

REFLEXIONANDO ACERCA DE LA SALUD COMO DERECHO HUMANO EN LA ARGENTINA

Bernal, Marcela

Universidad Nacional de Mar del Plata

marcelapaulinabernal@gmail.com

Iparraguirre, Martina

Universidad Nacional de Mar del Plata

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

Fecha de recepción: 30-5-2023

Fecha de aceptación: 11-6-2023

RESUMEN

En forma de ensayo, nos propondremos como objetivo problematizar el derecho humano a la salud respecto a su acceso efectivo en la práctica en la Argentina. Como metodología utilizaremos una indagación bibliográfica (exploratoria y descriptiva). Nuestro marco teórico de análisis será la bioética social de Susana Vidal (2010 y 2013). Como resultado observaremos un contraste entre el amplio reconocimiento jurídico del derecho humano a la salud (que desarrollaremos previamente) y su acceso efectivo en la práctica, dado nuestro sistema segmentado y fragmentado de salud que caracterizaremos. Analizaremos los resultados

críticamente desde la bioética social para intentar despertar una reflexión para la acción acerca de su inequitativo acceso en el contexto de Argentina; y nos interpelaremos sobre si es necesario un sistema único, universal e integrado de salud que garantice la igualdad inclusiva sin discriminaciones. Como reflexiones finales plantaremos que es necesaria una mirada ética, política y ciudadana, solidaria e inclusiva, para vehicular una posible transformación desde la bioética social como instrumento de reflexión para pensar y repensar sobre la justicia o injusticia del actual sistema de salud de nuestro país que afecta con mayor impacto a las personas más vulnerables.

PALABRAS CLAVE: Salud – Derecho – Humano -Argentina

ABSTRACT

In the form of an essay, we will propose as an objective to problematize the human right to health regarding its effective access in practice in Argentina. As a methodology we will use a bibliographic inquiry (exploratory and descriptive). Our theoretical framework of analysis will be the social bioethics of Susana Vidal (2010, 2013). As a result, we will observe a contrast between the broad legal recognition of the human right to health (which we will develop previously) and its effective access in practice, given our segmented and fragmented health system that we will characterize. We will critically analyze the results from social bioethics to try to awaken a reflection for action about its inequitable access in the context of Argentina; and we will question ourselves on whether a single, universal and integrated health system is necessary that guarantees inclusive equality without discrimination. As final reflections, we will propose that an ethical, political and citizen, supportive and inclusive perspective is necessary to channel a possible transformation from social bioethics as an instrument of reflection to think and rethink about the justice or injustice of the current health system in our country that It affects the most vulnerable people the most.

KEY WORDS: Health – Human – Right -Argentine

I. INTRODUCCIÓN

En forma de ensayo nos proponemos como objetivo problematizar la conceptualización del derecho a la salud como derecho humano (DD.HH.) en relación a su acceso efectivo en la práctica sanitaria como práctica social, situada y contextualizada en la Argentina.

Como metodología, hemos utilizado una indagación bibliográfica de carácter exploratoria y descriptiva. Como marco teórico de análisis crítico nos situamos en la bioética latinoamericana y en especial en el enfoque de la bioética social, siguiendo a Susana Vidal (2010 y 2013).

En cuanto al desarrollo plantemos nuestro recorrido, comenzando por conceptualizar a la salud desde un abordaje crítico. En segundo lugar, para caracterizarla como DD.HH., daremos cuenta primeramente acerca de lo que entienden por Derechos Humanos algunos enfoques que hemos seleccionado, por ser enfoques clásicos o bien por ser enfoques disruptivos e interesantes para nuestro análisis, dejando de lado otros enfoques que no suman a nuestro trabajo, como los enfoques negacionistas. Después, nos interpellaremos acerca de qué tipo DD.HH. es el derecho a la salud, planteando distintas perspectivas a los fines de su problematización, a partir de las distintas generaciones de ellos. Luego, trataremos de reflexionar acerca de qué se entiende por salud con perspectiva de derechos, para continuar luego con el reconocimiento jurídico (constitucional, convencional, legal y jurisprudencial) del derecho a la salud en la Argentina; sobre la graduación de nuestro ordenamiento y sobre principios de interpretación en materia de derechos humanos relacionados con este derecho que nos parecieron relevantes.

Como resultados contrastaremos el amplio reconocimiento jurídico del derecho a la salud con el sistema de salud fragmentado y segmentado de Argentina, con un breve recorrido histórico y una caracterización para poder entender la problemática abordada y poder plantear algunas interpellaciones que nos resultaron importantes.

Estos resultados los analizaremos desde la bioética social, preguntándonos acerca de si es necesario un cambio hacia un sistema único, integral y universal de salud, desde una reflexión crítica para garantizar condiciones de igualdad inclusiva y equidad.

Por último, como reflexiones finales abiertas plantearemos una problematización crítica desde la bioética social para intentar despertar una reflexión para la acción acerca del inequitativo acceso al DD.HH. a la salud en el contexto de Argentina, con miras de garantizar al propio derecho.

2. CONCEPTUALIZACIÓN DE LA SALUD

Comenzamos por recordar el concepto de salud construido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1948 como estado de completo bienestar físico, mental y social, caracterización que ha sido cuestionada por utópica, retórica o medicalizante, como ha referido Maglio (2022) siguiendo respecto a esta última crítica a Conrad.

A su vez, a partir de la Conferencia de la OMS de Alma Ata de 1978 se ha consagrado a la salud como DD.HH. fundamental. No obstante, Víctor Penchazadeh (2018, p. 5) ha realizado una reflexión crítica. Ha afirmado que si bien en dicha conferencia “se marcó para siempre a la salud como DD.HH. fundamental”, “basado en preceptos éticos de justicia y equidad” y se la consagró para el “progreso social y dignidad”, promoviendo la estrategia de la Atención Primaria de la Salud (APS), luego de cuarenta años y a partir de la década del 90 se ha producido una “reacción negativa a sus postulados”. ¿Por qué sostiene Penchazadeh esta reacción negativa desde los 90? Porque a partir de esta década la concepción de la salud pasó a ser un “*tema individual*” y la atención médica una “*mercancía*”, con la apertura de los mercados y con la atención de personas con menores recursos mediante “paquetes mínimos”. En este sentido, ha cuestionado las políticas de “degradación de los sistemas públicos de salud desde el Estado”, con el correlativo aumento de la inequidad e injusticia social (Penchazadeh, 2018, p. 5). Ha sostenido que se ha pasado de un concepto de salud como DD.HH. a una “concepción de mercado” en que su cobertura será

comprada de acuerdo a la “necesidad de pago” (pp. 8-9), situación que retomaremos más adelante.

Por su parte, Susana Vidal (2010, 2013) ha propuesto una redefinición del concepto de salud desde la “*salud integral*”, los “*modos de vida*”, las “*capacidades*” y el “*desarrollo humano*” (Vidal, 2010, p. 103). Seguiremos a continuación esta redefinición desde la perspectiva de esta autora.

