

DERECHO
RINCIPIOS GENERALES
DERECHO ROMANO

ESTUDIO SOBRE

Principios Generales y Derecho Romano

VOLUMEN 1

Cynthia Paola Acosta
Gabriela Marta
Alonsopérez
Mirta Beatriz Álvarez
María Elena Bazán
Daniel Bonjour
Emiliano J. Buis
Andrea Costa
Sebastián Cuenca
Susana Isabel Estrada
María Cristina Filippi
Yamila Fuentes Francis
Juan Carlos Ghirardi

Germán Giarocco
Norma Alicia Juárez
Favio Leonetti
Luis Aníbal Maggio
Gastón L. Medina
Elvira Méndez Chang
Laura Lilliana Micieli
Marilina Andrea Miceli
Patricia Silvina Mora
Noelia Morchio
Gabriela Victoria Morel
Grecia Sofía Munive
García

Alfonso Murillo Villar
Leticia Núñez
Soledad Andrea
Peralta
Norberto Darío Rinaldi
Julieta Salomé
Rodríguez
Luis Rodríguez Ennes
Mariana Verónica
Sconda
Giselle Trupia Verón
Francisco Valenzuela
Aránguiz
Adrián Gustavo Vedia

UFLO
UNIVERSIDAD

El derecho a la salud y la información: un enfoque a partir de dos fallos judiciales⁷³⁴

Por Julieta Salomé Rodríguez⁷³⁵

I. Introducción

El objetivo del presente trabajo es que, a partir del análisis de dos fallos recientes vinculados con el suministro de dióxido de cloro como tratamiento compasivo a pacientes con COVID-19 en grave estado, podamos profundizar en la protección actual del derecho a la salud, el acceso a la información vinculada con ella y la responsabilidad de los

⁷³⁴ El presente trabajo se enmarca en el proyecto de investigación denominado “Una mirada romanista a los libros quinto y sexto del Código Civil y Comercial de la Nación”, que se desarrolla en UFLO Universidad bajo la dirección de la Prof. Mirta Beatriz Álvarez.

⁷³⁵ Becaria estudiante del proyecto.

comunicadores y, asimismo, conocer cuestiones vinculadas con la salud en la Antigua Roma.

II. Planteo de los casos

El primer fallo bajo análisis es una sentencia de octubre de 2020 dictada por el juez Leonardo Aranibar de la Sala II de la Cámara de Apelaciones en lo Civil y Comercial de Salta,⁷³⁶ que rechazó la acción de amparo presentada por la esposa e hijos de un paciente con COVID-19 internado en grave estado en el Hospital San Bernardo, mediante la cual solicitaban se los autorice a suministrarle la sustancia CDS (dióxido de cloro), a modo de tratamiento compasivo, toda vez que su pronóstico era desfavorable.

Para decidir en tal sentido, el juez destacó que el derecho a la vida y su protección, que incluye especialmente al derecho a la salud, constituye un bien en sí mismo que resulta indispensable para el ejercicio de la autonomía personal. En consecuencia, el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano.

Luego, en su fundamentación, enumera una serie de tratados y convenciones internacionales de jerarquía constitucional donde se protege este derecho fundamental. Cita también la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial que va a dar el contexto en el cual el médico, luego de pedir consejo de experto y con el consentimiento informado del paciente o de un representante legal, puede permitirse utilizar intervenciones no comprobadas si a su juicio ello da alguna esperanza de salvar la vida o restituir la salud, o aliviar el sufrimiento.

⁷³⁶ “M., E. Y.; B., P. A.; B., R. A.; B., A. L.; B., S. M.; B., M. vs Hospital de Gestión Descentralizada San Bernardo por amparo” (Exp. 713073/20). <https://www.diariojudicial.com/nota/88291>.

Continúa en su análisis diciendo que el Colegio Médico de Salta acompañó con material científico y advertencias de importantes entidades acerca de la utilización del dióxido de cloro en humanos y, además, agrega que a lo largo del proceso la parte actora no acompañó ningún certificado médico donde se prescribiera el tratamiento con dióxido de cloro para el caso particular.

En consecuencia, consideró que, en el caso planteado, el Hospital San Bernardo no realizó ninguna conducta arbitraria ni violatoria de derecho constitucional alguno y que, en consecuencia, la acción deducida no podía prosperar.

En el segundo caso, el juez subrogante Javier Pico Terrero, del Juzgado Civil y Comercial Federal N° 7 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires,⁷³⁷ hizo lugar a una acción de amparo presentada por José María Lorenzo, hijastro del señor Oscar García Rúa, para que se le ordene al Sanatorio Otamendi cumplir con el tratamiento indicado por su médico personal, Dr. Dante Converti, el cual consistía en administrar el uso del ibuprofenato de sodio a través de nebulizaciones y de dióxido de cloro mediante vía intravenosa.

Para decidir en tal sentido, el juez consideró que se cumplía con los requisitos de verosimilitud del derecho y peligro en la demora porque de las constancias médicas arrimadas no se advertía la posibilidad de dilación alguna y que, al estar prescripto por el médico a cargo del tratamiento del paciente, que era responsable del tratamiento médico y quien conocía los pormenores de la historia clínica, no se advertía la imposibilidad de la orden médica para la implementación de los tratamientos prescriptos.

En consecuencia, decidió que el Sanatorio Otamendi debía otorgar la cobertura de los tratamientos indicados por su médico tratante.

Cabe mencionar, por último, que ambos pacientes fallecieron.

⁷³⁷ Lorenzo, José María c/Sanatorio Otamendi y Miroli SA s/Amparo de Salud. <https://www.diariojudicial.com/nota/88283/civil-y-comercial/el-dioxido-de-cloro-llego-a-la-justicia.html>.

III. Análisis de los fallos. Salud, tratamientos compasivos e información

De la comparación de estos fallos surge que en ambos casos se solicitó al órgano judicial el suministro de la sustancia dióxido de cloro (CDS o MMS) bajo la figura de tratamiento compasivo.

Ambos pacientes cursaban una fase aguda de la enfermedad por coronavirus, con un profundo deterioro de su salud y pronóstico reservado.

También, en ambos casos, la petición se sustentaba en derechos constitucionales e instrumentos internacionales, y las medidas cautelares solicitadas tenían como objeto que el derecho cuyo reconocimiento se pedía no perdiera su eficacia en las dilaciones propias del trámite del amparo.

