

## **SALUD: TENSIONES ENTRE PODER, TERRITORIO Y DERECHOS DE LXS USUARIXS**

Iparraguirre, Martina

Universidad Nacional de Mar del Plata

[martinaiparraguirre75@gmail.com](mailto:martinaiparraguirre75@gmail.com)

Sampietro, Darío

Universidad Nacional de Mar del Plata

[dasampietro1981@gmail.com](mailto:dasampietro1981@gmail.com)

Bernal, Marcela

Universidad Nacional de Mar del Plata

[marcelapaulinabernal@gmail.com](mailto:marcelapaulinabernal@gmail.com)

Material original e inédito autorizado para su primera publicación en la Revista  
Académica Hologramática

Fecha de recepción: 11 de marzo de 2025

Fecha de aceptación: 8 de mayo de 2025

### **RESUMEN**

Nuestro ensayo tendrá como finalidad reflexionar sobre las tensiones entre Modelo Médico Hegemónico, el derecho y la singularidad de los usuarios, que impactan en la práctica asistencial y en el cuidado integral en salud, sobre todo en dos momentos de la vida: su nacimiento y muerte. Realizaremos nuestra reflexión a partir del análisis de los mecanismos de

disciplinamiento y poder existentes, las territorialidades dislocadas, la descolonización del inconsciente capitalístico, la politización del malestar y los derechos humanos en juego en estas tensiones, siguiendo a distintos autores. Para concluir, propondremos una propuesta contra-hegémica en que necesariamente las tecnologías blandas o el trabajo vivo, comanden siempre la práctica sanitaria para darle voz al usuario, desde una visión sobrecogedora del vínculo y del encuentro, lo que nos permitirá introducir la perspectiva de DDHH vertebrándola con el despliegue de las tecnologías blandas, los afectos, los sentimientos y los deseos.

**PALABRAS CLAVE:** Salud – Poder – Derechos – Encuentro - Sentimientos

**ABSTRACT:**

Our essay will reflect on the tensions between the Hegemonic Medical Model, the law, and the uniqueness of users, which impact healthcare practice and comprehensive health care, especially at two moments in life: birth and death. We will conduct our reflection based on the analysis of existing mechanisms of discipline and power, dislocated territorialities, the decolonization of the capitalist unconscious, the politicization of discontent, and the human rights at stake in these tensions, following various authors. To conclude, we will propose a counter-hegemonic approach in which soft technologies or living labor necessarily always command healthcare practice to give voice to the user, from an overwhelming vision of connection and encounter, which will allow us to introduce the human rights perspective, structuring it with the deployment of soft technologies, affects, feelings, and desires.

**KEY WORDS:** health – power – rights – encounter - feeling

## I. INTRODUCCIÓN

En forma de ensayo, nos proponemos enriquecer la ponencia que expusimos en las IV Jornadas de Sociología: “Rupturas y continuidades en la sociedad actual”, Mesa: “Salud, Medicina y sociedad: la (bio) medicalización en clave sociológica; organizadas por la

Facultad de Humanidades de la Universidad Nacional de Mar del Plata en marzo del 2025.<sup>1</sup>

Nuestro trabajo tiene como finalidad reflexionar sobre las tensiones existentes entre el Modelo Médico Hegemónico (MMH), el derecho y la singularidad de los usuarios, y cómo esta triada -en tensión permanente- impregna diariamente la práctica sanitaria e impacta fundamentalmente en la accesibilidad aun cuidado integral en salud.

Lo haremos a partir del análisis de dos hechos vitales y trascendentales de la biografía humana, como son el nacimiento y la muerte, considerando que estos dos momentos forman parte fundamental de la intimidad de usuarios y usuarias, y están atravesados por aspectos sociales, culturales, históricos y éticos.

Pero fundamentalmente, realizaremos el análisis con perspectiva de género y de derechos humanos, asumiendo a la dignidad inalienable e inviolable, como cimiento moral o axiológico de todo derecho humano para transitar el nacimiento y la muerte.

