



Centro
Interdisciplinario de
Estudios
Latinoamericanos

Interdisziplinäres
Lateinamerikazentrum

UNIVERSITÄT **BONN**

Mario S. Portugal-Ramírez

¿Es la salud digital un derecho humano?

Puentes Interdisciplinarios

Working Paper Series del ILZ - 2022/12

Derechos Humanos en América Latina: entre universalismo y provincialización

El Working Paper Series *Puentes Interdisciplinarios* es realizado por: El Centro Interdisciplinario de Estudios Latinoamericanos/Interdisziplinäres Lateinamerikazentrum (ILZ) de la Universidad de Bonn, Genscherallee 3, 53113 Bonn, Alemania.

Editores ejecutivos:

Juanita Arango, B.A., ILZ, Universidad de Bonn, Alemania
Rosario Carolina Ilaya García, B.A., ILZ, Universidad de Bonn, Alemania
Dra. Antje Gunsenheimer, ILZ, Universidad de Bonn, Alemania
Eduardo Muro Ampuero, M.A., ILZ, Universidad de Bonn, Alemania
Dra. Monika Wehrheim, ILZ, Universidad de Bonn, Alemania

Edición y producción:

Juanita Arango, B.A., ILZ, Universidad de Bonn, Alemania
Rosario Carolina Ilaya García, B.A., ILZ, Universidad de Bonn, Alemania
Dra. Antje Gunsenheimer, ILZ, Universidad de Bonn, Alemania
Eduardo Muro Ampuero, M.A., ILZ, Universidad de Bonn, Alemania
Dra. Monika Wehrheim, ILZ, Universidad de Bonn, Alemania

Este Working Paper Series consiste en los aportes de los/as estudiantes y docentes de América Latina y Alemania, participantes de la Escuela de Verano del Centro Interdisciplinario de Estudios Latinoamericanos de la Universidad de Bonn, con el auspicio de Santander Universities en cooperación con la Universidad de Bonn.

Todos los documentos están disponibles gratuitamente en el sitio web del ILZ:
<https://www.ilz.uni-bonn.de>

Cómo citar este documento:

Portugal-Ramírez, Mario (2022): "¿Es la salud digital un derecho humano?". En: *Working Paper Series Puentes Interdisciplinarios*, 12. Bonn: Centro Interdisciplinario de Estudios Latinoamericanos/ Interdisziplinäres Lateinamerikazentrum (ILZ) de la Universidad de Bonn.

Derechos de autor de este artículo:

© Mario S. Portugal-Ramírez

Esta publicación se ofrece bajo la licencia de Atribución/Reconocimiento-NoComercial-SinDerivados 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0). El texto de la licencia está disponible en <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode>.

El Centro Interdisciplinario de Estudios Latinoamericanos (ILZ) no se responsabiliza de los errores ni de las consecuencias derivadas del uso de la información contenida en este documento; los puntos de vista y las opiniones expresadas son exclusivamente los de los/as autores/as y no reflejan necesariamente los del ILZ, sus proyectos de investigación o sus patrocinadores.

La inclusión de un artículo en el Working Paper Series *Puentes Interdisciplinarios* del ILZ no debe limitar la publicación de este (con permiso del titular o los titulares de los derechos) en cualquier otro lugar.

Diseño de portada y diagramación:

© Eduardo Muro Ampuero

¿ES LA SALUD DIGITAL UN DERECHO HUMANO?

Mario S. Portugal-Ramírez¹

Resumen

La salud digital ha transformado la atención médica y la medicina en las últimas décadas, ganando impulso durante la pandemia de COVID-19. En teoría, la salud digital puede cambiar las reglas del juego debido a su potencial para hacer que los diagnósticos y las terapias sean más precisos y personalizados, mientras que la atención médica se vuelve más accesible y asequible para los pacientes. La salud digital nos dirige al tema de los Derechos Humanos, donde las discusiones sobre la salud como derecho humano giran en torno al derecho a la salud. A pesar de los cambios revolucionarios que la salud digital aporta a la salud, aún se requiere discutirlo como un tema del derecho a la salud. En este artículo, esbozo una respuesta a la pregunta de si el concepto de derecho a la salud debería abarcar la salud digital. Mi argumento principal es que la salud digital puede enmarcarse como un debate sobre el derecho a la salud siempre que se enfatice en dos ideas principales: la salud como un derecho colectivo y la salud como garantía de otros derechos.

Palabras claves

Salud digital, derecho a la salud, derechos humanos, tecnología, derechos humanos digitales

IS DIGITAL HEALTH A HUMAN RIGHT?