En la resolución emanada del órgano judicial salteño se rechazaron tanto la medida cautelar como la acción de amparo, mientras que en el caso del Sanatorio Otamendi el juez ordenó el suministro de la sustancia amparándose en la orden del médico personal del paciente.

Cabe destacar los motivos que llevaron a que las resoluciones de los casos fueran diferentes. En el planteo de Salta, intervino el Comité Científico asesor del Colegio Médico de la Provincia de Salta, que le aportó al juez las advertencias de algunas sociedades científicas y un informe de la Organización Panamericana de la Salud con respecto al suministro de dióxido de cloro a humanos. Y el amparista, por su parte, no logró acreditar de ninguna forma el supuesto beneficio del CDS. El juez, ante el planteo, la poca información que adjuntó el amparista y la presentación determinante del Colegio Médico, decidió rechazar la acción.

En el segundo caso, el estado de salud del amparista y el pronóstico reservado (cursaba una etapa grave de la enfermedad por SARS-Cov-2) explicaban para el juez una apariencia de buen derecho y, por consiguiente, decidió otorgar la medida, ordenando al sanatorio estar a lo prescripto por el médico tratante. En este caso y pese a la negativa del sanatorio, el suministro de CDS fue realizado por el médico que lo prescribió, y a los pocos días el paciente murió.

Ambos fallos dieron lugar a muchas críticas y comentarios por parte de la doctrina, focalizados en diversas cuestiones. A los fines de este trabajo, vamos a considerar dos aspectos en particular: la crítica desde el punto de vista de la bioética y desde el punto de vista de la gestión de la información.

Desde la bioética, el Dr. Ignacio Maglio, presidente del Comité de Bioética de la Fundación Huésped, asesor del Ministerio de Salud y asesor letrado de la Sociedad Argentina de Infectología (SADI), en diálogo con la agencia de noticias *Télam*⁷³⁸ consideró que la decisión del magistrado en el fallo del Sanatorio Otamendi se trató de “mala praxis judicial”. Argumentó que “es un despropósito que un juez pueda dar una resolución basado en una sola receta, sin haber pedido una prueba de oficio a otros organismos o bien a la Sociedad Argentina de Infectología”. En cuanto a la prescripción del doctor Dante Converti, dijo que fue “una aberración técnica médica”. “Ni siquiera se chequeó si es un especialista como dicen que es, ya que dispuso algo en contra de toda la evidencia médica disponible”, y resaltó que el dióxido de cloro “no está autorizado por la ANMAT y está contraindicado por diversas instituciones médicas”, entre ellas la SADI.

A su vez, la Dra. María Susana Ciruzzi aborda esta temática en su artículo “El Juez, el médico, el abogado, el subrogante y el paciente: la maleficencia de la ignorancia”,⁷³⁹ haciendo una crítica razonada del fallo del juez federal. La primera cuestión que analiza y explica está referida al concepto de tratamiento compasivo, expresión dentro de la cual se pueden distinguir dos situaciones: estudio de uso compasivo y uso compasivo de medicamentos.

Ciruzzi señala que el estudio de uso compasivo es una manera de

⁷³⁸ <https://www.telam.com.ar/notas/202101/541225-califican-de-mala-praxis-judicial-al-fallo-que-autorizo-el-tratamiento-con-dioxido-de-cloro.html>.

⁷³⁹ CIRUZZI, M. (2021). “El juez, el médico, el abogado, el subrogante y el paciente: la maleficencia de la ignorancia”. En *Microjuris.com*.

administrar una terapia experimental a un paciente que no reúne las condiciones para recibir el tratamiento en un estudio clínico, pero que padece de una enfermedad grave o que pone en peligro su vida y para la cual no se cuenta con otros tratamientos.

Por su parte, el uso compasivo de medicamentos consiste en la utilización –en pacientes aislados, y al margen de un ensayo clínico– de medicamentos en investigación, incluidas especialidades farmacéuticas para indicaciones o condiciones de uso distintas de las autorizadas, cuando el médico –bajo su exclusiva responsabilidad– considere indispensable su utilización.

En ese sentido, aclara que, desde el punto de vista bioético, se ha considerado que el uso compasivo (ya sea de un medicamento o de un tratamiento) por el hecho de serlo, no autoriza ni justifica a evadir o desconocer los principios fundamentales que regulan la práctica asistencial y la investigación clínica.

A continuación, explica en qué consistía el tratamiento indicado por el médico tratante del paciente del Sanatorio Otamendi: a) nebulizaciones con ibuprofeno y b) administración por vía de solución de dióxido de cloro.

- a) El ibuprofeno inhalado (o nebulización de ibuprofeno) es una alternativa que se viene investigando desde hace unos años para abordar el proceso inflamatorio que se produce en el pulmón en enfermedades como la fibrosis quística o –en la actualidad– el coronavirus SARS-CoV-2. Por el momento, es un ensayo clínico fase II cuyo objetivo es evaluar la eficacia y seguridad del potencial tratamiento. En consecuencia, la única forma en la que el paciente podría haber accedido a dicho tratamiento experimental era incorporándose al ensayo clínico en las condiciones de procedencia, por lo que sostiene que el tribunal de justicia no es el lugar apropiado para decidir tal cuestión.
- b) El dióxido de cloro es un potente agente oxidante que se añade

al agua para desinfectarla y para mejorar su sabor y olor. Es un gas de color amarillo o amarillo-rojizo que se descompone rápidamente en el aire. No se da de forma natural en el ambiente, sino que es producido en forma sintética. Debido a que es un gas peligroso, el dióxido de cloro siempre se manufactura en el lugar donde habrá de usarse. Se emplea como blanqueante en la industria de fabricación del papel y como desinfectante en el agua o en las superficies; también se usa para descontaminar edificios públicos. El dióxido de cloro es soluble en agua y reacciona rápidamente con otros compuestos. Cuando reacciona en el agua, el dióxido de cloro forma iones de clorito, los cuales son también sustancias muy reactivas. La alta reactividad del dióxido de cloro le permite matar bacterias y otros microorganismos en el agua. Podemos apreciar que el dióxido de cloro es una sustancia, no es un medicamento ni un tratamiento médico, mucho menos está destinado al consumo humano ni se adquiere en farmacias.

La Organización Panamericana de la Salud expresamente ha informado que “no recomienda utilizar productos a base de dióxido de cloro o clorito de sodio por vía oral o parenteral (intravenosa, intrarterial, intramuscular y subcutánea) en pacientes con sospecha o diagnóstico de COVID-19, ni en ningún otro caso, porque no hay evidencia sobre su eficacia, y la ingesta o inhalación de estos productos podría ocasionar graves efectos adversos”.