Traemos a este ensayo las estrategias de “resistencia” de los usuarios frente a la totalización que pretende el modelo médico hegemónico, porque consideramos que ahí reside una riqueza que debe ser tomada para construir nuevas tecnologías blandas y espacios de encuentro que garanticen la singularidad que estos momentos requieren.

Así, las dos dimensiones que otorgan “entidad de este lado de la línea” (De Souza Santos, 2009) como son la ciencia moderna y el derecho, contienen la paradoja de obstruir y facilitar el acceso a un cuidado integral en salud, como anverso y reverso de la misma moneda, y es en este punto donde creemos que este nudo gordiano solo puede ser roto con la participación activa de los usuarios y la generación de espacios de encuentro donde el vínculo no solo sea contractual, si no y fundamentalmente, terapéutico.

---

<sup>1</sup>El resumen ampliado de la ponencia será publicada en las actas de dichas jornadas, siendo su título original: “*La Salud no puede ser una Fábrica de Subjetividad serializada y cafisheada*”, como fue referenciado en la bibliografía.

Para la construcción de estos espacios de encuentro y cogestión, es fundamental traer autores como Gastao Wagner de Souza Campos (2009) y la noción de “clínica ampliada” o “clínica del sujeto”; así como también las nociones de “tecnología blanda” de Emerson Mhery (2006).

El cuerpo aparece como el territorio donde se libran las batallas no solo del control biológico, si no y fundamentalmente, del control simbólico, cultural y del mal llamado sentido común. En ese sentido, trabajaremos la propuesta teórica-práctica de Suely Rolnik (2019).

Por último y para atender los problemas de salud, Ann Cvetkovich (2018) propone abrir una puerta de entrada a un conjunto de emociones –amor, rabia, placer, pena, vergüenza– que afectan la configuración de “lo público”.

A continuación, intentaremos poner a debate y reflexión estas cuestiones en clave interdisciplinaria (desde la Sociología, la Filosofía, la Medicina, el Derecho y la Bioética), a partir del análisis de distintos autores.

## **MECANISMOS DE PODER VISIBLES E INVISIBLES**

El MMH, este dispositivo descrito por Eduardo Menéndez (1978), como una estrategia de control político y social a través de la normalización de procesos y el ocultamiento deliberado de la dimensión social de la enfermedad, “es parido” en Inglaterra de la mano de la Revolución Industrial. Y, desde ese momento y adquiriendo distintos ropajes, le va a ser funcional al poder de turno: inicialmente burguesía, luego industria farmacéutica y biotecnológica y hoy capital trasnacional/IA? (Menéndez 2020). Construyó sus cimientos más profundos en la paradoja de ser legitimado y sostenido por las clases subalternas, al punto de que sus propios saberes populares son cuestionados por la misma clase que le dio origen, lo que deja al MMH al borde de “ganar la batalla definitivamente”

Cuando a partir de la segunda posguerra (décadas del 50-60), su rasgo más destacado, el de la eficacia pragmática, es fuertemente cuestionado por el mundo académico de las distintas latitudes y aparece como impotente para dar respuestas concretas a los desafíos

que plantea la transición demográfica y los nuevos perfiles epidemiológicos, el MMH tiene que buscar distintas máscaras para *aggiornarse* y mostrarse capaz de responder frente a estos nuevos desafíos.

Lo que aparece como denominador común a lo largo de su historia es que su enemigo más temido que a priori impresiona el más débil, son los sectores populares con sus saberes populares y la capacidad de hacer de la dimensión social, de lo colectivo y del vínculo, herramientas terapéuticas efectivas que no se pueden comprar y no se pueden medir.