Abstract

Digital Health has transformed healthcare and medicine itself in the last few decades, gaining momentum during the COVID-19 pandemic. Theoretically, Digital Health can be a game changer due to its potential to make diagnosis and therapies more accurate and personalized, while healthcare delivery becomes more accessible and affordable for patients. Digital Health bring us to the topic of Human Rights, where discussions on health as a human right revolve around the Right to Health. Despite the groundbreaking changes that Digital Health is bringing to health, it still needs to be discussed as a Right to Health issue. In this paper, I outline an answer to the question of whether the concept of Right to Health should embrace Digital Health. My main argument is that Digital Health can be framed as a Right to Health discussion as long as it brings back two main ideas: health as a collective right, and health as the assurance of other rights.

Keywords

Digital Health, Right to Health, Human Rights, Technology, Digital Human Rights

¹ Mario Portugal-Ramírez: Candidato a Doctor por la University of Massachusetts Boston. Tiene una maestría en sociología por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, sede Ecuador, y estudios de pregrado en sociología por la Universidad Autónoma Gabriel René Moreno (Bolivia). Sus temas de investigación son la medicina digital, los estudios digitales y el miedo político en época de pandemia. Correo: m.portugalramirez001@umb.edu



Introducción

En los últimos años, la salud digital (en adelante SD) ha cobrado mayor importancia para la atención de la salud. Si bien tecnología y ciencia médica a menudo van de la mano, esta relación se fortaleció gracias a las tecnologías digitales resultantes de lo que algunos autores denominan la "cuarta revolución industrial" (Schwab 2017), que a la vez supone una cuarta ola para la SD (Rowlands 2020).

En esta nueva era, la salud se ha beneficiado del acelerado desarrollo de la tecnología digital que permite un monitoreo instantáneo y más preciso de la salud individual, a través de una serie de dispositivos, sensores y software que rodean nuestro entorno o que incluso están en constante contacto con el cuerpo, como es el caso de los denominados *wearables*² (Gonçalves et al. 2018). De esta forma, las promesas de la SD son ciertamente llamativas: diagnósticos con mayor precisión y prevención de enfermedades con mucha anticipación.³

La pandemia de COVID-19 ha sido un importante impulso en la adopción de la SD, pues servicios que forman parte de esta han buscado dar solución al peligro de contagio que

implica tener la atención en un centro sanitario. Tal es el caso de la telemedicina, cuyo rol para prevenir, diagnosticar, tratar y controlar enfermedades ha sido central durante la pandemia de COVID-19 (Monaghesh y Hajizadeh 2020).

Es de esperar que la SD cobre mayor relevancia en las décadas siguientes por una mayor inversión pública -pero sobre todo privada- en el sector salud: Amazon o Google son solo unos ejemplos de empresas con inversiones en este sector (Drees 2021).

No obstante, el desarrollo de la SD trae muchas interrogantes, entre ellas si esta adolecerá de los mismos problemas de la provisión de salud, donde millones de personas sufren por no contar con los servicios médicos necesarios para atender su salud.

La propia Organización Mundial de la Salud (OMS) es cauta en celebrar a la SD como solución a los problemas de los sistemas de salud, pues reconoce que se necesitan tomar acciones para que todos sus países miembros puedan acceder a las tecnologías digitales en igualdad de condiciones (World Health Organization 2021: 7). De esta forma, la SD nos remite a un viejo debate: ¿Es la salud un derecho? Y si la respuesta a esta pregunta es afirmativa: ¿es la SD un derecho?

En este artículo busco dar respuesta a esta última pregunta, tratando de responder a la primera, una tarea complicada por donde se la mire. Mi argumento es que la salud digital puede enmarcarse dentro del debate sobre el derecho a la salud, siempre y cuando se enfatice en dos ideas principales: la salud como un derecho colectivo y la salud como garantía de otros derechos.

El artículo está dividido en cuatro secciones. En la primera describo brevemente el derecho a la salud, debate que se discute desde su mención en varios documentos, entre ellos el acta de constitución de la OMS de 1946.

En la segunda sección profundizo en la SD y cómo se ha convertido en un tema de discusión del sector privado, de los Estados y las agencias intergubernamentales como la OMS, para quien es una herramienta que permitirá

2 La tecnología wearable, que en español se conoce como 'ropa inteligente', pero también tecnología corporal, alude a una serie de dispositivos electrónicos utilizados en una nueva gama de vestimenta (conocidos en inglés como e-textiles) y en objetos (por ejemplo, relojes inteligentes) que están en contacto directo con el cuerpo humano. Estos dispositivos están conectados a internet lo que les permite monitorear nuestras actividades (por ejemplo, cuantos pasos damos en un día) o los cambios en nuestro cuerpo (temperatura, tensión, etc.) en tiempo real, recolectando y analizando grandes volúmenes de información que generamos a diario. Los wearables son utilizados también con fines terapéuticos (Lu et al., 2020).