También la Asociación Toxicológica Argentina emitió un comunicado⁷⁴⁰ en el cual informa que

la ingesta de estos preparados de dióxido de cloro y/o clorito de sodio pueden

⁷⁴⁰ <https://toxicologia.org.ar/alertan-sobre-el-consumo-de-dioxido-de-cloro-como-medicamento-para-prevenir-el-covid-19/>.

provocar cuadros digestivos irritativos severos, con la presencia de náuseas, vómitos y diarreas, además de graves trastornos hematológicos (metahemoglobinemias, hemósis, etc.), cardiovasculares y renales, entre otros. Su inhalación, a través de nebulizaciones, por ejemplo, también implicaría riesgos de broncoespasmo, neumonitis química y edema de glotis. Las sociedades científicas alertamos a la población sobre la ingesta o inhalación de estos productos, que pueden poner en peligro la salud de las personas y a la vez retrasar la atención médica oportuna, sumado a que ni el dióxido de cloro, ni el clorito de sodio han demostrado ser productos seguros o eficaces para tratar ninguna enfermedad, incluida la COVID-19.

Lo mismo afirmó la ANMAT⁷⁴¹ el 4 de agosto de 2020, destacando que “el producto mencionado no cuenta con estudios que demuestren su eficacia y no posee autorización alguna por parte de este organismo para su comercialización y uso”.

La Sociedad Argentina de Pediatría⁷⁴² también se expresó, a través de su Comité Nacional de Salud Infantil y Ambiente, con relación a esta sustancia tóxica, relatando los efectos perniciosos de su ingesta o inhalación en el caso de los niños.

En consecuencia, y determinada que la indicación médica de ibuprofeno nebulizado y de dióxido de cloro para el tratamiento de un paciente que padecía COVID-19 carece de la inserción legal y sustento científico válido, la Dra. Ciruzzi hace una valoración de la decisión del magistrado federal actuante. Y dice que, cuando se judicializa una acción médica, el juez está obligado a recabar el sustento científico que acompañe e ilumine su decisión jurídica. Por ello no debe prescindir del consejo de

⁷⁴¹ <https://www.argentina.gob.ar/noticias/dioxido-de-cloro-anmat-recomienda-no-consumir-medicamentos-no-autorizados>.

⁷⁴² https://www.sap.org.ar/uploads/documentos/documentos_comunicado-cd-dioxido-de-cloro-237.pdf.

experto. De lo contrario, su decisión será arbitraria, lo cual la fulminaría en su constitucionalidad como acto jurisdiccional válido.

Y, si bien el juez respalda su decisión en la indicación médica, lo cierto es que podría haber acudido al consejo experto del Cuerpo Médico Forense, o consultado al propio Ministerio de Salud de la Nación o recurrido a las sociedades científicas con competencia en la materia.

La gravedad del caso traído a su entendimiento exigía prudencia y sabiduría. La premura de una medida cautelar, su instrumentación inaudita parte, no constituía justificación alguna para que el juez no se hubiera asesorado convenientemente.

Concluye diciendo que tanto la decisión judicial como la petición familiar en ambos casos

plantean una falsa dicotomía entre “protección del derecho a la vida y la salud” vs. “acceso a un tratamiento efectivo”. Simplemente porque tal confrontación no existe: no hay –en el conocimiento científico actual– un tratamiento efectivo para el padecimiento del actor. No se le niega el acceso a una alternativa terapéutica válida: no se conoce científicamente una alternativa terapéutica válida. La ciencia no se ha pronunciado, mal puede el derecho obligarla a tomar partido o sancionar jurídicamente la ausencia de evidencia.

Y finalmente dice que

resulta entendible que el propio actor quiera obviar cualquier requisito que perciba como burocrático porque le impide satisfacer su necesidad de contar con un tratamiento que él cree puede ser efectivo. Pero no puede admitirse que el propio Estado, a través de uno de sus poderes y que a la sazón es el llamado a “interpretar el derecho”, propugne subvertir el orden jurídico y ético, aún cuando el móvil que lo guía sea noble y encomiable.

Por otra parte, para el Dr. Marcos Ibarra, en su ponencia del 23 de marzo de 2021 en el marco del “Ciclo de Actualización en Jurisprudencia en

Salud durante la Pandemia”,⁷⁴³ organizado por el Observatorio de Derecho a la Salud de la UBA, sostiene que lo que marca la diferencia a la hora de resolver estos casos es la gestión de la información.

El origen del problema, entonces, radicaría en saber por qué se llega a la instancia de que la Justicia deba decidir sobre autorizar o no a tratar a estos pacientes con una sustancia que no está autorizada para el uso humano como lo es el dióxido de cloro.

Sostiene que en el contexto de la época que nos toca vivir, donde parecemos estar más preocupados por aumentar el conocimiento, lo que deberíamos aprender es a gestionar el desconocimiento: la verosimilitud de buen derecho en el caso del Sanatorio Otamendi implicaba justamente gestionar la información en un contexto de urgencia e incertidumbre (normativas técnico-científicas).

La pandemia nos presentó una situación en la cual las certezas y el conocimiento seguro representaron una ínfima parte del conocimiento disponible para decidir. En consecuencia, para el Dr. Ibarra, la complejidad de la salud y la fragilidad del conocimiento científico (en términos de cantidad de conocimiento seguro) nos tendría que llevar a pensar en cómo gestionamos no ya lo que conocemos, sino lo que no conocemos, y ahí entra el desconocimiento que tenemos de los tratamientos para COVID-19, por ejemplo.

En otra época, el médico o una campaña ministerial brindaban la información con el objeto de eliminar el desconocimiento. En la actualidad, es más lo que desconocemos que lo que sabemos, por lo que a lo que se debe apuntar es a entender y gestionar la información disponible.

Y eso, en términos jurídicos, implica empezar a hablar del derecho a la comunicación sanitaria, un puente entre el derecho de la comunicación y el derecho de la salud: el paciente ya no tiene un derecho a

⁷⁴³ Ciclo de Actualización en Jurisprudencia en Salud durante la Pandemia realizado el 23/03/2021. Dirección académica: Marisa Aizenberg (Observatorio de Derecho de la Salud – Facultad de Derecho – Universidad de Buenos Aires).

recibir información sobre su salud, sino herramientas para gestionar esa información, para buscar, para contrastar, para entender.