Salud integral implica la “capacidad y derecho individual y colectivo de realización del potencial humano (biológico, psicológico y social) que permita a todos participar en los beneficios del desarrollo (de las capacidades humanas esenciales)” (p. 102). Los “*modos de vida*”: constituyen el “conjunto de prácticas de una sociedad, sus movimientos productivos y reproductivos, relaciones organizacionales, culturales, representaciones y relaciones ecológicas. En ellos se dan condiciones para el desarrollo humano pleno con equidad. Considera que comprenden tres dimensiones: una general o macro de un Estado o sociedad, una particular o micro de grupos y una individual (pp.103-107). En el marco de los modos de vida se manifiestan las “*necesidades humanas*”. En cuanto a estas últimas su satisfacción determinará hacer posible las capacidades humanas. Existen necesidades humanas diversas de acuerdo a las distintas corrientes liberal o solidaria y son comprensivas de las necesidades básicas (fisiológicas y sociales) (pp. 108-110). Respecto a las “capacidades humanas” entiende que aluden a la noción de dignidad. Tiene en cuenta varias clasificaciones, pero resalta tres capacidades humanas esenciales para el desarrollo humano: vivir una vida larga y saludable, tener conocimiento, y disfrutar un nivel decente de vida (Vidal, 2010, pp.110-111). Y finalmente, esta pensadora entiende por “*desarrollo humano*” a un proceso de ampliación de las capacidades del individuo, de sus opciones (no de consumo), en relación con lo que la gente quiere y puede hacer de sus vidas. En este sentido, un índice de Desarrollo Humano podría ser reflejo de logros de capacidades humanas básicas, por ejemplo: el caso del género, de la pobreza humana, etc. (pp. 111-112)

3. CARACTERIZACIÓN DE LA SALUD COMO DD.HH.

Una vez conceptualizada a la salud desde un abordaje crítico, siguiendo a los autores mencionados, intentaremos problematizar un concepto que se viene repitiendo en forma reiterada y acrítica a partir de Alma Ata (1978) respecto a que la salud es un DD.HH. Ahora bien, trataremos de precisar algunos conceptos para luego intentar reflexionar sobre esta afirmación.

En este sentido, en primer lugar, antes de caracterizar a la salud como DD.HH. haremos referencia a algunos enfoques sobre la propia conceptualización de estos derechos, sin pretender agotarlos. Luego, realizaremos una historización desde las llamadas generaciones de los mismos.

Finalmente, a continuación, nos interpelaremos acerca de qué tipo de DD.HH. es la salud, desde algunos de los distintos enfoques.

3.1. CONCEPTO DE DERECHOS HUMANOS

En cuanto al propio concepto de DD.HH. se encuentra muy controvertido. Daremos cuenta de algunas posturas que nos parecieron importantes o interesantes para nuestro análisis, sin pretender agotarlas y sin mencionar las posiciones negacionistas de ellos.

El Alto Comisionado de las Naciones Unidas ha considerado a los DD.HH.¹ como aquellos derechos inherentes por existir como seres humanos, con independencia de la nacionalidad, del género, etnia, religión, idioma, etc.; caracterizados como universales, inalienables, indivisibles e interdependientes. (como luce en la página de la OMS disponible).

Otro enfoque interesante, considera que la categoría conceptual DD.HH. es un “proceso de construcción social”, con tres vértices en interacción dinámica, constituido por los movimientos sociales, los cambios culturales y la normativa (Camacho Monge, 2016). Desde esta perspectiva,

¹ Véase en la página de la OMS el siguiente enlace <https://www.ohchr.org/es/what-are-human-rights>

recordamos el papel importante que tuvieron los movimientos sociales en el reconocimiento de los DD.HH. de los colectivos con HIV.

Por su parte, Carlos Santiago Nino (1984), quien ha realizado un estudio profundo acerca de la conceptualización de los DD.HH., analizando los distintos enfoques positivistas y iusnaturalistas, ha sostenido que estos constituyen derechos morales porque tienen valor axiológico, siendo su valor fundante la dignidad.

En cuanto al carácter de la universalidad de los DD.HH. se encuentra muy discutido a partir de las décadas de los setenta y ochenta. María Luisa Pfeiffer (2007: 80) lo ha cuestionado porque no se podría imponer una cultura determinada y predicar la libertad imponiéndola, sino ello implicaría una acción contradictoria.

3.2. LAS LLAMADAS GENERACIONES DE DERECHOS HUMANOS

Para luego interpelarnos acerca de qué tipo de DD.HH. es el derecho a la salud, los historizaremos a partir de las llamadas generaciones de los mismos, construcción conceptual que surge a partir de su reconocimiento luego de grandes revoluciones o guerras y de diferentes cosmovisiones (individualistas, sociales y solidarias). Dividiremos a los DD.HH. como de la primera, segunda, tercera y hasta cuarta generación.

Los derechos de la primera generación son los llamados individuales (civiles y políticos), reconocidos luego de las revoluciones francesa y americana en el siglo XVIII, en que se planteó un rol del Estado pasivo, con obligaciones negativas de su parte, que solo debe actuar frente a la violación o amenaza de un derecho, con una cosmovisión liberal.

Los derechos de la segunda generación son los sociales, económicos y culturales, reconocidos luego de la revolución industrial en las constituciones de Querétaro México de 1916 y de Weimar Alemania 1919, en que se planteó un rol del Estado que debe ser activo, para garantizar el acceso a los derechos para todos mediante acciones y obligaciones positivas de su parte.

Los derechos de la tercera generación fueron reconocidos en la segunda mitad del siglo XX, luego de la segunda guerra mundial, se fundan en la noción de solidaridad, como el derecho a la paz, al consumo, al ambiente sano, etc. Son llamados derechos colectivos o de incidencia colectiva porque pertenecen o toda la humanidad o un colectivo amplio de personas. Por lo tanto, su llave de acceso frente a su amenaza o violación es amplia y no se limita al acceso individual, correspondiendo al Defensor del Pueblo, a una asociación registrada o a la persona individual afectada. Ello sin perjuicio, de las obligaciones positivas a cargo de los Estados para promover y garantizar estos derechos.

Estos derechos de la primera, segunda y tercera generación han sido incorporados en Tratados Internacionales de DD.HH., en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en nuestra Constitución Nacional, como retomaremos más adelante.

Y los derechos de la cuarta generación, son los reconocidos luego de la llamada revolución tecnológica, derivados de las nuevas tecnologías, de la inteligencia artificial (IA), de la robótica, de la telemedicina: como el derecho a la conexión, a la desconexión y al acceso a estas nuevas tecnologías, entre otros. Si bien no existen tratados internacionales, la UNESCO ha formulado respecto a la IA recomendaciones éticas en el año 2021 y la Comisión Europea en el año 2019 (Lamm, 2022). Se han formulado críticas sobre los límites a la privacidad e intimidad que conllevan estos nuevos avances, también sobre la brecha digital para su acceso efectivo entre otros cuestionamientos, destacándose sus ventajas y desventajas, como así también las normas éticas que deben regular la IA (Lamm, 2021 y 2022). Por su parte, en un extremo crítico Eric Sadin, entrevistado por Febbro (2022) se ha referido respecto a esta revolución tecnológica, -y los derechos y no derechos que emergen de ella-, como un nuevo mecanismo de control y tecnoliberalismo, como una mercantilización integral de la vida, que conlleva a un aislamiento colectivo, entre otras consideraciones.

3.3. ¿Y LA SALUD QUÉ DERECHO HUMANO ES?

