de diferente concepción del proceso salud-enfermedad-atención, hasta descalificaciones racistas y xenófobas, que ni siquiera presuponen un cuidado por formas ‘políticamente correctas’” (Ceriani y Finkelstein, 2013, p. 633).

El trato diferencial, potencialmente discriminatorio, puede ejercerse asimismo de manera directa o indirecta. La variante directa es la que puede constatarse de manera evidente y sucede cuando una persona es tratada de peor manera o de manera distinta en virtud de algunos de los motivos de discriminación prohibidos en el PIDESC. La forma indirecta es la que se vehiculiza a través de formulaciones aparentemente neutras u objetivas, plasmadas en normas y lineamientos de políticas, pero cuya puesta en práctica sin observar el contexto hace incurrir en acciones discriminatorias: “por ejemplo, exigir una partida de nacimiento para poder matricularse en una escuela puede ser una forma de discriminar a las minorías étnicas o a los no nacionales que no posean, o a quienes se hayan denegado, esas partidas (Observación General N° 20, 2009, parágrafo 5).

Sin excluir estos tipos de discriminación, la Observación citada explicita el concepto de “discriminación sistémica” que se opera sobre un grupo social de manera persistente, en diversos ámbitos de la vida social y doméstica, está arraigada en el comportamiento de las personas, y suele convertirse tanto en discriminación indirecta como en no cuestionada: “Esta discriminación sistémica puede consistir en normas legales, políticas, prácticas o actitudes culturales predominantes en el sector público o privado que generan desventajas comparativas para algunos grupos y privilegios para otros” (Observación General N° 20, 2009, p. 5). El origen nacional o social constituye un motivo expresamente prohibido de discriminación que, además, propicia ciertas situaciones de exclusión del tipo sistémico. Por ello, la OG 20 destaca especialmente que,

No se debe impedir el acceso a los derechos amparados en el Pacto por razones de nacionalidad, por ejemplo, todos los niños de un Estado, incluidos los indocumentados, tienen derecho a recibir una educación y una alimentación adecuada y una atención sanitaria asequible (Observación General N° 20, 2009, párr. 30).

Molina (2019) realizó una investigación situada en una maternidad de la provincia de Mendoza (Argentina) donde describió el procedimiento llevado a cabo por personal de salud que asistió a una mujer haitiana en situación de calle que estaba iniciando su trabajo de parto, y por ello fue llevada a un hospital de referencia para que recibiera atención obstétrica. En ese contexto tan extraordinario y muchas veces límite para las mujeres, migrantes o no migrantes, se desencadenó un conflicto cuando la mujer haitiana se resistió a ser separada de su bebé por no comprender los argumentos que recibía del personal de salud, relacionados con la necesidad de realizar controles médicos urgentes al bebé propios del nacimiento, agravados por la ausencia de controles obstétricos previos. En esta situación de mucha tensión, la imposibilidad de comunicarse por parte de la paciente se agravó con los prejuicios del personal de salud que culpó a la mujer por no haber tenido los cuidados necesarios en un embarazo, así como en cierta medida trasladó a la reciente madre su responsabilidad por no comprender el idioma en el que se le daban las explicaciones. Sólo cuando llegó una persona que hablaba francés, idioma que tiene similitudes con el creole haitiano, fue posible iniciar una comunicación básica sobre lo que estaba sucediendo.

El hecho relatado en el artículo da cuenta de procesos de discriminación sistémica que se manifiestan de manera aguda en un episodio particular, pero que no comienzan en dicha situación. Este ejemplo es particularmente significativo porque muestra el entrecruzamiento de variables discriminatorias que requieren ser analizadas desde una mirada interseccional: mujer, migrante, pobre, en situación de calle, con barreras lingüísticas, en condición de vulnerabilidad por su embarazo a término y por su necesidad de atención médica. A esta situación se añade su condición de desigualdad de poder frente al conocimiento científico que necesitaba para su vida y la de su bebé pero a la que no podía acceder si no era con mediación de quienes la juzgaban de manera negativa. La confluencia de esos motivos de prejuicio y discriminación dan cuenta de procesos sociohistóricos, sistémicos, que profundizan la exclusión y las representaciones estigmatizantes sobre grupos y subgrupos migrantes.