Entonces, como no podemos obligar al juez a saber todo, y menos aún temas específicos como la salud, lo decisivo en este tiempo será la gestión del no saber. Esto, según lo plantea el Dr. Ibarra, nos va a llevar a pensar el derecho de la comunicación como un derecho que atraviesa a otros, la salud, por ejemplo, y que es atravesado por otros, un derecho a emitir y recibir información, pero también un derecho de supervivencia, sobre todo para grupos especialmente vulnerables (el paciente de hoy es vulnerable a los nuevos contornos de la comunicación y salud), minorías sexuales, étnicas, etc.

A continuación, plantea una cuestión “áspera”: la discusión por la libertad de expresión:

¿Cualquier persona puede publicar su opinión libremente por cualquier medio, aunque esto cause un daño a otro? Algunas posturas clásicas dirían que el Estado debe abstenerse de censurar. La pregunta es si, en casos como el CDS, ¿no podrían haberse evitado con un rol protagónico del Estado como garante de la verdad? ¿Existirá una excepcional posibilidad de silenciar unas voces para que se oigan otras y así cuidar las vidas?

Esto que plantea el Dr. Ibarra tiene una relación directa con una situación que se transmitió por televisión y que generó una gran repercusión en la sociedad. El hecho, ocurrido el 6 de agosto de 2020, registró a la periodista Viviana Canosa cuando tomó –lo que dijo ser– dióxido de cloro, obviando las recomendaciones hechas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) e incluso las de ANMAT.

Tras beber el líquido, Canosa aseguró que el CDS “oxigena la sangre”. Consultado por el sitio *Chequeado.com*,⁷⁴⁴ Luis Baraldo, doctor

⁷⁴⁴ <https://chequeado.com/el-explicador/viviana-canosa-tomo-dioxido-de-cloro-en-vivo-pero-esa-sustancia-es-perjudicial-para-la-salud/>.

en Ciencias Químicas y vicedecano de la Facultad de Ciencias Exactas y Naturales de la Universidad de Buenos Aires (UBA), dijo que esa afirmación “es un disparate”. “No conozco ninguna evidencia de que el ClO₂ (dióxido de cloro) forme O₂ (oxígeno)”, concluyó. Baraldo explicó que “el dióxido de cloro es un oxidante energético y poco selectivo. Sirve para atacar al virus en una superficie inerte como una mesada o una pileta, pero en nuestro cuerpo es reactivo frente a las moléculas que constituyen el organismo”. En ese sentido, afirmó: “No es para nada recomendable ingerirlo porque el dióxido de cloro no va a distinguir entre el virus y nuestros tejidos” sino que “va a reaccionar sin distinguir contra muchas moléculas, algunas del virus, otras de nuestras vías respiratorias”.

La Defensoría del Público,⁷⁴⁵ órgano sin poder sancionatorio, recibió más de 20 reclamos de las audiencias sobre la actitud de Canosa, que violó el artículo 70 de la Ley de Servicios de Comunicación Audiovisual, que considera que el derecho humano a la comunicación se encuentra íntimamente ligado a la protección de la salud de las personas.

La conductora también incumplió el artículo 71 de la misma ley, que exige a quienes producen o emiten contenidos y/o publicidad, velar por el cumplimiento de las leyes, específicamente la Ley 25.926 sobre pautas para la difusión de temas vinculados con la salud.

Luego de un análisis interdisciplinario, el informe técnico de la Defensoría señala que Canosa promocionó una sustancia que, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), “reacciona rápidamente en los tejidos, en esófago y estómago y puede producir intoxicaciones severas”, y advierte también sobre el riesgo del dióxido de cloro. Su consumo puede traer como consecuencia “trastornos hematológicos, cardiovasculares y renales”.

Frente a lo ocurrido, el organismo convocó a la producción a dialogar sobre “la vulneración de derechos de las audiencias, en particular el

⁷⁴⁵ <https://defensadelpublico.gob.ar/consumir-dioxido-de-cloro-en-television-es-infodemia/>.

derecho a una información veraz y precisa para la protección de la salud”. Y también pidió que en el programa “Nada personal” se habiliten “medidas reparatorias” para “restaurar la plena vigencia de los derechos vulnerados”, como la difusión a cargo de especialistas en la materia de información con validez científica.

Otras noticias de gravedad se dieron a conocer vinculadas con la ingesta de dióxido de cloro.⁷⁴⁶ Por una parte, la muerte de un niño de cinco años en Neuquén en agosto del 2020, luego de ingerir el día anterior dióxido de cloro que “habría sido administrado por los padres” con la falsa idea de que les serviría para “prevenir el coronavirus”. Los padres ingresaron al hospital con el niño y les dijeron a los médicos que le habían dado de tomar 700 mililitros de dióxido de cloro, según fuentes del Hospital de Plottier.

El primer informe de la autopsia determinó que el niño falleció por un “fallo multiorgánico”, pero no pudo determinar los motivos, y por esa razón la fiscal Sandra Ruixo, que investigaba el caso, ordenó la intervención de una junta médica. La junta analizó los resultados de la autopsia y estudios bioquímicos, y respondió tres aspectos que consultó la representante del Ministerio Público Fiscal: “1) Causa del fallo multiorgánico revelado por la autopsia; 2) En caso de haber sido originado por una intoxicación, cuál fue la sustancia que lo produjo; 3) Si esa sustancia es compatible con dióxido de cloro”, afirmó un comunicado oficial. El texto explicó que “sobre el primer punto, la junta médica sostuvo que una etiología tóxica sería compatible con el cuadro descripto”; respecto al segundo, “puede inferirse la ingesta de una sustancia química cáustica”; y sobre el tercero que “los hallazgos descriptos son compatibles con la ingesta de dicho producto, en referencia al dióxido de cloro”.⁷⁴⁷

⁷⁴⁶ <https://www.telam.com.ar/notas/202101/541391-fallo-justicia-dioxido-de-cloro-justicia-investigacion.html>

⁷⁴⁷ <https://www.telam.com.ar/notas/202008/507825-ingesta-dioxido-cloro-muerte-nino-neuquen.html>

Tras conocerse aquella muerte, el Ministerio de Salud reseñó que la utilización de dióxido de cloro para el tratamiento de COVID-19 u otras enfermedades “no cuenta con estudios que demuestren su eficacia y no posee autorización”.

Al hecho sucedido en Neuquén se sumó otro registrado esa misma semana en Jujuy, donde se conoció el caso de un hombre de 50 años que falleció en la localidad de San Pedro, también presuntamente luego de ingerir dióxido de cloro, y a dos casos de intoxicaciones severas de dos mujeres de 36 y 33 años en la provincia de Mendoza, en los meses de mayo y julio, respectivamente.