3 Un ejemplo de esto son las aplicaciones móviles, como Skinvision, que permiten tomar fotografías de lunares o manchas en el cuerpo para registrar su evolución. La aplicación, que carga un costo al usuario, promete alertar cuando uno de estos lunares o manchas deberían ser vistos por un profesional médico. Si bien la aplicación no da un diagnóstico médico en sí, enfatiza en que su uso puede ayudar al usuario a prevenir enfermedades de la piel, especialmente el cáncer.

alcanzar la tan deseada Asistencia Sanitaria Universal.⁴

A continuación, discutiré la conexión entre la SD y el derecho a la salud, donde plantearé que la SD puede plantearse como un derecho, siempre y cuando no se la reduzca a un asunto individual del usuario. Por último, presentaré algunas conclusiones generales.

El derecho a la salud

El concepto del derecho a la salud fue, desde su propia concepción, un tema que despertó visiones casi contrapuestas sobre el alcance de la salud y las obligaciones estatales que emergieron de aquella definición (Catalán 2021; Nowak 2016). La Constitución de la OMS indica en su preámbulo que “[l]a salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.” (OMS 1946: 1). Aclara además al goce del grado máximo de salud posible como un derecho fundamental de todos los seres humanos sin distinción de raza, religión, creencia política, condición económica o social. La OMS asumió en el artículo 1 que su finalidad era precisamente alcanzar ese grado más alto posible de salud para todos los pueblos. Por lo tanto, la idea del derecho a la salud no se limitaba a la atención de la salud, sino que implicaba también atender otros aspectos de la vida social, política y económica en la búsqueda de ese grado máximo de salud.

Tal declaración de intenciones despertó inquietud en algunos países por sus posibles implicaciones políticas y sobre los desencuentros que podría tener frente a la soberanía del Estado. China criticó la noción de este derecho y abogó para que se lo limite a las obligaciones de un Estado respecto a la OMS, mientras que la Unión Soviética manifestó que la Constitución de la OMS debía señalar obligaciones concretas para los gobiernos, postura que prevaleció en la redacción final (Catalán 2021: 20).

Un par de años más tarde, en 1948, una discusión similar se estableció mientras se redactaba la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH). Nowak (2016: 67)

señala que un año antes de la Declaración, Rene Cassin, uno de los autores de la DUDH, inspirado quizás por la concepción de la OMS, resaltaba en su borrador que la salud no solo era el derecho a acceder al servicio de salud, sino también a una adecuada alimentación y nutrición, vestido y vivienda.

Tras varias discusiones sobre si estos derechos debían englobarse (Nowak 2016: 68), el derecho a la salud en la DUDH quedó establecido en el artículo 25, en dos incisos, donde el segundo menciona el derecho a la maternidad y de la infancia a tener asistencia especial, mientras que en el primer inciso se asegura que:

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad (ONU 1948:1).

La inclusión del derecho a la salud en la DUDH implicó dos desafíos que aún hoy se debaten; el primero es definir que se entenderá por “nivel adecuado de vida”, base para asegurar no solo la salud, sino otros elementos de su existencia; el segundo, incluir este derecho a tratados vinculantes para los Estados.

El primer punto, quizás una de las discusiones más enriquecedoras en las últimas décadas para entender a qué se refiere ese elusivo “nivel adecuado de vida”, se ha generado bajo el enfoque de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS). Este enfoque, asumido por la OMS a partir del 2009, busca identificar los factores estructurales, sociales y económicos, que influirán en las condiciones de salud tanto a nivel individual como colectivo, es decir,

las circunstancias que rodean la vida de las personas, tales como su acceso a la atención sanitaria, la escolarización y la educación; sus condiciones de trabajo y ocio; y el estado de su vivienda y entorno físico (OMS 2009: 1).

4 Universal Health Coverage en inglés.

No obstante, este debate ya había sido recogido por la Medicina Social Latinoamericana (MSL) mucho antes que la OMS, inspirada por los trabajos de la medicina social del alemán Rudolph Virchow en el siglo XIX. La MSL promovió desde los años setenta un enfoque multicausal para abordar la enfermedad que no solo se basara en explicaciones biológicas, sino que también examinara lo político, lo económico, lo social y lo cultural.

En primer lugar, en términos metodológicos, Iriart y sus colegas (2002) indican que la MSL analizó la salud a través de categorías como clase social, reproducción o cultura; por lo tanto, entendía la salud y sus problemas como unidades de análisis colectivas e individuales dentro de un enfoque colectivo más que individual (Iriart et al. 2002: 130). En segundo lugar, aplicando el método dialéctico, la salud y la enfermedad eran entidades dinámicas que dependían de su contexto.

Esto significa que la salud y la enfermedad no debían definirse por su presencia o ausencia, sino como un proceso natural de la vida (Waitzkin 2013: 274).