Y es quizás, por este motivo, que el MMH diseñó una estrategia, tan sutil como potente, que consiste en atrincherarse con el disfraz de “procedimiento seguro” en el nacimiento y la muerte, constituyéndose en “amo y señor de lo que se puede (desde la ley) y lo que se debe (desde la seguridad sanitaria) hacer.

Siguiendo a Foucault (1976), diremos que el MMH establece entre el equipo de salud y los usuarios una sociedad disciplinaria, un diagrama de prácticas de vigilancia y disciplinamiento de operaciones corporales y de conducta que somete, utiliza, transforma y perfecciona al cuerpo considerado dócil.

Así, a partir de 1950 el parto pasa a ser “una práctica” institucionalizada; y lo que hasta ese momento transcurría en la intimidad y singularidad del hogar y el seno familiar, muta a procedimientos estandarizados y fundamentalmente controlados por el personal de salud.

Una vez más, y excusado en el discurso de minimizar los riesgos, el MMH toma el control de un hecho fisiológico como es el nacimiento, cargándolo de tecnología para quitarle naturaleza ya que es válido pensar que cuanto mayor es la medicalización del proceso del parto, menor es la autoridad y autonomía que la persona gestante y sus redes de apoyo pueden ejercer durante el proceso. Y esta dinámica se repite también en los finales de la vida, como retomaremos al analizar los derechos humanos en juego.

## **LAS LLAMADAS “TERRITORIALIDADES DISLOCADAS”**

Un aporte fundamental para entender cómo a través de la noción de riesgo se le quita voz y autonomía a las dueñas del parto, es el de “territorialidades dislocadas”, definidas como “las reproducciones de acciones, relaciones o expresiones propias de un territorio, pero que se dan en otros territorios” (Fernández Mançano, 2005,) ¿Acaso el parto en el hospital no es la dislocación de un hecho natural, fisiológico, no médico? ¿Y el parto en casa actual, la vuelta al hogar, no es significado socialmente como una dislocación del lugar “normal”, naturalizado, sanitario para nacer?” (Castrillo, 2015, p.4) Desde esta perspectiva de género que nos propone Belén Castrillo es que deconstruimos la noción del parto, como un hecho natural.

Imposible en este punto obviar la acepción más común del término dislocado en medicina, como algo fuera de lugar y por ende con pérdida de la funcionalidad hasta tanto vuelva al lugar correcto.

Una vez más, como en la paradoja de Menéndez, dominantes y dominados del campo médico comparten una cosmovisión general y la creencia en la necesidad de intervención médica, sin cuestionar al detentor de ese saber específico” (Castrillo, 2014, p.4).

El control de la sociedad sobre los individuos no se opera simplemente por la conciencia o por la ideología, sino que se ejerce en el cuerpo, con el cuerpo. Para la sociedad capitalista lo importante era lo biológico, lo somático, lo corporal, antes que nada. El cuerpo es una realidad biopolítica; la medicina es una estrategia biopolítica. (Foucault, 1974)

Retomando el concepto de territorialidades, es válido preguntarse qué sucedería si en lugar de continuar viéndolos como territorios antagónicos y prácticamente en disputa, pensáramos en nuevo territorio que contenga características de ambos, un territorio cogestionado, algo así como lo que Mhery (2006 y 2008) denomina “espacio de encuentro”, donde los saberes, conocimientos y métodos se utilizan para mejorar la calidad del trabajo, especialmente en el ámbito de salud, mediante la creación de relaciones interpersonales y la adaptación a las necesidades individuales de cada usuario. No se trata esta vez de herramientas o dispositivos tangibles, como sí lo son las tecnologías duras, sino de relaciones que buscan optimizar la práctica.