Por todo lo expuesto, según expresaba el Dr. Ibarra en su conclusión, se pone en evidencia que, en el campo comunicación y salud, y sobre todo en sus posibilidades de mejorar la salud de todos nosotros, tendrán que existir decisiones políticas, un correcto entramado de normas y, sobre todo, el convencimiento de la sociedad de que estas correcciones son en su propio beneficio. Si se garantiza la accesibilidad a la información a través de un programa de acceso gratuito a internet, se está garantizando el acceso a información sanitaria.

IV. La protección del derecho a la salud^{748, 749}

En la actualidad, ha quedado definitivamente superado el concepto tradicional de salud como mera ausencia de enfermedad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) nos ha brindado un concepto más abarcativo, que entiende a la salud como un estado de bienestar físico,

⁷⁴⁸ TRUCCO, M. (2017) “La Protección de la Salud en la legislación argentina: encuadre nacional e internacional”. Publicación del Ministerio de Salud de la Nación del 25/4/2017.

⁷⁴⁹ GÓMEZ HAISS, D. (2017). “La salud como derecho humano y social de primer orden”. En *Microjuris.com*.

mental y social, es decir, una armonía y equilibrio entre la persona y el medio que lo rodea y en el cual ésta se desenvuelve y persigue el desarrollo de su plenitud.

Así concebida, la salud adquiere el carácter de derecho humano fundamental, cuyo titular es todo ser humano sin discriminaciones, pudiendo exigir el resguardo de su protección al Estado, encargado de tutelar y garantizar los derechos fundamentales que hacen a la propia dignidad de la persona. El carácter indivisible e interdependiente de los derechos humanos hace que el derecho a la salud esté íntimamente vinculado al derecho a la vida, a la integridad física, al gozar de un ambiente sano, a la información, a la libertad, etcétera.

La normativa internacional exige a los Estados establecer políticas y planes de acción sustentables destinados a que todas las personas tengan real acceso a la atención de la salud en el plazo más breve posible.

Al respecto, la Observación General N° 14 (2000), del 22° período de sesiones, Ginebra, del 25 de abril al 12 de mayo de 2000, bajo el título “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (art. 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)” ha establecido lo siguiente:

1. La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos. Además, el derecho a la salud abarca determinados componentes aplicables en virtud de la ley.

8. El derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar sano. El derecho a la salud entraña libertades y derechos. Entre las libertades, figura el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genética, y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido

a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales. En cambio, entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud.

En los fallos analizados se hace referencia a algunas normativas relacionadas con el derecho a la salud, tanto en el ordenamiento nacional como en el internacional.

El artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos enuncia: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, a sí mismo, 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”.

Por su parte, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre dice en su artículo XI: “Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad”.

En tanto, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966, en su artículo 12 establece lo siguiente:

1. Los Estados Parte en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Parte en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:
 - a. La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
 - b. El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
 - c. La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;

d. La creación de condiciones que aseguren a todos, asistencia y servicios médicos en caso de enfermedad.

Asimismo, nuestra Constitución Nacional hace referencia a la protección de los derechos de la salud del ser humano en su artículo 42: “Los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de su salud, seguridad e intereses económicos; a una información adecuada y veraz; a la libertad de elección, y a condiciones de trato equitativo y digno”.

El citado artículo 42 resulta compatible con la protección integral de la persona humana, puesto que el amparo de la salud es una derivación del derecho a la vida y a la integridad física de la persona humana, también reconocido en los contextos internacionales y constitucionales.

Por otra parte, la Ley 26.529 (“Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado”) establece en su Capítulo I, “Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud”, en el apartado “Derechos del paciente”:

Artículo 2: Constituyen derechos esenciales en la relación entre el paciente y el o los profesionales de la salud, el o los agentes del seguro de salud, y cualquier efecto de que se trate, los siguientes: a. Asistencia. El paciente, prioritariamente los niños, niñas y adolescentes, tienen derecho a ser asistidos por los profesionales de la salud, sin menoscabo y distinción alguna, producto de sus ideas, creencias religiosas, políticas, condición socioeconómica, raza, sexo, orientación sexual o cualquier otra condición. El profesional actuante solo podrá eximirse del deber de asistencia, cuando se hubiere hecho cargo efectivamente del paciente otro profesional competente; b. Trato digno y respetuoso. El paciente tiene el derecho a que los agentes del sistema de salud intervinientes le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes.

Por último, cabe mencionar que un aspecto relevante para la regulación normativa del derecho a la salud fue la adopción en el 2005 por parte de la UNESCO, de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. Los principios acordados en dicho instrumento han servido de guía para la inclusión de sus postulados en el nuevo Código Civil y Comercial y en la mayoría de las leyes argentinas.

Dicha Declaración invita a los Estados a adoptar políticas y legislaciones en materia de salud y bioética, teniendo especial consideración por la dignidad de la persona, en consonancia con los valores y postulados que inspiran al derecho internacional de los derechos humanos, priorizando la necesidad de consensos y diálogos pluralistas sobre temas de bioética y haciendo especial hincapié en que los adelantos científicos se realicen en el marco de los principios éticos enunciados en la Declaración.

Estos principios se edifican en el respeto por la dignidad de la persona humana. Su bienestar debe tener prioridad con respecto al interés exclusivo de la ciencia o la sociedad. Es una clara aplicación del principio *pro homine* que inspira y articula la interpretación de los derechos humanos en su conjunto.

A su vez, el instrumento rescata como principios orientadores el respeto por la autonomía de las personas y la obligación de que toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica, como así también toda investigación científica, solo habrá de llevarse a cabo con previo consentimiento libre e informado de la persona interesada, basado en la información adecuada.

En igual sentido, la Declaración insiste en el respeto por la igualdad y la no discriminación, evitando toda estigmatización de la persona, respetando en todo momento la privacidad de la información que se vincule con su salud.

Asimismo, el instrumento hace un fuerte llamado a los gobiernos a la adopción de políticas públicas concretas

teniendo en cuenta que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr

V. La salud y la medicina en Roma

V. a) La medicina romana⁷⁵⁰

La medicina romana era esencialmente griega, pero los romanos hicieron tres contribuciones fundamentales: los hospitales militares, el saneamiento ambiental y la legislación de la práctica y de la enseñanza médica. Los romanos hicieron gran uso de la medicina tradicional y natural. Se destacaron como médicos Galeno y Celso, que hicieron importantes aportes que se extienden hasta la actualidad.