En cuanto al segundo desafío, la inclusión del derecho a la salud establecido en el artículo 25 de la DUDH a tratados vinculantes para los Estados, el primer paso se dio a través del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales del año 1966. Esto, como asegura Nowak (2016), inició la "segregación" del derecho a la salud, pues a pesar de la clara influencia de la Constitución de la OMS en las definiciones (Catalán 2021: 20), el derecho quedaba escindido entre los artículos 11 y 12. Por un lado, El artículo 11 reconoce el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado para sí y su familia que incluye alimentación, vestido y vivienda, así como a una mejora continua de sus condiciones de existencia. El artículo 12, por otro lado, reconoce el "derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental" (CESCR 1966: s.p.).

De esta forma, el derecho a la salud en adelante tuvo dos implicaciones importantes. Primero, que el derecho a la salud excede al simple derecho a la atención médica, pues abarca un amplio rango de factores socioeconómicos que promueven condiciones en

las cuales la gente tendrá una vida saludable (Catalán 2021: 32). Segundo, que el derecho a la salud no implica una obligación a los Estados de proveer salud primaria gratuita ni la provisión de seguro de salud (Nowak 2016: 70), constituyéndose así el derecho a la salud más en una aspiración que un compromiso legal (Catalán 2021: 40).

Por este motivo, casi cuatro décadas después, en el año 2000, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos tuvo que redactar un comentario al artículo 12 del Pacto para aclarar las condiciones que los Estados debían otorgar para proteger el derecho a la salud: disponibilidad de salud pública e instalaciones de salud; accesibilidad a instalaciones, bienes y servicios sin discriminación; aceptabilidad o que los servicios sanitarios deben respetar la ética médica y deben ser culturalmente apropiados; y, finalmente, que los servicios tengan buena calidad, es decir, apropiadas al conocimiento médico y científico (OHCHR 2000: 4-5).

En los siguientes años, el derecho a la salud estuvo presente en los debates de la OMS y la ONU, aunque más como una recomendación que como un hecho vinculante. La Conferencia de Alma Ata (1978) de la OMS confirmó el derecho a la salud y para ello recomendó fortalecer la Atención Primaria en Salud (APS) para lo cual pidió que los Estados den condiciones políticas, jurídicas e institucionales (OMS 1978). Esto llevó a que en los siguientes años la OMS hablara de "Salud para todos".

En el nuevo milenio, el derecho a la salud se diluyó en la Cobertura Sanitaria Universal (CSU) que se enfoca en el acceso a los servicios médicos que deben ser accesibles físicamente, financieramente asequibles y aceptables para los pacientes (Evans et al. 2013). Más recientemente, los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) han intentado retomar el debate del derecho a la salud a través de la CSU, sin embargo, como observan Brolan et al. (2017), hay una falta de convicción de la ONU para afirmar este derecho.

El surgimiento de la salud digital

En los últimos años, la medicina ha experimentado un cambio debido al desarrollo de

la tecnología. Algunos autores observan que las nuevas tecnologías tienen el mismo impacto que tuvo la tecnología en las revoluciones industriales, por lo tanto, indican que atravesamos una Cuarta Revolución Industrial (Schwab 2017).

En el ámbito de la salud el nuevo fenómeno, conocido como salud digital (SD), es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el “uso rentable y seguro de las tecnologías de la información y las comunicaciones en apoyo de la salud y los campos relacionados con la salud, incluidos los servicios de atención de la salud, vigilancia de la salud, literatura sobre salud y educación, conocimiento e investigación en salud” (OMS 2005: 1).

La SD tiene sus antecedentes en los años cincuenta cuando se comenzó a almacenar información médica con las primeras computadoras comerciales (Rowlands 2020: 6). A partir de este momento, la relación entre tecnología digital y salud continuó por varias etapas, la más reciente iniciada en el siglo XXI conocida como la cuarta ola de SD que se caracteriza por

[I]a expansión exponencial del Internet de las cosas (IoT, por sus siglas en inglés), las aplicaciones de salud, los dispositivos ‘siempre encendidos’ y las interfaces inmersivas, incluida la realidad virtual y aumentada, las hipersuperficies y la lingüística de la salud, que están comenzando a tener repercusiones médicas (Rowlands 2020: 11).

El interés de los organismos intergubernamentales en la SD comenzó a partir del año 1998. En la 51ª Asamblea de la OMS aprobó la resolución EB101.R3 que reconoció la capacidad del internet para impactar la salud a través de la publicidad y promoción de productos médicos. Siete años después, en mayo de 2005, la 58ª Asamblea Mundial de la Salud habló por primera vez sobre SD en su resolución WHA 58.28, la cual reconoció el valor agregado de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) para fines de salud, y alentó a sus estados miembros adoptar el nuevo enfoque.