En general, la Constitución de la OMS ha afirmado en el año 2019 que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano.” Ha sostenido que el derecho a la salud debe incluir un “acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de atención de salud de calidad suficiente. No obstante, ha afirmado que millones de personas viven en la extrema pobreza como “consecuencia de gastos sanitarios”, sobre todo los “grupos vulnerables y marginados”.²

Esto se enlaza con los elementos de la salud como DD.HH., que según la Observación 14/ 2000 del Pacto de San José de Costa Rica, son: la disponibilidad, la calidad, la accesibilidad (física, económica y a la información), la no discriminación, la aceptabilidad (en cuanto a establecimientos, bienes y servicios en salud respetuosos de la ética médica, de la cultura, de las minorías, del género, del ciclo vida, de los pueblos y comunidades), como ha referido Maglio, (2022). Por su parte, el Folleto Informativo 31 del 2008 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha considerado al derecho a la salud como inclusivo, que comprende: libertades y derechos (como acceso a medicamentos esenciales), el derecho a la facilitación de bienes e instalaciones de salud para todos sin discriminaciones, que no equivale al derecho a estar sano solamente, y que no es un objetivo programático a largo plazo.

Ahora bien, desde las llamadas generaciones de DD.HH. se encuentra discutido en qué generación debiera incluirse al derecho a la salud. Existen distintos enfoques en cada extremo como son los individualistas o liberales, por una parte y los solidarios, por otra parte, sin perjuicio de los enfoques intermedios.

Para una concepción liberal o neoliberal el derecho a la salud es un derecho solamente individual, una mercancía, en que el Estado debiera despreocuparse, como ha cuestionado Pehchazadeh (2018). En este sentido, existen teorías negadoras del derecho a la salud como las de Nozick, Fried, Buchanan, que sostienen un estado de mínimo, como ha referido Maglio (2022).

² Disponible en el siguiente link: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>

Por el contrario, otras teorías sostienen el derecho a la salud con distintas perspectivas como las de Rawls, Sen, Green y Daniels, que entienden este derecho en un sentido superador de un mínimo decente, con la salud como asiento de derechos, siguiendo también a Maglio (2022).

Para otra concepción que podríamos considerar solidaria, el derecho a la salud debería estar incluido dentro de los derechos sociales, culturales y económicos (DESC), como han sostenido Ase y Buriyovich (2009, p. 29), con obligaciones positivas a cargo de los Estados, para que no se convierta en un discurso ético y moral.

Para Susana Vidal (2010, 2013) la salud como DD.HH. es un derecho individual y también colectivo, relacionado con el pleno ejercicio de otros derechos que resguardan las necesidades humanas, concepto del que dimos cuenta anteriormente.

La Corte Suprema de Justicia de la Nación Argentina (CSJN) ha sostenido en repetidos precedentes: que es un derecho extensivo a la salud individual y colectiva, reconociendo legitimación a asociaciones para la tutela judicial de colectivos vulnerables como derecho de incidencia colectiva (323:1339. Secretaría Jurisprudencia CSJN, 2020; 338:29. Secretaría Jurisprudencia CSJN, 2020). Ha dispuesto en sentencias concordantes que “aunque se trate de un derecho individual, si existe un fuerte interés estatal en su protección, sea por su trascendencia social o en virtud de las particulares características de los sectores afectados” debe considerársele como derecho de incidencia colectiva (338:29. Secretaría Jurisprudencia CSJN, 2020). Esta postura amplía el espectro protectorio mediante amparos colectivos cuando son ejercidos por una asociación debidamente registrada, con mayor poder de reclamo.

Ahora bien, pensamos que es importante incluir al derecho a la salud también como de la cuarta generación. Ello, para facilitar el derecho a acceder: a la historia clínica universal (que podría evitar demoras en la atención sanitaria); a la telemedicina, a los adelantos de la inteligencia artificial (para la prevención, diagnóstico y tratamientos de enfermedades, con ventajas y desventajas); a la robótica (en cuanto a la posibilidad de realización de intervenciones quirúrgicas con una exactitud sin precedentes). Todo sin perjuicio de no caer en un análisis acrítico, en la

despersonalización y mercantilización, pérdida de puestos de trabajo; sino reflexionando acerca de la brecha digital y vulnerabilidades existentes, límites a la intimidad y privacidad y límites éticos, como ha dado cuenta Ignacio Maglio (2022), en cuanto a la inequidad en su acceso en condiciones de igualdad inclusiva. Por nuestra parte, hemos observado que esta brecha digital se ha revelado crudamente en el contexto de la pandemia del COVID-19.

4. SALUD CON PERSPECTIVA DE DERECHOS

Otra afirmación que se repite reiteradamente es acerca de la salud con perspectiva de derechos. Ahora bien, intentaremos aclarar qué entendemos por esta afirmación desde nuestra perspectiva.

Por nuestra parte, consideramos que hablar de salud con perspectiva de derechos es entenderla en primer lugar, como un derecho humano, teniendo en cuenta a las personas como sujetos de derechos y no como objeto de tutela. Por ejemplo, reconociendo la autonomía progresiva de los niños, niñas y adolescentes (NNyA) o el ejercicio de los derechos de las personas en situación, condición y posición de discapacidad (Palacios, 2019; Fernández, 2019; Bernal, 2020), para que puedan participar en el proceso de consentimiento informado y decidir sobre actos personalísimos sobre su propio cuerpo relacionados con su salud. En el primer caso, con la garantía de los derechos de escucha y participación de acuerdo a la evolución de sus facultades; y, en el segundo caso: por medio de los apoyos (a lo mejor comunicando sus deseos solo por sus ojos en el caso de un paciente con Esclerosis Lateral Amiotrófica –ELA- en estado avanzado). También, pensamos que hablar de salud con perspectiva de derechos, implica reconocer el pluralismo y diversidad cultural de las personas y colectivos en los procesos de salud, enfermedad y atención, con respeto a las distintas diversidades e identidades (en cumplimiento del art. 12 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de UNESCO 2005 y de la Observación 14/ 2000 del Pacto de San José de Costa Rica). Asimismo, entendemos que implica no considerar a las personas como objetos de intervención o medicalización.

Por su parte, Ase y Buriyovich (2009, p.29), han afirmado que entender a la salud con perspectiva de derechos implica considerarla como un “componente inalienable de la dignidad humana” (...) “de un bien en sí mismo” que tienen todas las personas por el solo hecho de existir. “Esta perspectiva genera obligaciones y responsabilidades para los Estados” de “respetar, proteger, promover, facilitar y proveer el acceso universal a la salud”, sin discriminaciones.

Y por otra parte, Mario Róvere (2021) ha sostenido que la salud es un DD.HH. conceptualizándolo desde una perspectiva de derechos y lo ha vinculado con la equidad. Ha considerado la necesidad de reconocer y accionar para facilitar el acceso efectivo al derecho a la salud en condiciones de equidad.

5. RECONOCIMIENTO JURÍDICO DEL DERECHO HUMANO A LA SALUD EN LA ARGENTINA Y SU GRADUACIÓN DENTRO DE NUESTRO ORDENAMIENTO JURÍDICO. LOS PRINCIPIOS DE INTERPRETACIÓN DE LOS DD.HH.

En nuestro país el derecho a la salud se encuentra reconocido jurídicamente en forma muy amplia, tanto por la Constitución Nacional, como por los Tratados Internacionales de DD.HH., como por leyes progresistas en la materia, como por la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN).