Al principio no existía la profesión como tal y las enfermedades se curaban con plantas medicinales prescritas por el *paterfamilias*. También era usado el *incubatio*, donde el enfermo pasaba la noche en el templo del dios sanador, que en sueños le indicaba los pasos a seguir para sanar. En la colina del Quirinal había un templo a *Dea Salus*, la deidad que reinaba sobre todas las relacionadas con la enfermedad: *Febris*, la diosa de la fiebre; *Uterina*, que cuidaba de la ginecología; *Lucina*, encargada de los partos; y *Fessonia*, señora de la debilidad y de la astenia, etc.

- 1) Los hospitales militares o *valetudinaria* se desarrollaron como respuesta a una necesidad impuesta por el crecimiento progresivo de la República y del Imperio. Al principio, cuando las batallas se libraban en las cercanías de Roma, los enfermos y heridos se transportaban a la ciudad y ahí eran atendidos en las casas de los patricios. Cuando las acciones empezaron a ocurrir más lejos, sobre todo cuando la expansión territorial sacó a las legiones romanas de Italia, el problema de la atención a los heridos se resolvió cuando crearon un espacio especialmente dedicado a ellos dentro del campo militar. La arquitectura de los *valetudinarias*

⁷⁵⁰ FERNÁNDEZ FERRIOL, C., FERRIOL RODRÍGUEZ, M. y FLEITES, C. (2018). "Roma: Imperio, Cultura y Medicina." En *Revista Acta Médica del Centro*, Vol. 12, Nº 2.

era siempre la misma: un corredor central e hileras a ambos lados de pequeñas salas, cada una con capacidad para cuatro o cinco personas. Estos hospitales fueron las primeras instituciones diseñadas para atender heridos y enfermos; los hospitales civiles no se desarrollaron sino hasta el siglo IV d. C. y fueron producto de la piedad cristiana.

- 2) El saneamiento ambiental se desarrolló muy temprano en Roma, gracias a las obras de la *cloaca máxima*, un sistema de drenaje que se vaciaba en el río Tíber y que data del siglo VI a. C. En la Ley de las Doce Tablas (450 a. C.) se prohíben los entierros dentro de los límites de la ciudad y se recuerda a los ediles su responsabilidad en la limpieza de las calles y en la distribución del agua. El aporte de agua se hacía por medio de 14 grandes acueductos que proporcionaban más de 1.000 millones de litros de agua al día. La distribución a fuentes, cisternas y a casas particulares era excelente, pero en los barrios menos opulentos no era tan buena. En general, las condiciones de higiene ambiental en Roma eran tan buenas como podía esperarse de un pueblo que desconocía por completo la existencia de los microbios.
- 3) Durante la República, la mayoría de los médicos eran esclavos o griegos, o sea, sujetos a una posición subordinada. Estaban organizados de una manera que puede considerarse precursora de las modernas especialidades: médicos generales (*medici*), cirujanos (*medicivulnerum, chirurgi*), oculistas (*medici ab oculis*), dentistas y especialistas en el oído. No existía una titulación oficial requerida para ejercer la medicina, pero Julio César concedió la ciudadanía a todos los que la ejercían en Roma y estableció un cupo máximo de médicos en cada ciudad.

Se estableció un servicio médico público. La ciudad contrataba a los médicos y les proporcionaba local e instrumentos para que atendieran,

en forma gratuita, a cualquier persona que solicitara su ayuda. Los salarios de estos profesionales los fijaban los consejeros municipales. También se creó el servicio médico de la casa imperial, el *medicus palatinus*, y muchos patricios tenían a su servicio a médicos para que atendieran a sus familias.

Entre los médicos griegos y romanos que ejercían en el Imperio se distinguían cuatro escuelas:

- Los dogmáticos reconocían como su fundador a Herófilo, aprobaban el estudio de la anatomía por medio de las disecciones y consideraban que las teorías sobre las causas de la enfermedad eran la esencia de la medicina: el desequilibrio de los elementos, los humores del pneuma, la migración de la sangre a los vasos que llevan el pneuma y el bloqueo de los canales del cuerpo por “átomos”.
- Los empíricos nombraban a Erasítrato como su antecesor y se oponían a las disecciones, porque rechazaban la importancia de la anatomía en la medicina. Su postura era que no debían buscarse las causas de las enfermedades porque las inmediatas eran obvias y las oscuras eran imposibles de establecer y, por lo tanto, la comprensión de cosas como el pulso, la digestión o la respiración eran inútiles. Lo más importante en medicina era la experiencia personal del médico con su paciente y lo que debía hacer era recoger los síntomas y tratarlos uno a uno usando los remedios que se habían demostrado efectivos en el pasado.
- Los metodistas también rechazaban todas las hipótesis y las teorías sobre las causas de la enfermedad, pero en cambio sostenían que solo había unas cuantas circunstancias que eran comunes a muchas enfermedades que debían ser manejadas, principalmente, por medio de dietas.
- Los neumatistas eran inicialmente dogmáticos, pero se separaron

de esa secta porque consideraron que la sustancia fundamental de la vida era el pneuma y que la causa única de las enfermedades eran sus trastornos en el organismo, desencadenados por un desequilibrio de los humores.

V. b) Las mujeres y la medicina en Roma⁷⁵¹

Numerosos testimonios escritos informan sobre la existencia en Roma de mujeres que ejercían la medicina, y no estaba su práctica solamente limitada a las afecciones femeninas propiamente dichas. También abarcaban otros sectores, aunque fueron la ginecología y la obstetricia donde más se destacaron.

Podemos distinguir tres categorías de médicas:

- 1) La *Obstetrix* (literalmente, “la que se coloca delante”, en una alusión obvia a la posición que ocupa la comadrona en el parto). Su función principal era asistir a las parturientas, aunque, a veces, también administraban drogas para provocar abortos o lograr la fertilidad. Curiosamente, otra de sus funciones era mediar en disputas legales ligadas a herederos póstumos o con las mujeres que decían no estar embarazadas en los divorcios, para privar de un heredero a su exmarido. También corroboraban la virginidad de las esclavas jóvenes (con el cristianismo pasarán a hacer lo mismo, pero con las aspirantes a órdenes religiosas, a las que se exigía demostrar que eran vírgenes).
- 2) La *Medicae*. Aunque era difícil diferenciar entre éstas y las anteriores, se suele aceptar que las *medicae* tenían mayor nivel de instrucción. Además, no limitaban su campo de práctica a la

⁷⁵¹ “La Medicina en la Antigua Roma,” *Revista de Historia* ISSN 2385-5312.

ginecología y la obstetricia, sino que se ocupaban también de otros sectores de la medicina

- 3) La *Iatromea*. No queda nada claro en ningún estudio cuáles eran las funciones o grado de instrucción de estas profesionales. Parecería que estaban en un rango intermedio entre las *obstetrix* y las *medicae*, lo que implicaría el conocimiento de ambas disciplinas.