4. Discusión

A partir de la sistematización documental y normativa desarrollada en el apartado anterior, puede observarse cómo el derecho a la participación cultural debe entenderse como interdependiente del derecho a la salud, dado que las condiciones en que los grupos migrantes pueden involucrarse en la vida cultural y comunitaria de las sociedades en etapas de tránsito y de recepción también inciden en su percepción de bienestar. Siguiendo esto, Noronha, Meneses y Arriscado Nunes (2019) plantean que la noción de salud no debe ser un dominio separado de otras esferas de la práctica humana y tiene que entenderse en el contexto de una interpretación emancipatoria del bienestar. En este tipo de propuesta, la participación en la vida cultural desde una perspectiva igualitaria es un componente fundamental. En consecuencia, una mirada actualizada y complejizada desde el aporte de las Epistemologías del Sur también contribuirá al avance del derecho humano a la salud desde el criterio de la progresividad, que implica la ampliación y la profundización del contenido del derecho y, por lo tanto, las responsabilidades de los Estados en su cumplimiento.

Este tipo de situaciones son relevantes no sólo desde los derechos humanos y el acceso a la justicia, sino también desde los intereses de la epidemiología sociocultural, pues siguiendo a Hersch Martínez (2013), existen muchos estudios que dan cuenta de la incidencia de factores socioculturales en el desarrollo de enfermedades de salud mental, pero también en consumos problemáticos de sustancias o afecciones de orden físico, como la hipertensión. El estrés originado en el proyecto migratorio desarrollado con riesgos agregados, vulnerabilizaciones de derechos y situaciones de discriminación e irrespeto puede ser caracterizado e indagado, entonces, con las herramientas de esta perspectiva epidemiológica. Siguiendo el planteo de Barsaglini (2019), la decisión de migrar puede inscribirse en el conjunto de prácticas que rompen con la continuidad de lo cotidiano y, por lo tanto, generan repercusiones en la situación integral

de salud de las personas migrantes. Esas repercusiones pueden ser positivas, cuando el proyecto migratorio suspende dinámicas de discriminación o violencia en el contexto de origen, pero las que merecen mayor atención en etapas de tránsito y destino migratorio, en relación con la salud, son las negativas.

De hecho, la visibilización de la incidencia en la salud de estos procesos migratorios podría contribuir a un proceso de legitimación y revalorización de estos cuadros de salud que se convierten en síntomas o dolencias persistentes y de larga data pero que, al no haber sido nombrados por el léxico y el saber médico, parece que no existieran en su especificidad y en sus necesidades puntuales de atención (Canesqui, 2018). En ese sentido, parecen recrear las características de los saberes que están, de acuerdo con De Sousa Santos (2017), “más allá de la línea” (abisal), donde se encuentran los contenidos excluidos, solapados bajo lo no existente, lo irreal, y que en este caso particular se corresponden muy adecuadamente con la descripción dada por el autor: “el otro lado de la línea abarca un vasto conjunto de experiencias descartadas, hechas invisibles como agencias y como agentes, y sin una ubicación territorial fija” (De Sousa Santos, 2017, p. 588). Aquí hallamos, en consecuencia, otra vía de visibilización de dolencias subalternizadas que ocultan a los sujetos que las padecen, puesto que los motivos causales de su inicio y desarrollo obedecen a dinámicas históricas y sociopolíticas que han configurado dinámicas y restricciones en torno a la movilidad humana.

Este trabajo no omite la posibilidad concreta de que haya sistemas de salud alternativos o no hegemónicos que ponen en práctica también sentidos cristalizados o prejuiciosos de la cultura, de la diversidad o de las personas migrantes. Pero el foco puesto en el sistema considerado “hegemónico” se fundamenta en la inserción que éste tiene en los Estados, que son los que se obligan internacionalmente al cumplimiento de derechos humanos. Es importante resaltar que estas reflexiones y análisis abarcan, por lo general, lo que se entiende como sistema de salud hegemónico o *modelo médico hegemónico (MMH)*, un concepto acuñado por Menéndez (1990) cuya capacidad heurística sigue siendo importante hoy en día. El MMH se identifica con la medicina científica y con el abordaje de la biomedicina, que a la vez intenta excluir o descartar otras formas de atención, sobre la base de desvalorizaciones jurídicas, técnicas o ideológicas. El MMH presenta tres variantes: individual privado, corporativo privado y corporativo público, y todos están atravesados por la intervención, regulación o habilitación del Estado. Uno de los rasgos estructurales del MMH es la dimensión preventiva supeditada a la acción asistencial-curativa, lo que implica la intervención sobre el síntoma que aqueja a un cuerpo (paciente) ignorante del saber médico, pasivo y subordinado a las decisiones y las prácticas profesionales. Este modelo configura y el acceso a la salud en todos los grupos sociales con los que interactúa, pero lógicamente puede esperarse un mayor impacto en aquellas poblaciones históricamente vulnerabilizadas, donde la avanzada del MMH es una más dentro de un conjunto de desvalorizaciones y exclusiones. Es por ello que la incidencia de este esquema es aún mayor en el caso de personas migrantes, atravesadas por los prejuicios y estereotipos respecto de su experiencia migratoria, de su condición de extranjería y de sus prácticas que ostentan determinadas formas prácticas de diversidad cultural.