En cuanto a la Constitución Nacional se encuentra contemplado en el art. 42 como derecho de incidencia colectiva; en el art. 14 bis como derecho social; en el art. 33 como derecho no enumerado; y en el art. 75 inc. 22 por remisión a los Tratados Internacionales de DD.HH. de igual jerarquía constitucional que lo reconocen en forma expresa. Dentro de estos últimos los más importantes son los siguientes (relacionados con el derecho a la salud): Declaración Universal de DD.HH de la ONU (1948); Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966: art. 12); Convención sobre los Derechos del Niño (1989: art. 24); Convención Internacional sobre Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (1965: art. 5 e)

iv); Convención sobre eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979: arts. 11 1) f), 12 y 14 2) b); Convención sobre Derechos de las Personas con Discapacidad (2006, art. 25)

En cuanto a su reconocimiento legal, por leyes progresistas en la materia, las más significativas son: la ley nacional sobre Derechos de los Pacientes (26.529 reformada por la llamada ley de muerte digna 26.742/2012); el Código Civil y Comercial de la Nación (código de fondo); la ley 26.657 de Salud Mental; la ley 26.743 de Identidad de género; la ley 26.066 de Trasplantes de Órganos y Tejidos (modificada en el año 2017 por la llamada “ley Justina”); la ley nacional 26.862 de Fertilización Asistida; la ley 25.673 del 2003 que creó el Programa Nacional de Salud Reproductiva y Procreación Responsable; la ley 26.130 de Anticoncepción Quirúrgica; la ley 26.485 de Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales; la ley de Protección de Datos Personales 25.326; y las más recientes como la ley de interrupción voluntaria del embarazo 27.610 del 2021 y la ley de Cuidados Paliativos 27.678 del año 2022.

En cuanto al reconocimiento jurisprudencial de la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN) publicado en *Derecho a la salud. Edición 2020. Con hipervínculos a la base de Jurisprudencia*, sus sentencias vinculan al derecho a la salud con el derecho a la vida; determinan obligaciones de la autoridad pública de acciones positivas para hacerlo efectivo y protección especial frente a grupos vulnerables; refieren compromisos derivados de Tratados Internacionales de DD.HH.; determinan que es extensivo a la salud individual y a la colectiva. Ha considerado que desde la justicia y la equidad este máximo tribunal debe afirmar valores como “*la salud y la vida por encima de todo criterio económico*” (voto del Juez Vázquez) (324-677. Secretaría de Jurisprudencia - CSJN: 10). Que de los tratados internacionales con jerarquía constitucional se desprende la existencia, tanto de los derechos de toda persona a gozar de un nivel adecuado de vida, como del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, como de obligaciones de los Estados de hacer efectivos tales derechos (Voto del Juez Maqueda) (342:459; 341:1511. 324:754. Secretaría de Jurisprudencia-CSJN: 10); que el “acceso a prestaciones de salud

integrales no pueden ser meramente declarativos, porque su goce efectivo” “permite a una persona desplegar plenamente su valor eminentemente como agente moral autónomo, base de la dignidad humana que la Corte debe proteger” (Disidencia del juez Lorenzetti) (330:3725. 324:754. Secretaría de Jurisprudencia-CSJN: 10); que “de los instrumentos internacionales se desprende el deber de protección de sectores especialmente vulnerables como las personas con discapacidad (...) (Voto de la Conjueza Medina) (324:459. Secretaría de Jurisprudencia. CSJN: 12). Al respecto, resulta relevante la jurisprudencia dictada en los fallos “González Feliciano; “Fava”; “Institutos Médicos Antártida S.A” en que se ha reconocido el derecho de pronto pago en los concursos por razones humanitarias, para proteger el derecho a la salud de los demandantes que habían sufrido daños por un accidente por sobre los privilegios de otros créditos, lo que luego fue plasmado legalmente en el año 2011 (Bernal, 2021, p. 12)

Dentro de este amplio reconocimiento constitucional, convencional, legal y jurisprudencial nuestro ordenamiento jurídico se gradúa de modo tal que lo establecido en la Constitución Nacional y en los Tratados Internacionales de DD.HH. se encuentran en la cima o cúspide de la pirámide y todo el resto de normas y actos de cualquier tipo deben adecuarse a lo establecido por ellos, de conformidad al art. 31 y 75 inc. 22 de nuestra Carta Magna, lo que se denomina “bloque de constitucionalidad” o “convencionalidad” o jerarquía constitucional. Ello significa -en palabras llanas- que cualquier resolución o norma estatal, o acto privado, debería reconocer en forma amplia el derecho humano a la salud y facilitar su acceso en la práctica, sino resultaría inconstitucional y anticonvencional y podría ser objeto de reclamo judicial mediante recursos de amparos para lograr su efectividad.

Por otra parte, existen principios de interpretación en materia de DD.HH. que refuerzan la amplitud en el reconocimiento y acceso efectivo del derecho a la salud. Estos principios establecidos por la Corte Interamericana de DD.HH. (CIDH), por el Tribunal Europeo de DD.HH y por nuestra Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN) “*interactúan*”, en una “*interpretación sistémica*”, “*se complementan*” y “*se nutren*” (Fernández, 2019). Y “los Estados que aprueban un tratado de DD.HH. no solo deben tener en cuenta a la Convención Americana y

demás instrumentos interamericanos, sino también la “interpretación” que de éstos ha hecho la CIDH. "El Sistema Interamericano coexiste con otros Sistemas Internacionales de Derechos Humanos como el Sistema Universal y los sistemas regionales” (Fernández, 2019). Desde nuestra perspectiva, los más relevantes podrían ser los siguientes, relacionados con el derecho a la salud: el principio *pro homine* o “pro persona” que implica la interpretación extensiva de DD.HH. y restrictiva de sus limitaciones” (CIDH OC. 5/85); el principio de “progresividad” que impide que se legisle sobre medidas regresivas (Rodríguez Mancini, 2016); y el principio de no discriminación e igualdad que importan la obligación de los Estados de:

Prohibir y eliminar la discriminación en todas sus formas y garantizar a todo el acceso a la atención sanitaria y a los factores básicos de la salud en condiciones de igualdad. También significa que los estados deben reconocer las diferencias y satisfacer las necesidades específicas de grupos que generalmente afrontan dificultades especiales en el sector de salud. (Folleto Informativo 31, OMS, 2008, pp. 9-10)

Por su parte, el principio de igualdad se encuentra vinculado con la equidad y lo entendemos como igualdad inclusiva, sin trabas para su efectivo acceso, desde dimensiones redistributivas, de reconocimiento y de participación, siguiendo a Agustina Palacios (2019). El principio de no discriminación, es un elemento esencial del derecho a la salud integral y permite su accesibilidad. Ahora bien, ¿Cómo se aplica el principio de no discriminación al derecho a la salud?”. El Folleto Informativo 31 (OMS, 2008), ha sostenido, entre otras consideraciones, que: “La discriminación es cualquier distinción, exclusión o restricción, hecha por diversas causas, que tiene el efecto o propósito de dificultar o impedir el disfrute o ejercicio de los derechos humanos y las libertades fundamentales” (p. 9)

6. RESULTADOS

Ahora bien, como resultado del desarrollo anterior surge que la salud es un derecho humano indiscutible, ya sea como derecho que tenemos por solo nacer como personas, como construcción social o como derechos morales. Que su reconocimiento como tal es muy amplio, tanto desde nuestra constitución, como desde los tratados internacionales de DD.HH., como desde la jurisprudencia de la CSJN, como desde leyes progresistas en la materia, como también desde los principios de interpretación en materia de DD.HH. aplicables al caso. Asimismo, es amplia la mirada de la salud con perspectiva de derechos.

Sin embargo, como resultado contrastante consideramos que en la práctica este amplio reconocimiento muchas veces podría quedar en letra muerta, en una mera abstracción, en una idealización, que dificulta su acceso efectivo en la práctica sanitaria, como práctica social y contextualizada, dado nuestro actual sistema de salud en la Argentina.