En el año 2013, la resolución WHA 66.24 recomendó que la normalización de los datos sanitarios forme parte de los sistemas y

servicios de SD, así como la “gobernanza y funcionamiento de los nombres de dominio de nivel superior mundiales relacionados con la salud en todos los idiomas” (OMS 2016, p. 2). Para 2016, la OMS informó que más de la mitad de sus Estados Miembros tenían una estrategia de SD en al menos una de las siguientes áreas: marcos legales, telesalud, uso del aprendizaje electrónico (eLearning) en ciencias de la salud, salud móvil (eMobile), uso de redes sociales, Big Data, o Historia Clínica Electrónica (OMS 2016).

Durante los años 2016 y 2018 se publicaron dos informes donde se destacó la importancia de la tecnología móvil para la salud. La 71a Asamblea de la Salud emitió una nueva resolución (WHA 71.7) en la que se insta a los Estados miembros a priorizar el uso de tecnologías digitales en la salud como un medio para promover la Cobertura Universal de Salud para así avanzar en los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Las resoluciones de la OMS han sido puestas en práctica por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para promover la SD en las Américas, especialmente en América del Sur. Así, la OPS desarrolló una “Estrategia y plan de acción de eSalud 2012-2017” para contribuir a la formulación, implementación y evaluación de políticas públicas en salud para mejorar: 1) El acceso y la calidad de los servicios de salud, basados en el uso de las TIC; 2) el desarrollo de la alfabetización digital y las TIC; 3) el acceso a la información basada en la evidencia científica y la formación continua.

Los componentes de esta estrategia son las historias clínicas electrónicas, la telemedicina, la salud móvil o eMobile y el uso del aprendizaje electrónico (eLearning), entre otros. Posteriormente, la OPS desarrolló un “conjunto de herramientas de estrategia nacional de eSalud” para aplicar la estrategia entre sus países miembros. Esta caja de herramientas es una “guía práctica y experta que proporciona a los gobiernos, sus ministerios y partes interesadas una base sólida y un método para el desarrollo e implementación de una visión nacional de SD, un plan de acción y un marco de monitoreo” (WHO & International Telecommunication Union 2012: 1).

De la misma manera, la OPS incorporó la

SD en su "Agenda de salud sostenible para las Américas 2018-2030". Concretamente, la SD se relaciona con dos objetivos de esta estrategia, el objetivo 6 "Fortalecer los sistemas de información para la salud para apoyar el desarrollo de políticas basadas en evidencia y la toma de decisiones" y el Objetivo 7 "Desarrollar la capacidad para la generación, transferencia y uso de evidencia y conocimiento en salud, promoviendo la investigación e innovación y el uso de la tecnología" (PAHO 2017).

La SD ha generado también el interés del sector privado. A diario, miles de aplicaciones móviles y dispositivos son lanzados al mercado con fines sanitarios. Estos productos no necesariamente necesitan que sean manipulados por un experto en salud, pues ahora hay una gama de dispositivos conocidos como wearables (Lupton 2017) con los cuales el paciente puede monitorear su salud, contribuyendo a su autocuidado (Lupton 2013).

Particularmente, las aplicaciones con fines de monitoreo de la salud para teléfonos inteligentes han ganado un espacio en el autocuidado (Lupton & Jutel 2015), debido a que estas han sido incorporadas en las actividades de la vida diaria (Lupton 2020).

El derecho a la salud y la salud digital

Pensar la SD bajo el derecho a la salud implica al menos tres desafíos. El primero es enfrentar la reducción que ha enfrentado este derecho desde su concepción, como se mencionó con anterioridad. De hecho, se critica que instrumentos contemporáneos como los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) no transmiten adecuadamente la obligatoriedad de los Derechos Humanos ni del Derecho Internacional de los Derechos Humanos, por lo tanto, poco o nada puede hacerse para fomentar la participación de los excluidos ni para obligar a que los Estados y el sector privado rindan cuentas sobre sus deberes en materia de derechos humanos (Williams & Blaiklock 2016).

En el caso de la salud, retomar la idea de que se trata de un derecho es primordial, puesto que esto permite que se obtengan sistemas de salud de alta calidad. De esta forma, dichos sistemas ya no consideraran a la gente como meros beneficiarios de los servicios de

salud, sino que reconocerán su derecho a la salud y su agencia sobre su salud y las decisiones que puedan tomar sobre su propio cuidado (Kruk et al. 2018: 1200).

El segundo desafío es pensar la tecnología como un derecho. Si hablar del derecho a la salud ya es una tarea complicada, considerar a la tecnología como derecho puede presentar la misma o mayor complejidad.

Algunas académicas y activistas hablan desde hace algún tiempo sobre considerar la tecnología como un derecho, o al menos algunos elementos como derechos del ciudadano como es el caso del internet (Oyedemi 2015). Algunos autores consideran que la tecnología puede potenciar los DD.HH., al menos los derechos derivados (Mathiesen 2014), o incluso afectarlos, como en el caso del derecho a la privacidad (Stepanović 2014). En el caso de la SD, esta puede tener ambos efectos, es decir, puede contribuir en alcanzar el derecho a la salud, así como generar potenciales amenazas contra la privacidad, la libertad de expresión y la libertad de asociación (Khosla 2020).