En algunas ocasiones, la subordinación construida por el MMH se articula con una hipervisibilización falaz de las necesidades o la situación de salud de personas extranjeras, puesto que el acceso a la salud está construido sobre premisas que no son la protección de ese colectivo, sino la protección del resto de la sociedad frente a ese colectivo. Siguiendo esto, las alertas epidemiológicas sobre enfermedades transmisibles suelen ser ocasiones lamentablemente propicias para observar estos procesos de construcción de sentido (Gottero, 2014), y la experiencia reciente y actual nos muestra cómo la expansión del COVID-19 permitió la elaboración de discursos focalizados en la valoración de la movilidad humana desde diferentes perspectivas. De Sousa Santos (2020) señala cómo las construcciones simbólicas efectuadas sobre el inicio de la expansión del virus, situado

en China, ha generado estereotipos y estigmatizaciones en torno a la representación de China y de su población en todo el mundo, a través de imágenes promovidas incluso por referentes políticos mundiales; tal es el caso de Donald Trump, ex Presidente de los Estados Unidos, que calificaba a esta enfermedad como “el virus chino”. Pero la configuración de desigualdades en la (no)governabilidad de la pandemia también afectó a las poblaciones migrantes no sólo de origen chino, sino también a otros colectivos migrantes, sobre la base de imágenes de ajenidad o extranjería. Es en este sentido que De Sousa Santos establece la necesidad metodológica de investigar desde una sociología de las ausencias, para traer a lo público aquellas zonas de la “América invisible” que vulnerabilizan aún más la situación de migrantes en esta región: “Médicos sin Fronteras advierte la extrema vulnerabilidad al virus de los miles de refugiados e inmigrantes detenidos en centros de internamiento en Grecia (...) Como estas condiciones también prevalecen en la frontera sur de los Estados Unidos, hay también allí una América invisible. Y las zonas de invisibilidad podrán multiplicarse en muchas otras regiones del mundo” (De Sousa Santos, 2020, p. 27).

La necesidad de observar la articulación entre movilidad humana y medidas de gestión de la pandemia en el escenario actual se visibilizan, actualmente, en las demandas y denuncias globales sobre las barreras de acceso de personas migrantes a las vacunas contra el COVID-19 en sus territorios de residencia. La solicitud colectiva de inclusión en los esquemas de vacunación de grupos migrantes mostró la confrontación histórica entre ciudadanía y derechos humanos, y el mecanismo de exclusión irracional que discrimina a personas y vulnera su derecho a la salud y a la vida, a la vez que las mantiene como focos de contagio por excluir a esos grupos de la posibilidad de la inmunización en condiciones de igualdad (Amnistía Internacional, 2021).

5. Conclusiones

A partir del relevamiento documental abordado con la metodología combinada del enfoque de derechos humanos y las Epistemologías del Sur, puede observarse la pertinencia y la viabilidad de construir aportes para la profundización del derecho a la participación cultural en la configuración del derecho a la salud para personas migrantes, visibilizando así el principio de interdependencia que vincula ambas prerrogativas que forman parte del campo de los derechos humanos. Estos insumos permitirían incorporar y valorizar componentes identitarios y culturales de los grupos migrantes en la formulación de políticas de salud, con el fin de articular mecanismos de igualdad sustantiva y acciones sanitarias eficientes basadas en la vinculación estable de la población migrante con los servicios de salud. Por añadidura, el derecho a la participación cultural permitiría la profundización de miradas más horizontales en las dinámicas de educación para la salud, una vertiente del autocuidado y del cuidado comunitario que requiere del reconocimiento y análisis de dimensiones culturales e identitarias para el diseño de medidas y acciones de prevención e involucramiento social que contribuyan efectivamente a los objetivos sanitarios planteados.