¿Por qué planteamos estos resultados contrastantes?

En primer lugar, partimos de las siguientes interpelaciones: ¿qué posibilidades o capacidades concretas tiene el sistema de salud en nuestro país para convertirse en el facilitador de una concepción de salud como DD.HH. o con perspectiva de derechos?; y si ¿puede nuestro sistema de salud hoy ser el que materializa el acceso al derecho a la salud de nuestra población como DD.HH.?

Al respecto, siguiendo a Tobar (2000), compartimos que existe una relación entre tres dimensiones centrales para el análisis del sector salud en un país: a) la situación de salud de la población, b) sus políticas de salud y c) su sistema de salud. Este autor describe la situación de salud de las poblaciones asociándola fundamentalmente con la calidad de vida y como pasible de ser medida por ejemplo con indicadores sanitarios, indicadores que muchas veces no se explican por los sistemas de salud, sino y –fundamentalmente- por las políticas socio-sanitarias, como, por ejemplo, el saneamiento ambiental. Luego, considera a las políticas de salud como un problema de orden público en el cual el Estado debe asumir un rol activo y explícito.

Por último, y lo que aquí nos interpela, Tobar (2000) sostiene que el sistema de salud debe englobar a la totalidad de acciones que la sociedad y el Estado desarrollan en salud. En este sentido, dice que depende de la respuesta social organizada para los problemas de salud de la población; y esta respuesta puede ser pensada con perspectiva de derechos o con perspectiva de mercado.

Entonces, cabe preguntarnos ante los resultados contrastantes observados entre el amplio reconocimiento del DD.HH. a la salud y su acceso efectivo en la práctica: ¿cuáles son los principales factores que inciden en una respuesta/propuesta/sistema de salud potenciador de una perspectiva de derechos u obstructor?

Si bien la respuesta es compleja y multicausal, sin dudas una de las causas de mayor peso reside en la génesis de nuestro sistema de salud, una historia que tiene como marca de agua la fragmentación.

Y en este último sentido, para poder comprender con mayor profundidad la problemática, recordamos un poco la historia de nuestro sistema de salud. En el año 1943 la Argentina dio el primer paso hacia el reconocimiento de la salud pública como problema de interés específico del Estado con la creación de la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, que en el año 1949 se transformó en Ministerio. Esa década fue testigo de un doble nacimiento: del Estado "responsable-garante" del derecho a la protección de la salud y de las organizaciones sindicales, estatales y paraestatales que más tarde dieron origen al sistema de Obras Sociales. Esto dio lugar a la expansión de los derechos sociales en general, la multiplicación de la oferta pública universal y gratuita de servicios de salud, y la ampliación de la seguridad social, pero institucionalmente se reflejó en el desarrollo de un sistema fragmentado con tres subsectores que atienden a tres categorías de usuarios: a) los grupos sociales de bajos ingresos, que no cuentan con seguridad social; b) los trabajadores asalariados y los jubilados, y c) la población con capacidad de pago, que compra seguros privados o paga de su bolsillo al recibir atención.

La particularidad del caso argentino residió y reside en la dificultad para tender puentes de integración entre los dos subsectores que juntos representan el 90% de la población asistida, el subsector público y el de la seguridad social, ambos subsistemas crecieron dándose la espalda e indiferentes a las dificultades de cada uno, mientras sus costos se disparaban y se duplicaban sus estructuras prestacionales.

Esta fragmentación inicial entre los “dos grandes” va a partir la posterior aparición de un tercer subsector con una lógica absoluta de rentabilidad por sobre la perspectiva de derechos, que es el subsector de la medicina prepaga, que luego va a terminar hegemonizando la lógica del sistema en su totalidad, la renta por sobre el derecho.

Y en este punto es importante detenerse una vez más en el término fragmentación, término que utilizamos y repetimos de manera meramente descriptiva, pero no ahondamos en las consecuencias de esta característica, cuando la consecuencia más directa y más gravosa de un sistema de salud fragmentado no tiene que ver sólo con la multiplicidad de actores sino y fundamentalmente con la disolución de la responsabilidad por los cuidados de salud de la población, para construir su derecho humano a la salud.

Esta responsabilidad aparece tan fragmentada y diluida como el sistema de salud que la contiene en Argentina. Finalmente, a nadie le cabe la responsabilidad de nadie, porque los sistemas se entrecruzan, el financiamiento es confuso y el Estado ejerce un rol de “Rectoría” que parece más protocolar que otra cosa, porque los intereses del privado podrían estar operando sobre la opinión pública en contra de la intervención del Estado en el sistema de salud, lo que generaría que los beneficiarios de esta intervención la rechacen.

Luego, los usuarios del subsector público pasan a ser identificados tan solo como la población pobre, con menos recursos de poder para expresar sus demandas en la arena política y de esta manera un débil ejercicio de su derecho a la salud.

En segundo lugar, para poder comprender con mayor profundidad los resultados contrastantes entre el amplio reconocimiento del DD.HH. a la salud y su acceso efectivo en la práctica, pasamos a caracterizar al actual sistema de salud de nuestro país.

Es fundamental en este punto resumir brevemente las principales características de nuestro sistema de salud y su ubicación, en términos de jerarquía en la agenda pública.

Normalmente, la agenda de política pública no encuentra en la temática de la atención de la salud un objetivo prioritario, muchas veces producto de la poca “capacidad de voz” de los sectores más perjudicados con el estadio actual del sistema, y su limitada injerencia en la definición de prioridades y agendas de trabajo sectorial (Maceira, 2020, p. 156).

Sin embargo, el incremento de los costos de operación del sistema, tanto debido a la tecnología y medicamentos utilizados –nuevos o en proceso de incorporación–, como a la mayor demanda de cuidados de una población con perfiles demográficos y epidemiológicos más avanzados, así como la creciente judicialización de la medicina, expone las limitaciones actuales del modelo sanitario argentino, y la necesidad, una vez más de repensarlo, para transformarlo en garante y no obstructor de derechos.

Las características del sistema de aseguramiento hacen del caso argentino un esquema particularmente complejo en comparación con otros modelos, siguiendo a Maceira (2020). Existen modelos con una tendencia marcada a una u otra forma de financiamiento. En este sentido, podríamos citar a Inglaterra como icónico en lo que a protección estatal universal se refiere; a Alemania como un modelo basado en la adscripción al mundo del trabajo con una 16% de su población cubierta por la seguridad social; y a EE.UU. como el caso paradigmático de aseguramiento privado con la aparición de una heterogeneidad interminable de coberturas directamente vinculada a la capacidad de pago de bolsillo. Pero el “caso Argentina” tiene la particularidad de combinar los tres modelos de prestación: público, privado y seguridad social; a lo que se sumaría la complejidad de su organización federal (en cuanto a la diversa atención: nacional, provincial, de CABA y municipal).

Así, podemos decir que la población está dividida en tres segmentos en función de la cobertura que recibe ya sea: por ciudadanía -entendida en forma amplia inclusiva de todas las personas que habitan el suelo argentino- (con una cobertura pública universal y constitucional); por pertenencia al mundo del trabajo (cobertura extendida al grupo familiar en el caso de las obras sociales

sindicales y el PAMI); o por capacidad de pago (vinculada directamente a la capacidad y posibilidad que cada individuo o grupo familiar tenga de comprar salud).