Un espacio o territorio desconocido para el profesional, donde va con “mariposas en el estómago”, y donde debe llevar consigo dos dimensiones: la dimensión profesional (propia de su práctica disciplinar) y la dimensión cuidadora, transversal a todas las disciplinas y constituidas por el saber mirar, tocar, escuchar, así como también por su posicionamiento ético e ideológico. Sin esta última dimensión, dice Mhery (2007 y 2008), se establece entre usuario y profesional de la salud una relación similares a la de torturador/torturada, donde lo único “vital” pasa a ser “actuar como el torturador solicita que se actúe”

En esta nueva territorialidad domina la clínica ampliada o clínica del sujeto (Campos, 1997), esta perspectiva en la que la usuaria “ingresa a la consulta con todas sus dimensiones personal, histórica, cultural, así como también las dinámicas de poder que la afectan. En este territorio cogestionado, el deseo de las usuarias se convierte en una brújula que guía el encuentro con los trabajadores de la salud, y se defiende a este deseo de las garras del “cafisheo capitalístico” que pretende serializar la subjetividad de las usuarias (SueLyRolnik, 2019)

Vivimos en sociedades de “fábricas de subjetividad serializadas”, donde la economía del deseo es capturada por el “cafisheo” capitalístico. En lo que sigue ampliamos esta propuesta teórica-práctica de Rolnik (2019).

Ya que nos motiva que estas disputas se dirimen diariamente, vulnerando derechos de los usuarios, fundamentalmente de los más vulnerables, más allá del campo de lo abstracto o teórico.

## **DESCOLONIZACION DEL INCONSCIENTE CAPITALISTICO DESDE EL SABER-DEL-CUERPO**

Rolnik (2019) propone una ética micro política activa retomando la cosmología de pensamiento de los guaraníes, en la cual la relación entre alma y cuerpo, entre espíritu y palabra, no deben estar separadas sino unidas. Para ello es necesario reconocer las fuerzas más íntimas que poseemos, entenderlas y conectarlas con las fuerzas del ecosistema y de

los ámbitos sociales y contextuales donde vivimos. A esa relación la denomina el saber-del-cuerpo, el saber-del-viviente

Suely Rolnik (2019) analiza los procesos de opresión colonial y capitalística como procesos de captura de la fuerza vital, la cual reduce la subjetividad a su experiencia como sujeto, neutralizando la complejidad de los efectos de las fuerzas del mundo en el cuerpo en beneficio de la creación de un individuo con una identidad. La alianza de las fuerzas neoliberales y conservadoras depende de que ambas compartan una misma moral y un mismo modelo de identificación subjetiva: el inconsciente colonial-capitalístico.

El cambio social se debe realizar a través de la reapropiación del “saber-del-cuerpo”, de la sexualidad, de los afectos, del lenguaje, de la imaginación y del deseo. La auténtica fábrica es el inconsciente y por tanto la batalla más intensa y crucial es micropolítica.

Lo que nos sugiere Rolnik (2019), es que existe una “proxenetización” o “cafishéo” que muestra la frecuencia vibratoria de la explotación del capital neoliberal actual en nuestros cuerpos. En su nueva versión, es de la propia vida que el capital se apropia. Precisamente, de su potencia de creación y transformación en la emergencia misma de su impulso germinal. La fuerza vital de creación y de cooperación es así canalizada por el régimen para construir un mundo acorde con sus designios.

En ese sentido Rolnik (2019) propone denominar como “inconsciente colonial-capitalístico” a la política de la inconsciente dominante en este régimen y que atraviesa toda su historia, pues lo único que varían son sus modalidades junto con sus transmutaciones y sus formas de abuso de la fuerza vital de creación y cooperación. En tal sentido, lo clasifica como “inconsciente colonial-cafishéístico”.

Lo que caracteriza micropolíticamente al régimen colonial-capitalístico es el abuso de la vida como fuerza de creación, transmutación y variación. Esta expoliación profanadora de la vida es la médula del régimen en la esfera micropolítica, al punto que podemos designarlo como “colonial-cafishéístico”. Es la propia fuerza vital de todos los elementos que componen la biósfera la que por él es expropiada y corrompida: plantas, animales, humanos, etc.; asimismo son también expropiados los otros tres planos que forman el

ecosistema planetario, de los cuales depende la composición y manutención de la vida: la corteza terrestre, el aire y las aguas.