Este trabajo pretende constituir un aporte para el campo transdisciplinario de los derechos humanos, que cada vez más se instala, desde el lenguaje y la acción, si es que alguna vez ambos aspectos pueden ser separados, como una herramienta de abordaje en territorio para las agencias y los equipos que materializan el acceso a derechos en sus prácticas institucionales cotidianas. Visibilizar aristas menos recorridas del cumplimiento integral del derecho a la salud resulta especialmente significativo para la protección de poblaciones históricamente vulnerabilizadas que afrontan la discriminación, la estigmatización y la injusticia, tales como los colectivos migrantes. Asimismo, reponer los aspectos del derecho humano a la participación cultural en la consideración del derecho a la salud desde una perspectiva progresiva y emancipatoria, a partir de la articulación del enfoque de derechos humanos y las epistemologías del Sur, complejiza la discusión sobre las barreras que enfrentan las personas migrantes para acceder al cuidado de

su salud. En simultáneo, permite reconfigurar y explicitar responsabilidades específicas de los Estados, prestando atención no sólo a la estructura de los servicios de salud sino a las prácticas y presupuestos puestos en juego por quienes encarnan ese organigrama: decisores políticos, autoridades institucionales, efectores de salud y personal en las diferentes áreas del sistema, que son quienes le dan entidad y presencia efectiva a los derechos humanos en los espacios paradigmáticos de su puesta en práctica.

REFERENCIAS

- ACNUDH (2014). *Los derechos económicos, sociales y culturales de los migrantes en situación irregular*. ONU.
- Amnistía Internacional (2021) *Carta Abierta: Estados deben asegurar vacunación universal contra COVID-19 en las Américas*. AI. <https://www.amnesty.org/es/documents/AMR01/3527/2021/es/>
- Angenot, M. (2010). *El discurso social. Los límites históricos de lo pensable y lo decible*. Siglo XXI.
- Arnoux, E. (2009). *Análisis del discurso. Modos de abordar materiales de archivo*. Santiago Arcos Editor.
- Baeza, B., Aizenberg, L. y Barria Oyarzo, C. (2019). Cultura y salud migratoria: miradas comparativas entre profesionales sanitarios y mujeres migrantes bolivianas. *Sí Somos Americanos*, 19(1), 43-66. <http://dx.doi.org/10.4067/S0719-09482019000100043>
- Balardini, L., y Royo, L. (2012). La exigibilidad del derecho a la vivienda y el uso de indicadores para su monitoreo. Las relocalizaciones en la Cuenca Matanza Riachuelo. En L. Pautassi y G. Gamallo (dirs.) *¿Más derechos, menos marginaciones? Políticas sociales y bienestar en la Argentina* (pp. 71-114). Biblos.
- Barsaglini, R. (2019). Repercussões dos adoecimentos crônicos nos estudos de experiência: tipos, momentos e mediadores. *Oficina do CES*, 1, 1-27.
- Bernales, M., Báltica Cabieses, A. M., y Chepo, M. (2017). Desafíos en la atención sanitaria de migrantes internacionales en Chile. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 34(2), 167-175. <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2017.342.2510>
- Canesqui, A. M. (2018). Legitimidade e não legitimidade das experiências dos sofrimentos e adoecimentos de longa duração. *Ciência & Saúde Colectiva*, 23(2), pp. 409-416. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018232.14732017>
- Carpio, K. (2019). Consideraciones sobre la salud mental de personas migrantes en las Américas. *Revista Salud Regional*, 2(2), 9-14.
- Ceriani, P., y Finkelstein, L. (2013). El miedo a la igualdad: prejuicios y argumentos sobre el derecho a la salud de las personas migrantes. En L. Clérico, L. Ronconi y M. Aldao (Coords.) *Tratado de Derecho a la Salud*, Tomo I (pp. 627-651). Abeledo-Perrot.
- De Sousa Santos, B. (2020). *La cruel pedagogía del virus*. CLACSO.
- De Sousa Santos, B. (2018). *Epistemologías del Sur*. CLACSO/CES.
- De Sousa Santos, B. (2017). *Justicia entre Saberes: Epistemologías del Sur contra el Epistemicidio*. Ediciones Morata.
- De Sousa Santos, B. (2002). Hacia una concepción multicultural de los derechos humanos. *El otro derecho*, 28, 59-83.
- Feltri, A. Arakaki, J. Justo, L, Maglio, F. Pichún, F. Rosenberg, M., Spinelli, H., Testa, M., Torres Secchi, A. e Ynoub, R. (2006). Salud reproductiva e interculturalidad. *Salud Colectiva*, 2(3), pp. 299-316. <https://doi.org/10.18294/sc.2006.75>
- Gerlero, M. (2010). Inclusión social y perspectiva de derechos: el aporte de la Sociología Jurídica. En L. Pautassi (org.) *Perspectiva de derechos, políticas públicas e inclusión social. Debates actuales en la Argentina* (pp. 67-92). Biblos.
- Gottero, L. (2014). "Caso con antecedentes de viaje": una problematización de la causalidad construida sobre el dengue en Argentina (2009-2013). *Eã Journal*, 4(2), 1-31.
- Hersch Martínez, P. (2013). Entidades nosológicas y epidemiología sociocultural: algunas pautas para una agenda de investigación. *Dimensión Antropológica*, 20(57), 119-137.