V. c) Los médicos romanos: Galeno y Celso⁷⁵²

Claudio Galeno (130-200 d. C.) nació en Pérgamo, tres años después de que esa ciudad griega fuera conquistada por los romanos. A los 16 años ingresó como aprendiz de Sátiro, un médico local. Cinco años después murió Nicón, que le dejó a Galeno recursos suficientes para que nunca tuviera preocupaciones económicas. A los 21 años viajó para estudiar medicina, primero a Esmirna, después a Corinto y finalmente a Alejandría, donde permaneció más tiempo para estudiar anatomía, en la que llegó a ser un experto a pesar de que no realizó disecciones en humanos. Al cabo de casi 12 años de ausencia, regresó a Pérgamo y fue nombrado cirujano de los gladiadores, puesto que desempeñó con gran éxito. Posteriormente viajó a Roma, donde permaneció el resto de su vida. Allí se desempeñó con mérito, al principio como anatomista y experimentador y luego como médico y polemista.

Sus escritos son los más voluminosos de toda la antigüedad. Ocupan 22 gruesos volúmenes en la única edición que existe, pero solo reúnen dos terceras partes de la obra, pues el resto se ha perdido.

Galeno abarca absolutamente toda la medicina. Sus textos representan una síntesis del conocimiento médico antiguo y algo más,

⁷⁵² FERNÁNDEZ FERRIOL, FERRIOL RODRÍGUEZ y FLEITES, *op. cit.*

contienen varios esquemas generales que posteriormente fueron copiados, interpretados, comentados y elaborados por un ejército de traductores y comentaristas a lo largo de toda la Edad Media y hasta el Renacimiento.

La obra de Galeno constituye la cumbre de la medicina antigua y el legado más importante al aceptar la unidad sistemática: estudia el concepto, la estructura del enfermo, la etiología, los síntomas, clasifica y ordena las enfermedades, que para él tienen tres causas: externas, internas y conjuntas.

En la terapia galénica hay lugar para la higiene, la gimnasia, los ejercicios respiratorios y la dieta.

Los escritos de Galeno sobre medicina, filosofía y ética reflejan su creencia en Dios. Declaró que el cuerpo es un instrumento del alma, el fundamental principio de la vida y, en su psicología, el pneuma (aire-aliento) y el alma fueron muy importantes.

Galeno y sus escritos influyeron por más de mil años, pese a los muchos errores que fueron aclarados y corregidos. A pesar de lo complicados, sus textos enciclopédicos fueron la fuente principal del saber médico hasta la actualidad. Su obra fue prácticamente indiscutida durante más de un milenio y es el símbolo de la medicina de todos los tiempos.

Aulo Cornelio Celso (25 a. C.-50 d. C.)⁷⁵³ fue un escritor médico romano del siglo I y el autor de *De medicina* (Sobre la medicina), considerado uno de los tratados médicos más importantes de la Antigüedad tardía. El arreglo enciclopédico de la obra sigue la división tripartita de la medicina de la época, establecida por Hipócrates y Asclepiades: dieta, farmacología y cirugía, y muestra un nivel de conocimientos médicos notable para su tiempo.

Celso suministra la primera visión integral sobre la historia de la medicina. También le somos deudores de valiosos conocimientos sobre la medicina helenística, y constituye la mejor fuente de información

⁷⁵³ <https://www.wdl.org/es/item/11618/>.

sobre la escuela de medicina de Alejandría y la cirugía alejandrina. A él se le debe la introducción de la nomenclatura latina. Fue un fiel seguidor de Hipócrates, incluso en el campo de la ética. También destacó la importancia del estudio anatómico como disciplina básica para la formación del médico.

Entre sus grandes aportes figura la descripción de los cuatros signos cardinales de la inflamación. También realiza un excelente análisis clínico de la malaria, además de otras descripciones quirúrgicas. Otras contribuciones importantes fueron la de la gota y la proscripción de la sal en las enfermedades renales. También se le debe el conocimiento sobre los instrumentos quirúrgicos utilizados en esa época. Destacó la importancia de la “materia médica” y de la terapéutica medicamentosa.

Se lo llamó “El Cicerón de la medicina” porque escribió la historia de esta disciplina desde los recuerdos más elementales de los pueblos primitivos a la medicina hipocrática y alejandrina.

Celso decía que “el arte de curar debe descansar sobre bases científicas, apoyarse en causas manifiestas y rechazar las causas ocultas”.

V. d) Pestes en Roma

Muchas son las noticias que nos informan sobre las diversas enfermedades y epidemias que afectaron a las distintas poblaciones durante la Antigüedad. Entre las más destacadas cabe mencionar la peste de Atenas del 431-429 a. C.; una fuerte epidemia que azotó a la península itálica y a la propia Roma en el año 43 a. C.; otra epidemia en el año 65, bajo el gobierno de Nerón.⁷⁵⁴

⁷⁵⁴ LAS HERAS GONZÁLEZ, A. (2017). “La medicina en la Antigüedad tardía: una aproximación a partir de las fuentes escritas”. En *Ars Médica. La medicina en época romana*, Tarragona: Ediciones URV.

El Imperio romano sufrió entre el siglo II y III dos grandes pestes: la peste antonina y la peste de Cipriano.⁷⁵⁵

La llamada peste antonina, ocurrida a finales del siglo II, durante el gobierno del emperador Marco Aurelio (161-180 d. C), se destacó por su carácter global debido a que afectó múltiples dimensiones del mundo romano. Se estima que la tasa de mortalidad estuvo en un rango de 5 a 15% de la población de la época, lo que significó unos cinco millones de muertos aproximadamente, entre ellos, el propio emperador Marco Aurelio. La evidencia permite señalar que se trató de una pandemia asociada a la viruela. Su impacto en toda la sociedad hizo concluir una época de oro y dio paso al caótico siglo III.