Desde una perspectiva ética del ejercicio del pensamiento que rige las acciones del deseo en el polo activo, pensar, sostiene Rolnik (2019), consiste en “escuchar” los afectos. Esto es sentir los efectos que las fuerzas de la atmósfera del ambiente producen en el cuerpo, las turbulencias que provocan en él. En tanto, desde la perspectiva de su polo reactivo, pensar consiste en “ensordecirse” a los afectos, a las turbulencias que ocasionan y a las demandas de la vida que éstas necesariamente movilizan.

### **POLITIZAR EL MALESTAR**

Cvetkovich (2018) propone una idea de "depresión política" que no descarta a los afectos que Spinoza llamaría tristes o impotentes, del juego político, insistiendo en que transformar la realidad no tiene por qué hacerse desde las bases de una alegría plástica o fútil, que los afectos negativos tienen mucho para decirnos de nuestro fracaso y de nuestras utopías, y que el malestar puede ser una fuerte piedra de toque para reunirnos y reactivar otras formas de agencia, de agencia rota, sintomática, depresiva.

El concepto de “depresión política” desarrollado por Ann Cvetkovich (2018) se apoya por cierto en la noción de melancolía de izquierda y comparte con ella una tradición extensa de esfuerzos por combinar la política y los sentimientos, una de cuyas versiones son los esfuerzos por pensar juntos el marxismo y el psicoanálisis. Incluso si parte de la familiar posición de izquierda según la cual los sentimientos y las instituciones terapéuticas que los abordan deben tener en última instancia un horizonte político y conducir a una transformación social, también busca atravesar algunos de los impasses que resultan de las críticas de la terapia y la política afectiva, que a menudo engloban el sentimiento bajo la rúbrica de lo político. Plantea de nuevo la cuestión acerca de cómo aceptar las respuestas emocionales como parte de un proyecto de justicia social. Presta atención a los sentimientos que produce el activismo y a los modos en que el activismo podría transformarse si pudiera hacer lugar, más fácilmente, a sentimientos positivos y negativos por igual”.

La propuesta es politizar el malestar. Es una oportunidad única que tenemos para transformar las condiciones del campo de la salud, relacionadas a las lógicas de los demás campos. Para ello, nos aconseja Cvetkovich (2018), tenemos que hacer de la depresión un sentimiento público. Este malestar, psico-social, es un punto de partida para reunirnos, problematizar y tomar acciones en pos de una nueva sociedad. Hay que reinventar las formas de intervención, no solo en las políticas sanitarias, sino en las prácticas cotidianas en el campo de salud.

## **LOS DERECHOS HUMANOS EN JUEGO EN ESTA TENSION**

Vertebraremos en nuestra reflexión los derechos humanos (DD. HH) con el despliegue de las tecnologías blandas, en esta tensión entre el MMH, el derecho y la singularidad de los usuarios.

Derechos Humanos, que entendemos desde un enfoque amplio, como un “proceso de construcción social”, siguiendo a Camacho Monge (2016), dinamizados bajo un trípode constituido por los movimientos sociales, los cambios culturales y la normativa.

¿Y qué DDHH son los que están en juego en esta tensión? Los DD. HH intrínsecos a la autonomía para decidir sobre el propio cuerpo y proyecto de vida; de información comprendida (con escucha activa y empatía); de salud integral (teniendo en cuenta los determinantes sociales y la determinación social, siguiendo a Jaime Brheil, 2023). Y, por último, el de libertad relacionada con la igualdad inclusiva.