El tercer desafío es la creciente privatización de la salud. El Comentario 14 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales señala explícitamente en su punto 35 que los Estados tienen la obligación de aprobar leyes o tomar otras medidas que garanticen el acceso equitativo a la atención médica y a los servicios relacionados con la salud prestados por terceros; además de asegurarse que la privatización del sector de la salud no constituya una amenaza para la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de las instalaciones, bienes y servicios de salud; también de controlar la comercialización de equipos médicos y medicamentos por parte de terceros (CESCR 1966: 12). No obstante, la realidad nos muestra que la medicina tiende a la privatización en detrimento de la atención pública.

Nowak (2016) señala que las experiencias en países desarrollados y países menos desarrollados,⁵ recogidas en documentos ofi-

⁵ Las Naciones Unidas denominan países menos desarrollados (Least Developed Countries en inglés) a aquellos países con impedimentos estructurales para alcanzar el desarrollo sostenible. Estos países son altamente vulnerables a impactos económicos

ciales de las Naciones Unidas y por estudios académicos, muestran que la privatización de la salud pública, al abrirla a las corporaciones con fines de lucro, solo deteriora la calidad del sistema de salud y aumenta las desigualdades que excluyen a los pobres y a los grupos marginalizados y discriminados. Si bien este autor no cree que deba prohibirse el capital privado en la salud, considera que el Estado debe asegurar el financiamiento público para el sistema público de salud, asegurando que todos tengan acceso a un servicio público financiado (Nowak 2016:79-80).

La SD sufre de una creciente privatización. En los últimos años, grandes corporaciones como Google, Amazon, Microsoft o Tesla han volcado su interés al área de la salud digital. Esto, por supuesto, ha generado preocupación en varios frentes, sobre todo acerca de compartir información personal, en especial cuando hay intereses comerciales en juego (Petersen 2018: 79-80). Esta preocupación no es para nada exagerada, pues ya se han presentado varios casos de almacenamiento de datos médicos sin consentimiento (García 2019) o la filtración de información médica (Cyber Research Team 2019).

Conclusiones

¿Es posible pensar la SD dentro de la noción del derecho a la salud? La respuesta es sí, aunque no es del todo fácil. Como indiqué en el texto, casi desde su concepción el derecho a la salud ha sido limitado, se le negó cualquier propiedad compulsiva para los Estados. De la misma forma, su conexión como base para el cumplimiento de otros derechos se ha hecho más laxa, limitándose al mero ámbito discursivo.

Un cambio importante en el derecho a la salud en los últimos años fue su progresiva reducción a derecho individual, en lugar de hacer referencia a lo colectivo, intrínseco a los derechos sociales (Catalán 2021: 168). De esta forma, en la práctica, el derecho a la salud se convirtió en mero argumento para pedir un mínimo acceso al servicio de salud,

y ambientales y poseen bajos niveles de recursos humanos. Consultar: <https://www.un.org/development/desa/dpad/least-developed-country-category.html>

por ejemplo ante una corte frente a un caso de discriminación (Catalán 2021: 41). Esta reducción a lo individual está también ligada a la privatización de la salud, pues el paciente se convierte en un consumidor de servicio y la salud de la población se piensa en términos de oferta y demanda.

La SD tiene precisamente esta orientación. La SD se piensa como un asunto individual donde la tecnología va a favorecer a la salud personal, del propio cuerpo, que solo se relaciona con el entorno en cuanto a posibles factores que puedan afectar la salud. Esto en medio de una creciente privatización (Webster 2019) del sector que nos ofrece soluciones personalizadas, ajustadas a nuestras circunstancias económicas, y que ya cuenta incluso con estrategias de inversión que aconsejan cómo ligarlas a los Objetivos de Desarrollo Sostenible y otra normativa internacional (Drury et al. 2018).

A pesar de este panorama, el pensar en la SD bajo la noción de derecho a la salud es posible. Para ello se debe, en primer lugar, superar la visión reduccionista e individualista de la salud para recuperar su dimensión colectiva. Catalán (2021) propone para ello incluir la idea de solidaridad al debate para que se manifieste en el nivel de las obligaciones positivas del derecho a la salud, convirtiéndolo nuevamente en un derecho colectivo. Con un enfoque en la solidaridad, dice el autor, estas obligaciones positivas no dan origen a un derecho legal, sino a un derecho no comercializado, alcanzable a través de una obligación de proteger y una obligación de cumplir donde

[l]a obligación de proteger principalmente desalienta y, en última instancia, prohíbe la prestación comercializada de servicios de salud. A su vez, la obligación de cumplir, mediante la desmercantilización, garantiza la prestación de servicios sanitarios gratuitos (Catalán 2021: 171).