A su vez, cada uno de estos segmentos está compuesto por fragmentos, que tienen límites más difusos e informales entre sí, pero sin lugar a dudas generan acceso desigual a las prestaciones. ¿O acaso es lo mismo ser usuario del subsector público en CABA donde existen 33 hospitales con distintos grados de especialización, que serlo en La Rioja o en Formosa? El derecho constitucional y los Tratados Internacionales de DD.HH. asiste a ambos habitantes por igual, sin embargo uno debe caminar diez, doce cuadras, o subirse a alguno de los medios de transporte disponibles en CABA, mientras que el otro tendrá que trasladarse 100 o 150 km sin medios de transporte disponibles. Por otro lado, ¿es lo mismo tener las Obras Sociales de casas particulares con un Vademecum y cartilla de profesionales limitados y un sinfín de mecanismos de dispersión de la demanda, que tener OSPE que mantiene cantidad de convenios con prestadores propios, privados y públicos? Alguien podría decir que los dos ciudadanos pertenecen al segmento de la seguridad social y, sin embargo, el acceso a las prestaciones será completamente diferente; y ni que hablar en el caso de la medicina privada donde la prestación estará directamente vinculada con el monto de la cuota.

Ahora bien, a esta altura del planteo de los resultados nos interpelamos y nos hacemos las siguientes preguntas: ¿cómo hace este sistema, con este funcionamiento para convertirse en garante de derecho a la salud como DD.HH.?, ¿es posible?, ¿es necesaria una transformación parcial, radical?, ¿barajar y dar de nuevo? ¿Cuál de los múltiples actores que tensionan en nuestro campo sanitario tiene la suficiente capacidad de agencia como para instalar esta perspectiva de manera transversal?, ¿puede hacerse alguna transformación relevante sin la participación social? Y esta fragmentación y segmentación lleva constantemente a una “peregrinación” para su acceso efectivo en la práctica por parte de las personas individuales que asisten al sistema de salud, sobre todo las de menores recursos, en palabras de Sonia Fleury referidas en el documental “La insubordinación de los privilegiados” dirigido por Kreplak (2019). Peregrinación que contrasta con el amplio reconocimiento jurídico del derecho a la salud en Argentina, con el enfoque de la salud con perspectiva de derechos, y con los principios de interpretación en materia de DD.HH.;

que se convierten así en una mera expresión de deseos, con demoras innecesarias para su efectivo acceso.

Por otra parte, desde otra perspectiva, más allá del propio obstáculo derivado del actual sistema de salud, hemos experimentado como resultados que tampoco se cumplirían muchas veces en la práctica sanitaria el respecto de los derechos de los niños, niñas y adolescentes a ejercer su autonomía progresiva, de acuerdo a la evolución de sus facultades y su competencia; como así tampoco el derecho de las personas con discapacidad a ejercerlo por medio de sus apoyos y de comunicarse por el medio que puedan; como tampoco se respetaría con facilidad y naturalidad la multiculturalidad y diversidad de cosmovisiones en los procesos de salud, enfermedad y atención.

A continuación, pasamos a conceptualizar a la bioética social para poder analizar críticamente estos resultados desde este marco teórico.

7. NUESTRO ANÁLISIS CRÍTICO DESDE LA BIOÉTICA SOCIAL

La bioética social de Susana Vidal (2010, 2013) es una de las perspectivas de la bioética latinoamericana junto con la Bioética de intervención de Garrafa y Porto; la Bioética de Protección de Schramm y Kottow y la bioética centrada en los DD.HH. de Juan Carlos Tealdi. Estos enfoques se preocupan por las grandes desigualdades de nuestra región y tratan de superar en su reflexión la hegemonía y los principios clásicos de la bioética anglosajona (de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia). La bioética social es una “transdisciplina con amplio campo/objeto” que se ocupa del “análisis crítico de problemas éticos de la vida y la salud humana” (Vidal, 2010, p. 101); que tiene como marco el enfoque de las capacidades y el plexo completo de los DD.HH. Como “transdisciplina transformadora” constituye un camino para el reclamo legítimo de estos derechos y para la “identificación de conflictos éticos que emergen de

la vida y la salud (individuales y sociales)” y “ofrece formas de intervención en la realidad para transformarla y generar vías para la exigibilidad de los DD.HH. (pp. 116-118)

La bioética latinoamericana prioriza los análisis de los problemas de la salud colectiva derivados de las desigualdades en salud, de la falta de vigencia del derecho a la salud y del principio de justicia. Implica una toma de posición activista en pro de la justicia social y desafía a las estructuras de poder que permiten la existencia y permanencia de grandes inequidades en la población. La mayoría de los desafíos éticos en salud colectiva están generados por las inequidades existentes y la falta de acceso al derecho a la salud. (Penchazsadeh, 2018, p. 13)

Esta perspectiva latinoamericana con enfoque en los DD.HH. ha sido una de las que ha influenciado a la Declaración Universal sobre Bioética DD.HH de UNESCO 2005 (inspirada en valores de los DD.HH como la pluralidad, la diversidad, la vulnerabilidad, la no discriminación y la dignidad, entre otros). Bergel (2015) y Marín Castán (2021) destacaron su apertura y cambio trascendental en la concepción bioética. Al respecto Marín Castán (2021) sostuvo que esta declaración implica un cambio de paradigma en el concepto de bioética, con una apertura más allá del ámbito sanitario hacia “dimensiones, políticas, sociales y medioambientales” (p. 167)

Por ello, consideramos pertinente analizar críticamente los resultados observados en el punto anterior y realizar nuestra problematización del derecho humano a la salud en la Argentina desde la bioética social, para intentar desde la reflexión crítica una aptitud para un camino hacia una posible transformación de las realidades atravesadas por la injusticia y la inequidad. Entonces, avanzamos en nuestro análisis y problematización desde este marco teórico, para generar en el lector una *aptitud* crítica superadora de una *actitud* crítica, en palabras de Testa (2007)

En este sentido, y luego de todo el recorrido teórico, histórico y contextualizado, desde la bioética social reflexionamos críticamente acerca de si los avances en el reconocimiento constitucional, convencional, legal y jurisprudencial del DD.HH. a la salud, se corresponden con un avance respecto de su acceso efectivo en nuestro país. Ello, no obstante, los principios que deben guiar la

interpretación de estos derechos. Claramente por los resultados expuestos hemos observado que no existe tal correspondencia y esto nos interpela y preocupa profundamente, lo que nos ha motivado a esta reflexión y análisis. Y nos interpelamos si el sistema de salud fragmentado y segmentado como el existente podría constituirse en la práctica en una traba u obstáculo para el acceso efectivo al derecho a la salud como DD.HH., en un obstructor de derechos como hemos referido. ¿Ello podría convertir su amplio reconocimiento constitucional, convencional y legal en una ideal irrealizable como hemos vislumbrado como resultados?

Entonces, nos interpelamos acerca de si un sistema integrado, único y universal, podría facilitar el acceso efectivo al derecho humano a la salud en condiciones de igualdad inclusiva y equidad, en cumplimiento de los principios de dignidad, vulnerabilidad y no discriminación proclamados por la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de UNESCO 2005. A partir de esta reflexión, nos preguntamos acerca de si con la integración del sistema de salud en nuestro país para garantizar el derecho a la salud en forma universal, se podría intentar una correspondencia entre el amplio reconocimiento jurídico y su acceso efectivo en la práctica, que pueda superar el sistema actual fragmentado y segmentado del que hemos dado cuenta, como un posible obstructor de DD.HH.