Todos los DD. HH fundamentados en la dignidad (Bernal, 2024), que como valor axiológico de la persona como tal, no puede ser vulnerada por ningún mecanismo de disciplinamiento y poder alguno. Dignidad inalienable que entendemos, siguiendo a Dworkin, como “buena vida” y “buen vivir” con responsabilidad ética propia y hacia los demás (Bernal y Jaluf, 2025, p.38), ya que como sostiene este autor no es posible respetar adecuadamente nuestra dignidad si no se respeta la dignidad de los otros.

Ahora bien, ¿nos preguntamos si los mecanismos de disciplinamiento y poder sobre el cuerpo y sobre la vida del MMH podrían obstruir estos DD. HH?

Para reflexionar sobre nuestra pregunta nos basaremos en dos ejes: por un lado, en estudios sociológicos de investigadores del CONICET; y, por otro lado, en lo que sucede generalmente en la práctica asistencial.

En estudios sociológicos que hemos tomado en cuenta, los investigadores del CONICET (Alonso y Esquivel, 2020 y Alonso, Villarejo y, Brage 2020), han concluido que, desde la propia génesis de la reforma de la ley de derechos de los pacientes del año 2012, conocida como “Ley de Muerte Digna”, estudiando las actas de los debates parlamentarios de más de 200 proyectos ley, han observado una matriz estatal histórica de laicidad subsidiaria con cooperación estatal religiosa de complementariedad, con disputas y negociaciones. Ello, tanto para ampliar como para restringir derechos, en que en ambos casos en la mayoría de los debates se enarbolaron encíclicas papales como argumentación. En este sentido, salvo el caso del derecho al retiro de las medidas de alimentación e hidratación artificial, (que los sectores de la Iglesia Católica resistieron, pero se lograron reconocer), se terminó por sancionar lo que dicha institución permite: la adecuación terapéutica para evitar el encarnizamiento terapéutico, cuando las intervenciones son desproporcionadas y solo tienen por fin alargar la agonía con un sufrimiento desmesurado, prohibiéndose en forma expresa las prácticas eutanásicas. Por lo que se vislumbrarían mecanismos de poder en el origen mismo de la regulación de los derechos sobre los finales de la vida, siguiendo a estas investigaciones del CONICET.

Por su parte, otra autora muy reconocida en el ámbito del derecho, coautora del Código Civil y Comercial de la Nación (de tinte netamente progresista), ha reafirmado estas tensiones entre amplitud derechos e imposición de la moral religiosa de instituciones en el Congreso, cuando se pretende imponer una determinada moral religiosa a una normativa en el proceso de debate parlamentario (Aída Kemelmajer, 2012).

El segundo eje de análisis lo constituye lo que sucede generalmente en la práctica asistencial: que el MMH se encuentra legitimado y reproducido socialmente, mediante dos relaciones en constante tensión: de coerción y consenso; obstruyendo DDHH.

En este sentido, por una parte, existen infinidad de leyes progresistas que amplían derechos; y, por otra parte, existe un desconocimiento y rechazo sobre su amplitud y ejercicio efectivo. Ello, tanto por excesivas formalidades legales exigidas y restricciones a su accesibilidad (por ejemplo en el caso de las Directivas Médicas Anticipadas o DMA);o por falta de información o por confusiones interpretativas en el caso de otras normas vinculadas al derecho a la salud. Y nos interpelamos si ello es casual, siguiendo el hilo de los apartados anteriores.

A mayor abundamiento, nos encontramos con objeciones de conciencia corporativas ante la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo o ILE, (de servicios enteros en determinados contextos de salud), desconociendo una lucha histórica del derecho a decidir sobre el propio cuerpo; o dificultades para planificar los finales de vida mediante DMA (Bernal, 2024) como adelantamos; entre otras limitaciones a las singularidades de lxs usuarixs y sus DDHH en estos dos acontecimientos de la vida de las personas: su comienzo y sus finales.

Muchas interpelaciones, resistencias y vulneración de DDHH en la práctica asistencial, que nos conmueven a la reflexión profunda.