La SD debe, por tanto, pensarse como un derecho no comercializado, especialmente después de la pandemia de COVID-19 que ha obligado a muchos Estados a que modernicen sus sistemas públicos de salud.⁶ Esto, por su-

⁶ La European Public Health Alliance lanzó un documento que recoge estudios de caso sobre el impacto

puesto, no es tarea fácil, pues gran parte de la inversión en SD en la actualidad proviene desde el sector privado. Además, deberá insistirse en que la SD es un derecho colectivo y no individual, a pesar de que sus beneficios favorezcan, en primera instancia, al cuerpo individual.

Precisamente el uso de tecnología de SD para detectar y prevenir nuevos casos de COVID-19 puede ser un ejemplo para pensarlo como derecho colectivo; eso sí, teniendo muy en cuenta que el uso masivo y acrítico puede potencialmente vulnerar otros derechos como el de la privacidad, la libertad de expresión y la libertad de asociación.

Un segundo paso para ligar el derecho a la salud a la SD es resaltar su conexión con otros derechos. La SD, al igual que lo planteado por la Constitución de la OMS y la Declaración Universal de los Derechos Humanos en cuanto a la salud, debe estar claramente ligada a otros derechos, los cuales se constituyen en condición para su disfrute. La tecnología desplegada en la SD es capaz de identificar con mayor precisión aquellos Determinantes Sociales de la Salud que afectan la salud colectiva e individual, por ejemplo, la calidad de la vivienda o cuan nutritivo es un alimento que solemos consumir. Por lo tanto, la SD puede también favorecer a otros derechos fundamentales como los mencionados (alimentación y vivienda) puedan ser cumplidos.

Por último, para finalizar este artículo debo mencionar que la SD debe también hacer frente a otros problemas actuales que crean desigualdad y que tiene efectos sobre los Derechos Humanos como la brecha digital, entendido como el limitado o inexistente acceso a las Tecnologías de Información y Comunicación (TICs) que incluyen las computadoras, el internet, los teléfonos móviles inteligentes y todo tipo de hardware y software

de la pandemia para acelerar la transformación digital de varios sistemas de salud de Europa. Por ejemplo, una plataforma de vacunación en línea en Croacia, un sistema nacional de records médicos electrónicos en Alemania o cabinas de telemedicina en Francia son algunas acciones tomadas por sistemas de salud en dichos países. El documento puede ser consultado en <https://epha.org/covid-19-speeding-up-digital-health-and-meeting-peoples-needs/> (Consultado el 19 de enero de 2022).

digital. La desigualdad en el acceso y el uso de las nuevas Tecnologías de Información y Comunicación (TICs) ha demostrado tener un efecto sobre los derechos (Peacock 2019); lo mismo puede decirse de la brecha digital en cuanto a la SD, puesto que en el futuro nuestra salud dependerá crecientemente de la interminable gama de dispositivos que nos rodean.

Bibliografía

- Brolan, Claire, Vannarath Te, Nadia Floden, Peter S. Hill, y Lisa Forman (2017): "Did the right to health get across the line? Examining the United Nations resolution on the Sustainable Development Goals". En: *BMJ Global Health*, 2(3), e000353.
- Catalán, Eduardo Arenas (2021): *The Human Right to Health: Solidarity in the Era of Healthcare Commercialization*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing.
- [CESCR. \(1966\): Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales \(CESCR\).](#)
- [Cyber Research Team. \(2019, October 21\): Data Leaks in the Medical Industry: A Worldwide Epidemic \[Technological news\]. WizCase: Tech Advice You Can Count On.](#)
- [Drees, Jackie \(2021\): 8 recent Big Tech partnerships in healthcare: Amazon, Google & more.](#)
- [Drury, Peter, Susann Roth, Tom Jones, Michael Stahl, and Donna Medeiros \(2018\): Guidance for investing in digital health \(Adb SuSustainable Development Working Paper Series\). Asian Development Bank.](#)
- Evans, David B., Justine Hsu, and Ties Boerma (2013): "Universal health coverage and universal access." En: *Bulletin of the World Health Organization* 91: pp. 546-546A.
- [Garcia, Ahiza \(2019, November 15\): Google's "Project Nightingale" center of federal inquiry \[News\]. CNN Business.](#)
- Gonçalves, Carlos, Alexandre Ferreira da Silva, João Gomes, y Ricardo Simoes. (2018): "Wearable e-textile technologies: A review on sensors, actuators and control elements". En: *Inventions*, 3(1), 14.
- Iriart, Celia, Howard Waitzkin, Jaime Breilh, Alfredo Estrada, and Emerson Elías Merhy. (2002): "Medicina social latinoamericana: Aportes y desafíos." En:

- Revista Panamericana de Salud Pública*, 12, pp. 128–136.
- Khosla, Rajat (2020): "Technology, Health, and Human Rights: A Cautionary Tale for the Post-Pandemic World." En: *Health and Human Rights*, 22(2), 63.
- Kruk, Margaret E., Anna D. Gage, Catherine Arsenault, Keely Jordan, Hannah H. Leslie, Sanam Roder-DeWan, Olusoji Adeyi, Pierre Barker, Bernadette Daelmans, & Svetlana Doubova (2018): "High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: Time for a revolution." En: *The Lancet Global Health*, 6(11), pp. e1196–e1252.
- Lu, Lin, Jiayao Zhang, Yi Xie, Fei Gao, Song Xu, Xinghuo Wu, and Zhewei Ye (2020): "Wearable health devices in health care: Narrative systematic review." En: *JMIR MHealth and UHealth*, 8(11), e18907.
- Lupton, Debora (2013): "The digitally engaged patient: Self-monitoring and self-care in the digital health era." En: *Social Theory & Health*, 11(3), pp. 256–270.
- Lupton, Debora (2017): "Wearable devices: Sociotechnical imaginaries and agential capacities." En: *Preprint of Chapter for Publication in Embodied Technology: Wearables, Implantables, Embeddables, Ingestibles*, Isabel Pedersen and Andrew Iliadis (eds.), MIT Press, Cambridge, Massachusetts.
- [Lupton, Debora \(2020\): "The Sociology of Mobile Apps \[pre print\]." En: *The Oxford Handbook of Sociology and Digital Media*. Oxford University Press Oxford, UK.](#)
- Lupton, Deborah and Annemarie Jutel. (2015): 'It's like having a physician in your pocket! A critical analysis of self-diagnosis smartphone apps. En: *Social Science & Medicine*, 133, pp. 128–135.
- Mathiesen, Kay (2014): "Human rights for the digital age." En: *Journal of Mass Media Ethics*, 29(1), pp. 2–18.
- Monaghesh, Elham, & Alireza Hajizadeh, (2020): "The role of telehealth during COVID-19 outbreak: A systematic review based on current evidence." En: *BMC Public Health*, 20(1), pp. 1–9.
- Nowak, Manfred (2016): *Human Rights or Global Capitalism*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- [OHCHR \(2000\): *CESCR General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health*. Office of the High Commissioner for Human Rights.](#)
- [OMS \(1946\): *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Organización Mundial de la Salud.](#)
- [OMS \(1978\): *Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care*. Organización Mundial de la Salud.](#)
- [OMS \(2009\): *Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud—A62/9*. Organización Mundial de la Salud.](#)
- OMS (2016): *Atlas of EHealth Country Profiles: The Use of EHealth in Support of Universal Health Coverage: Based on the Findings of the Third Global Survey on EHealth, 2015*. WHO Global Observatory for eHealth.
- [OMS \(2005\): *Resolution wha58. 28. Ehealth*.](#)
- [ONU \(1948\): *La Declaración Universal de Derechos Humanos \[Institucional\]*. Naciones Unidas.](#)
- Oyedemi, Toks (2015): "Internet access as citizen's right? Citizenship in the digital age." En: *Citizenship Studies*, 19(3–4), pp. 450–464.
- Pan American Health Organization (2017): *The Sustainable Health Agenda for the Americas 2018-2030: A call to action for health and well-being in the region. Document CSP29/6, Rev. 3*.
- [Peacock, Anne \(2019\): *Human rights and the digital divide*. London: Routledge.](#)
- Petersen, Alan (2018): *Digital Health and Technological Promise: A Sociological Inquiry*. London: Routledge.
- [Rowlands, David \(2020\): *What is digital health? And why does it matter?* Digital Health Workforce Academy.](#)
- Schwab, Klaus (2017): *The fourth industrial revolution*. New York: Crown Business.
- Stepanović, Ivana (2014): "Modern technology and challenges to protection of the right to privacy." En: *Анали Правног Факултета у Београду*, 63(3), pp. 167–178.
- Waitzkin, Howard (2013): *Medicina y salud pública al final del imperio*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina. Centro de Historia de la Medicina (CHM).
- Webster, Pal (2019): "Digital health technologies and health-care privatisation." En: *The Lancet Digital Health*, 1(4), pp. e161–e162.
- [WHO & International Telecommunication Union \(2012\): *National eHealth strategy toolkit*. Geneva: World Health Organization and](#)

[International Telecommunication Union.](#)

Williams, Carmel, y Alison Blaiklock (2016): "Human rights discourse in the sustainable development agenda avoids obligations and entitlements: Comment on" rights language in the sustainable development agenda: Has right to health discourse and norms shaped health goals?". En: *International Journal of Health Policy and Management*, 5(6), 387.

[World Health Organization \(2021\): *Global strategy on digital health 2020–2025*. Geneva: World Health Organization.](#)