También, nos interpelamos si con la integración del sistema de salud se podría llegar a considerar el reconocimiento, respeto y acceso efectivo al DD.HH. a la salud integral, integrando las tres dimensiones del campo de la vulnerabilidad: individual, social y programática de las cuales ha dado cuenta Ayres *et al.* (2008 y 2018), sin exclusiones discriminatorias y no inclusivas en la práctica sanitaria, como práctica social. Y nos preguntamos si con ello se podría intentar disminuir las demoras en el acceso a la salud y en la obtención de tratamientos adecuados y oportunos. Ahora bien, ¿también se podría contribuir a facilitar el respeto de la autonomía progresiva, el respeto de los derechos de las personas con discapacidad y el respeto por la diversidad, pluralismo cultural y de identidades, mediante la integración de miradas inclusivas y capacitaciones en este sentido?

¿Se podría con la integración y universalización del sistema de salud llegarse a efectivizar la redefinición del concepto de salud de Susana Vidal desde la salud integral, los modos de vida, las necesidades humanas, las capacidades humanas y el desarrollo humano?

Y más allá de los cuestionamientos a las llamadas generaciones de DD.HH., ¿podríamos considerar desde una mirada integrada y universal al derecho humano a la salud desde la perspectiva de todas las generaciones? Como dice Susana Vidal (2010 y 2013): ¿desde el plexo completo de los DD.HH.? Pensamos que podría llegar a ser posible ello, no desde un enfoque individualista como bien de mercado, sino desde una mirada solidaria e inclusiva, para ampliar el espectro para su llave de acceso tanto por parte de su titular, como por parte de las asociaciones que los nuclean, como por parte del defensor del pueblo. También, para ampliar los derechos que están incluidos dentro de la salud integral: como el de información comprendida, autodeterminación, pluralismo, diversidad cultural, acceso a las nuevas tecnologías, a la historia clínica universal, a los avances de la inteligencia artificial y de la robótica, y a una cobertura integral en salud, entre otros derechos relacionados con esta última. Todo ello en condiciones de igualdad, equidad y sin discriminaciones; sin restricción alguna derivada de paquetes para personas pobres, personas con obra social y personas con recursos; y sin diferencias inequitativas en la garantía al DD.HH. a la salud que podrían derivarse de las distintas unidades o núcleos de poder que conforman la forma de estado federal en nuestro país y sus diversas formas de atención y acceso a la salud (nacional, provincial, de CABA y municipal).

María Luisa Pfeiffer (2011, p.83), bioeticista muy comprometida con la bioética latinoamericana, quien repetidamente ha bregado por un sistema único, universal e integrado de salud en distintas conferencias nacionales e internacionales, ha considerado necesario un compromiso de exigencia del reconocimiento moral de los DD.HH., sobre todo el de igualdad, mediante políticas concretas del Estado y mediante una exigencia de los ciudadanos, para que no se conviertan en meras proclamaciones. En este último sentido, coincidió Casado (2001, 2002 y 2018), Vidal (2010 y 2013) y Donda (2008) respecto a la necesidad de una construcción de ciudadanía activa para la exigibilidad de los DD.HH.

8. REFLEXIONES FINALES ABIERTAS

Integrando nuestras reflexiones, pensamos que es necesaria una mirada ética, política y ciudadana, solidaria e inclusiva, para poder vehicular un camino hacia una posible transformación, ya que no basta con un reconocimiento amplio del derecho humano a la salud, que por sí solo se vuelve pura abstracción en la práctica. Y consideramos, que la bioética social podría ser un instrumento para la reflexión crítica que facilite este camino para comenzar a pensar y repensar sobre la justicia o injusticia del actual sistema de salud de nuestro país.

Finalmente, pensamos que ha llegado la hora de ocuparnos en nuestra reflexión realmente por las personas más vulnerables, personas que no pueden esperar más (Bernal, 2021, p. 17), en este caso para el acceso efectivo al DD.HH. a la salud integral, desde los *modos de vida*, las necesidades humanas, las *capacidades* y el *desarrollo humano*, siguiendo a Susana Vidal (2010, p. 103), para despertar una reflexión para la acción que problematice el DD.HH a la salud, para que no se convierta en letra muerta en la práctica sanitaria, como práctica social y contextualizada en la Argentina.

BIBLIOGRAFÍA

Ase, I. y Buriyovich, J. (2009). La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? Revista *Salud Colectiva*, 5(1), pp. 27-47. Recuperado de <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/229/218>

Ayres, J. R., França, I., Junqueira, G. y Saletti, H. C. (2008). El concepto de vulnerabilidad y las prácticas de salud: nuevas perspectivas y desafíos. En Czeresnia, D., *Promoción de la salud*. pp. 135-161. La Plata: UNLP.

Ayres, J. R., Paiva, V. y França, I. (2018). De la historia natural de la enfermedad a la vulnerabilidad. Conceptos y prácticas en transformación en la salud pública contemporánea. En V. Paiva, J. R. Ayres, A. Capriati, A. Amuchástegui y M. Pecheny. *Prevención, promoción y cuidado. Enfoques de vulnerabilidad y derechos humanos*. Buenos Aires: Teseo.

Bergel, S. (2015). Diez años de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. *Revista Bioética*, 23 (3), pp. 446-455. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/1983-80422015233081>

Bernal, M. (2020). *Testamentos vitales en Argentina: adolescentes y formalidades. Un abordaje crítico desde la bioética enmarcada en los derechos humanos*. Londres: Editorial Académica Española.

Bernal, M. P. (2021). Bioética social y vulneración de derechos frente a la insolvencia patrimonial. *Revista Brasileira De Bioética*, (16), pp. 1–21. Recuperado de <https://doi.org/10.26512/rbb.v16.2020.27375>

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

Casado, M. (2001). Una Bioética para el S. XXI: de pacientes a ciudadanos. *Plenario Edición Electrónica. Cientific Electronic Library Online*.

Casado, M. (2002). ¿Por qué Bioética y Derecho? *Acta Bioethica*. 8 (2), pp. 183-193. Recuperado de https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2002000200003&lng=es&nrm=isoISSN1726-569X.SciELO

REFLEXIONANDO ACERCA DE LA SALUD COMO DERECHO HUMANO EN LA ARGENTINA

Bernal, Marcela; Iparraguirre, Martina

Casado, M. (2009). *Sobre la dignidad y los principios. Análisis de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO*. Thomson Reuters. Recuperado de <https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=documentos/10221.1/53026/1/252153.pdf>

Casado, M. (2018). Clase 1. Bloque II: Bioética y Derechos Humanos. En M. Casado, *Especialización en Bioética: Fundamentos teóricos de la Bioética*. FLACSO: Buenos Aires.

Constitución de la Nación Argentina. 22 de agosto de 1994.

Corte Interamericana de Derechos Humanos. (1985). *Opinión Consultiva 5/85. La colegiación obligatoria de periodistas (Arts. 13 Y 29 Convención Americana sobre Derechos Humanos)*. CIDH. Recuperado de https://www.corteidh.or.cr/docs/opiniones/seriea_05_esp.pdf

Corte Suprema de Justicia de la Nación (2021). *Derecho a la salud*. Corte Suprema de Justicia de la Nación. Recuperado de <https://sj.csjn.gov.ar/homeSJ/suplementos/suplemento/2/documento>

Declaración Universal de Derechos Humanos. Organización de las Naciones Unidas. 1948. Recuperado de <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. UNESCO. 2005. Recuperado de https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_spa

Decreto 1089/2012 de 2012 [Ministerio de Salud]. Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud. 6 de julio de 2012. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-1089-2012-199296/texto>

Donda, C. S. (2008). Bioética, derechos humanos y ciudadanía. *Revista Brasileira de Bioética*. 4(1 y 2), pp. 9-23.