Y volvemos a interpelarnos acerca de si grupos dogmáticos hegemónicos continúan intentando regular o influenciar al “sujeto político” y al “sujeto biológico”, siguiendo a Abad y Páez (2007), como mecanismos de “disciplinamiento” “del cuerpo” y del “derecho a morir” en que “la vida” es “objeto de poder”. Tanto en los inicios de la vida, (con esto de las territorialidades dislocadas mencionadas), como en sus finales.

A modo enunciativo, (sin pretender agotar el repertorio): casos de violencia obstétrica (visible o encubierta); encarnizamiento terapéutico y tratamientos fútiles, como el caso reciente judicializado sin sentido en Córdoba en el año 2023, a más de 12 años de la Ley de Muerte Digna, como dieron cuenta Iparraguirre, Díaz y Bernal (2024); posibles muertes mediante objeciones de conciencia corporativas a la ILE/IVE...

Es decir, se vislumbran como resultados de los mecanismos de control: posibles daños y vulneración de DD. HH. y de los principios bioéticos de autonomía, no maleficencia (no dañar o no agravar el daño), vulnerabilidad y dignidad (reconocidos en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de UNESCO (2005).

En este sentido, nos volvemos a preguntar si se respetan los DD. HH en correspondencia con la singularidad de los usuarios. Pensamos que este espacio, desde la reflexión interdisciplinaria, podría ayudar en esta interpelación y reflexión crítica para construir una mirada esperanzadora.

### **NUESTRA PROPUESTA CONTRAHEGEMONICA**

Para concluir, propondremos un modelo alternativo o contra-hegemónico, como forma de intervención, enmarcado en que necesariamente las tecnologías blandas o el trabajo vivo comanden siempre la práctica sanitaria para darle voz al usuario.

En este encuentro del trabajo vivo en acto el equipo de salud deberá presentarse portando dos grandes dimensiones: la dimensión profesional de sus saberes disciplinares y científicos, pero fundamentalmente deberá presentarse con la “dimensión cuidadora” del acogimiento, posicionamiento ético, recibimiento, del vínculo y la escucha (Merhy, 2006 y 2008). Si se presenta a este encuentro portando solo su dimensión profesional, muy probablemente el vínculo que se establecerá será similar al generado entre torturador y torturado.

Por el contrario, una visión sobrecogedora de lo que puede transformarse ese encuentro nos permite introducir la perspectiva de DDHH vertebrándolo con el despliegue de las tecnologías blandas, los afectos, sentimientos y deseos de los usuarios. Lo que nos vincula con los DD. HH intrínsecos a la autonomía para decidir sobre el propio cuerpo y proyecto de vida, de información comprendida, salud integral y libertad relacionada con la igualdad inclusiva, fundamentados en la dignidad (Bernal, 2024).

### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Abad S. y Páez Canosa, R. (2007). “El sentido de la biopolítica”. 8 de septiembre de 2007. Buenos Aires: Diario *Clarín*.

Alonso, J. & Esquivel J. (2020). Incidencia de valores religiosos en la regulación de derechos en el final de la vida: análisis de proyectos parlamentarios sobre el rechazo de tratamientos médicos en Argentina. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S24486442202000010013](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S24486442202000010013)

Alonso, J. P., Villarejo, A. y Brage, A. (2020). Debates parlamentarios sobre la muerte digna en Argentina: los derechos de los pacientes terminales en la agenda legislativa, 1996-2012. Recuperado de [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010459702017000401031&script=sci\\_arttext&tlng=es](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010459702017000401031&script=sci_arttext&tlng=es)

Bernal, M. (2024) El acceso a las directivas médicas anticipadas. La competencia: concepto clave para el respeto a la dignidad. *Revista Redbioética*, UNESCO, Año 14, Vol. 1-2, N° 27-28, pp. 28-46.