- Kawabata, A. (2003) *Los derechos humanos*, material didáctico sistematizado. <http://ijdh.unla.edu.ar/advf/documentos/2017/02/589352927f54e.pdf>
- Langdon, E. J., y Wilk, F. B. (2010). Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(3), 459-466. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000300023>
- Liberona Concha, N. y Mansilla, M. Á. (2017). Pacientes ilegítimos: acceso a la salud de los inmigrantes indocumentados en Chile. *Salud Colectiva*, 13(3), 507-520. <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1110>
- Menéndez, E. (2020 [1990]) *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. EDUNLa.
- Menéndez, E. (2008) Las múltiples trayectorias de la participación social. En E. Menéndez y H. Spinelli (Coords.) *Participación social, ¿para qué?* (pp. 51-80). Lugar Editorial.
- Molina, C. (2019) La salud de los migrantes como desafío de la salud pública. *Escenarios*, 19(29), 1-8.
- Noronha, S., Meneses, M. P., Nunes, J. A. (2019). *Health and the Epistemologies of the South*. Centre for Social Studies, Universidad de Coimbra.
- OIM-OIM (2017). *Salud de los migrantes: restablecer la agenda*. OIM.
- Organización de los Estados Americanos (OEA) (1988). Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”, 17 Noviembre 1988. <https://www.refworld.org/es/docid/5ccb1b164.html>
- Organización de Naciones Unidas (ONU) (1966) Asamblea General, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966, 16 Diciembre 1966, Naciones Unidas, Serie de Tratados, vol. 993, p. 3. <https://www.refworld.org/es/docid/4cof50bc2.html>
- Organización de Naciones Unidas (ONU) (2015, septiembre 27) *Transformando nuestro mundo: Agenda 2030 para el desarrollo sostenible*. Nueva York, Estados Unidos.
- Organización de Naciones Unidas (ONU) (2016, septiembre 19). *Declaración de Nueva York para los refugiados y los migrantes*, Resolución aprobada por la Asamblea General el 19 de septiembre. Ginebra, Suiza.
- Organización de Naciones Unidas (ONU) (2002) *Declaración y Programa de Acción de Durban. Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia*. Durban, Sudáfrica.
- Organización de Naciones Unidas (ONU), Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR) (2009). Observación general N° 14 (2000): El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), 11 Agosto 2000, E/C.12/2000/4, <https://www.refworld.org/es/docid/47ebcc492.html>
- Organización de Naciones Unidas (ONU), Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR) (2009). Observación general N° 21, Derecho de toda persona a participar en la vida cultural (artículo 15, párrafo 1 a), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), 21 Diciembre 2009, E/C.12/GC/21, <https://www.refworld.org/es/docid/4ed35beb2.html>
- Organización de Naciones Unidas (ONU), Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR) (2009). Observación general N° 20: La no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales (artículo 2, párrafo 2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), 2 Julio 2009, E/C.12/GC/20, <https://www.refworld.org/es/docid/4ae049a62.html>
- Organización Internacional para las Migraciones (2018). *La migración en la Agenda 2030*. OIM.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018, diciembre 24) Promoción de la salud de refugiados y migrantes. Proyecto de Plan de Acción Mundial 2019-2023. Ginebra, Suiza.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2017, febrero 23). Declaración de Colombo. Colombo, Sri Lanka.
- Pautassi, L. (2010) Indicadores en materia de DESC. Más allá de la medición. En L. Pautassi, y V. Abramovich (orgs.) *La medición de derechos en las políticas sociales* (pp. 1-87). Editores del Puerto.
- UN DESA (2019) *International Migration 2019: Report*. Naciones Unidas.

AUTORA

Laura Gottero. Licenciada y Profesora en Ciencias de la Comunicación (UBA), Especialista en Epistemologías del Sur (CLACSO), Doctora en Ciencias Sociales (UBA). Sus áreas temáticas de trabajo articulan los derechos humanos, las políticas públicas, el estudio de las migraciones y el acceso a derechos sociales. Investigadora del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET-Argentina).

Conflicto de intereses

No hay conflicto de intereses posible sobre el artículo presentado.

Financiamiento

No existió asistencia financiera de partes externas al presente artículo

Agradecimientos

Agradecimiento a las coordinadoras del Dossier por la convocatoria para enviar los trabajos.

Nota

El artículo se enmarca en el desarrollo inicial del proyecto de investigación correspondiente al primer periodo como investigadora asistente del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET-Argentina).