Febbro, E. Eric Sadin: "Estamos en un proceso de pantallización de la existencia". 23 de octubre de 2022.

Página 12. Recuperado de <https://www.pagina12.com.ar/tags/43154-eric-sadin>

Garay, O. (2017). Derecho a la Salud II. *Diccionario enciclopédico de Legislación Sanitaria argentina*.

Recuperado de <https://salud.gob.ar/dels/entradas/derecho-la-salud-ii>

Kreplak, N. (2019). *La insubordinación de los privilegiados*. [Película-Documental]. Fundación Soberanía

Sanitaria. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=9GSvMpAMFrY>

Lamm, E. Inteligencia Artificial y Brecha de Género. En C. Ovalla Gómez (Presidenta), *Bioética y tecnologías disruptivas*. VIII Congreso Internacional de la Redbioética UNESCO, Bogotá, Colombia. 23, 24 y 25 de septiembre de 2021.

Lamm, E. Ética e Inteligencia Artificial y visión de UNESCO. En D. Lawler (Moderador). Workshop “Inteligencia Artificial y Filosofía. El desafío de los sesgos”. 29 de octubre de 2022. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=kbOVZ1ZpDFg>

Ley 26529 de 2009. Derechos del paciente. 19 de noviembre de 2009.

<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26529-160432/texto>

Maceira, D. (2020). Caracterización del Sistema de Salud Argentino. Debate en el contexto Latinoamericano. *Revista Estado y Políticas Públicas*, (14), pp. 155-179.

Maglio I. y Wierzba S. (2018). Medicina digital, inteligencia artificial y nuevos confines de la responsabilidad civil. *Sup. Esp. Legal Tech Thomson Reuters*.

Maglio I. Inteligencia Artificial en tiempo de pandemias. *Unesco*, 2 de abril de 2020). Recuperado de <https://www.unesco.org/es/articles/inteligencia-artificial-en-tiempo-de-pandemias>

Maglio, I. (2022). Clase. En I. Maglio, *Curso de Auditoría Médica Sanitaria, Modalidad Virtual*, La Plata: Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Ciencias Médicas.

Maglio, I. Bioética, biopolítica, Inteligencia Artificial y Big Data. En Feinholz, D. (Coord.). II Congreso Internacional de Ética y Bioética Susana Vidal. México. 6 de noviembre de 2022. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=eYe-Wd2tM0M>

Marín Castán, M. (2021). Sobre el significado y alcance de los hitos más decisivos en el desarrollo de la bioética universal: el Convenio de Oviedo y la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO. *Revista Bioética y Derecho*, (52), pp. 155-172.

Nino, C. (1989). *Ética y Derechos Humanos. Un ensayo de fundamentación*. Buenos Aires: Astrea.

Organización Mundial de la Salud, Alto Comisionado de Derechos Humanos. (2018). El Derecho a la Salud. *Derechos Humanos. Folleto Informativo 31*. Recuperado de https://acnudh.org/load/2018/04/31_Factsheet31sp.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2022) Salud y Derechos Humanos. *Centro de prensa*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>

Organización Mundial de la Salud. (2022). ¿Qué son los Derechos Humanos? *Naciones Unidas Derechos Humanos*. Recuperado de <https://www.ohchr.org/es/what-are-human-rights>

ONU: Oficina del Alto Comisionado de Derechos Humanos (ACNUDH). (2008, junio). Folleto informativo N° 31 (31): El derecho a la salud [Folleto]. Recuperado de <https://www.refworld.org/es/docid/5289d2de4.html>

Palacios, A. (2019). Clase: Los derechos de niños y niñas con discapacidad. En A. Palacios, *Posgrado Actualización teórica y práctica sobre derechos de niños, niñas y adolescentes a treinta años de la Convención sobre Derechos del Niño*, Mar del Plata: Facultad de Derecho, Universidad Nacional de Mar del Plata.

Palacios, A. (2020a). Las personas con discapacidad en el sistema universal e interamericano de derechos humanos. En A. J., Kraut y G. L. Sosa, *Derecho y Salud Mental. Una mirada interdisciplinaria*, pp. 181-264. Buenos Aires: Rubinzal-Culzoni.

Palacios, A. (2020b). El derecho a tener derechos. Algunas consideraciones sobre el ejercicio de la capacidad jurídica y la toma de decisiones con apoyo. En Asís, R. de, Palacios, A., Laino, N., *et al.*

Derecho de las Personas con Discapacidad. Defensoría General de la Nación. pp. 23-38. Recuperado de

<https://www.mpd.gov.ar/pdf/publicaciones/biblioteca/Libro%20discapacidad%20con%20ISBN.pdf>

Palacios, A., Fernández, S. e Iglesias, M. G. (2020). *Situaciones de Discapacidad y Derechos Humanos*.

Buenos Aires: Editorial La Ley.

Penchazsadeh, V. (2018). Bioética y Salud Pública. *Revista Iberoamericana de Bioética*, (7), pp. 1-15.

Recuperado de <https://doi.org/10.14422/rib.i07.y2018.004>

Pfeiffer, M. L. (2006). Ética y derechos humanos. Hacia una fundamentación de la bioética. *Revista Brasileira de Bioética*, 2(3), pp. 281-297.

Pfeiffer, M. L. (2011). *Bioética y derechos humanos: una relación necesaria*. Revista Red Bioética/UNESCO. 2(4).

Rodríguez Mancini, J. Doctrina de la corte suprema sobre el llamado principio de progresividad. *Fuentes del Derecho del Trabajo*. 4 de agosto de 2016. Recuperado de

<http://www.derecho.uba.ar/academica/derecho-abierto/derecho-abierto-clase-fuentes-del-derecho-de-trabajo-rodriguez-mancini-S03.php>

Róvere, M. (2021). Derecho a la Salud. Sistemas Integrados. Lecciones de la Pandemia. *Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, 11(21), pp. 21-33.

Testa, M. (2007). Decidir el Salud: ¿Quién?, ¿Cómo? y ¿Por qué? *Salud Colectiva*, 3(3), pp. 247-257.

Tobar, F. (2000). Herramientas para el análisis del sector salud. *Medicina y Sociedad*, 23(2), pp. 234-246.

UNESCO (2021). Ética de la Inteligencia Artificial. *Recomendaciones sobre la ética*. Recuperado de

<https://www.unesco.org/es/artificial-intelligence/recommendation-ethics>

Vidal, S. (2010). Bioética y desarrollo humano: una visión desde América Latina. *Revista Redbioética*

UNESCO, 1(1), pp. 81-123. Recuperado de <https://redbioetica.com.ar/wp-content/uploads/2018/11/BioeticaVidal.pdf>

REFLEXIONANDO ACERCA DE LA SALUD COMO DERECHO HUMANO EN LA ARGENTINA

Bernal, Marcela; Iparraguirre, Martina

Vidal, S. Bioética y desarrollo humano: una visión desde América Latina. *Revista Actio*, (15). mayo de 2013, pp. 43-79. Recuperado de http://actio.fhuce.edu.uy/images/Textos/15 /Actio15_Vidal_vf.pdf