Bernal, M. & Jaluf (2025) Resignificando la dignidad y competencia para el respeto de derechos humanos de algunas personas vulnerables. *Hologramática*. Año XXI, Número 41, V2, pp. 29-47. Facultad de Ciencias Sociales Universidad Nacional de Lomas de Zamora (UNLZ) Recuperado de <http://revistas.unlz.edu.ar/ojs/index.php/rholo/article/view/45>

Breilh, J. & Krieger, N., (2023) Epidemiología crítica y la salud de los pueblos: ciencia ética y valiente en una civilización malsana. Quito, EC: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador / Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Filosofía y Letras.

Camacho Monge, D. (2016). El concepto de Derechos Humanos. El dilema del carácter de los Derechos Humanos. *Revista de Ciencias Sociales (CR)*, Vol. 2, N° 152. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15348419001>

Cvetkovich, A. (2018). *Un archivo de sentimientos. Trauma, sexualidad y culturas públicas lesbianas*. Barcelona: Bellaterra.

De Sousa Campos, G. (1997) La clínica del sujeto: por una clínica reformulada y ampliada. Recuperado de [https://salud.rionegro.gov.ar/documentos/salud\\_mental/Gestion%20en%20Salud.%20Sousa%20Campos.pdf](https://salud.rionegro.gov.ar/documentos/salud_mental/Gestion%20en%20Salud.%20Sousa%20Campos.pdf)

de Souza Santos. B. (2009) *Una Epistemología del Sur. La reinención del conocimiento y la emancipación social*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores, CLACSO. pp. 160-209.

Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. UNESCO. 2005. Recuperado de [https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180\\_spa](https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_spa)

Foucault, Michel (1976/2005). *La voluntad de saber*. Madrid: Siglo XXI.

Iparraguirre, M., Bernal, M. & Díaz, M. (2024) Tecnologías en salud, formalidades y testamentos vitales desde una mirada interdisciplinaria. *Hologramática*. Año XXI Número 40, (21) V4, pp. 17-46. Facultad de Ciencias Sociales Universidad Nacional de Lomas de Zamora (UNLZ). Recuperado de <http://revistas.unlz.edu.ar/ojs/index.php/rholo/article/view/45>

Iparraguirre, M., Sampietro, D. y Bernal, M. (2025). Ponencia titulada: “La Salud no puede ser una Fábrica de Subjetividad serializada y cafisheada” presentada en las Jornadas de Sociología: “Rupturas y continuidades en la sociedad actual”, Mesa: “Salud, Medicina y sociedad: la (bio) medicalización en clave sociológica; organizadas por la Facultad de Humanidades de la Universidad Nacional de Mar del Plata en marzo del 2025.

Kemelmajer de Carlucci, A. (2012) Ley, religión y bioética: cuestiones álgidas en Latinoamérica, en Casado, M.; Luna, F. (Coord.), *Cuestiones de bioética en y desde Latinoamérica*. Parte 1, capítulo 1, pp. 35-52. Navarra: Ed. Civitas, 2012.

Menéndez, E. L. (1978), "El modelo médico y la salud de los trabajadores", en F. Basaglia *et al.*, *La salud de los trabajadores*. pp. 11-53. México: Edit. Nueva Imagen.

----- (2020) Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud Colectiva*; 16e2615. [Doi:10.18294/sc2020.2615](https://doi.org/10.18294/sc2020.2615).

Merhy, E (2006). *Salud. Cartografía del Trabajo Vivo*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

----- (2008) "La pérdida de la dimensión cuidadora en la producción de la salud una discusión del modelo asistencial y de la intervención en el modo de trabajar la asistencia.". University of New Mexico. Recuperado de [https://digitalrepository.unm.edu/lasm\\_es/140/](https://digitalrepository.unm.edu/lasm_es/140/)

Rolnik, S. (2019). *Esferas de insurrección. Apuntes para descolonizar el inconsciente*. Buenos Aires: Tinta Limón.