Una vez superada la grave crisis social derivada de la viruela antonina nada hacía presagiar que, en menos de un siglo, nuevamente el Imperio romano se viera sacudido por una pandemia, la llamada peste de Cipriano, denominada así por ser descrita por el obispo Cipriano de Cartago, uno de los primeros líderes cristianos. Esta pandemia, al igual que la peste antonina medio siglo antes, agravó la situación en que se encontraba el orden político, social, económico y cultural alterando todas las grandes estructuras del Imperio romano.

Mientras la principal y más importante consecuencia de la peste antonina fue la alteración de la estructura productiva con efectos importantes en la economía del Imperio, la consecuencia más importante de la peste cipriana se produjo en el aspecto ideológico-religioso. El Estado romano, pagano, optó por enfrentar la pandemia pidiendo ayuda a sus dioses. La peste se tradujo en una fuerte querrela religiosa: los paganos culpaban a los cristianos, y viceversa, de ser los instigadores de la peste. Los observadores cristianos insistieron que la peste era un castigo para los judíos y paganos por sus males provocados por perseguir al cristianismo.

⁷⁵⁵ SAÉZ GEOFFROY, A. y PARRA DÍAZ, J. (2020). "De la Peste Antonina a la Peste de Cipriano. Alcances y consecuencias de las pestes globales en el Imperio Romano en el siglo III d. C." En *Revista Chilena de Infectología*, Vol. 37, N° 4.

Otro ejemplo realmente significativo fue la peste bubónica.⁷⁵⁶ Juan de Éfeso señala el primer brote de peste de este ciclo ocurrido en Constantinopla en los años 541-543. Destaca, en su descripción, cómo la peste dejó assoladas y sin habitantes diversas partes del Imperio, atacando por igual a ricos y pobres, y dejando villas, pueblos y ciudades sin habitantes.

El principal problema en la capital, según el autor, eran los cuerpos sin enterrar de las personas, que se morían en las calles, en las iglesias, en los porches y en las esquinas. El historiador bizantino Procopio de Cesarea registró que, en su clímax, la peste llegó a matar hasta 10.000 personas diariamente en la ciudad, aunque esta cantidad no se puede comprobar.

Las respuestas de las autoridades imperiales ante estos hechos fueron las siguientes: por un lado, realizaron un recuento de muertos, y por otro, organizaron cementerios especiales para enterrar a las víctimas. Juan de Éfeso señala cómo había diversos barcos, que se dedicaban a sacar los cuerpos de la ciudad y colocarlos en lugares especiales escogidos para ello. Al principio, las medidas de desalojo de cadáveres consistieron en llenar los barcos de éstos y lanzarlos al mar.

Después, el emperador Justiniano decidió disponer grandes fosas comunes para depositar los cadáveres al otro lado del mar, en las afueras de la ciudad, en el norte, al otro lado del Cuerno de Oro.

VI. Conclusiones

Como manifiesta la Dra. Guadalupe Nogués⁷⁵⁷ en su libro *Pensar*

⁷⁵⁶ <https://www.nuevatribuna.es/articulo/cultura---ocio/plagas-plagadejustiniano-historia-cultura-pandemia-imperioromano/20200324161047172561.html>.

⁷⁵⁷ Doctora en Ciencias Biológicas por la Universidad de Buenos Aires. Se dedicó a la investigación científica en biología molecular durante más de una década. Desde hace años

*con otros*⁷⁵⁸

las opiniones sobre temas fácticos solo valen cuando están basadas en evidencia. Para obtener evidencias, se necesita realizar una investigación científica que cumpla determinadas reglas para dar resultados confiables. Cuando es así, no solo dejan de ser meras opiniones, sino que deja de ser importante quién es el emisor. La ciencia es un cómo, no un qué, y mucho menos, un quién.

Tal como sostenía Celso, “el arte de curar debe descansar sobre bases científicas, apoyarse en causas manifiestas y rechazar las causas ocultas”.⁷⁵⁹

Sin embargo, continuando con la Dra. Nogués, vivimos en una época donde los medios de comunicación tradicionales están siendo desplazados por nuevas formas de acceso a la información, como lo son las redes sociales, que han hecho más sencillo que antes compartir noticias tanto ciertas como falsas. Entonces, tenemos por un lado una capacidad de generar y consumir contenido de manera paralela a los medios de comunicación tradicionales, y eso nos da independencia y libertad. Y por el otro, a veces se vuelve especialmente difícil saber qué valor darle a cada información en particular.

Este aspecto adquiere una relevancia fundamental cuando se trata de información vinculada con la salud. A tal punto que la divulgación de

trabaja en educación formal en ciencias y en educación no formal como coordinadora. Se dedica a la comunicación en temas vinculados con las ciencias, las políticas públicas, la posverdad, la salud y el uso de evidencias a través de un blog personal, artículos de divulgación, participaciones en debates y apariciones en los medios. SAÉZ GEOFFROY, A. y PARRA DÍAZ, J. (2020). “De la Peste Antonina a la Peste de Cipriano. Alcances y consecuencias de las pestes globales en el Imperio Romano en el siglo III d. C.” En *Revista Chilena de Infectología*, Vol. 37, N° 4.

⁷⁵⁸ NOGUÉS, G. (2018). *Pensar con otros: Una guía de supervivencia en tiempos de posverdad*. Buenos Aires: Abre Cultura.

⁷⁵⁹ FERNÁNDEZ FERRIOL, FERRIOL RODRÍGUEZ y FLEITES, *op. cit.*

información falsa, o no basada en evidencias científicas, ya sea de forma casual o intencional, se convierte en un factor que vulnera el derecho a la salud de la población.

Es por eso por lo que el Estado debe asumir un rol mucho más protagonista en la protección de este derecho en un contexto de pandemia como el que estamos atravesando.

El ser humano, como sujeto del derecho a la salud y a la información en salud, es un sujeto vulnerable porque no tiene el conocimiento, ni está obligado a tenerlo, para poder entender la diferencia entre un medicamento y un producto químico tóxico, tal como sucede con el dióxido de cloro.

En este sentido, las agencias sanitarias de cada país deben llevar a cabo las acciones necesarias para asegurar a la población medicamentos eficaces, seguros y de calidad, así como también información precisa que les permita tomar decisiones informadas y no exponerse a riesgos innecesarios. Pero esta comunicación debe ser eficaz y asegurar su llegada al público objetivo. Para esto es fundamental la gestión de la información.

En definitiva, la estrategia para esta problemática debe incluir tanto la prevención (que las personas no lleguen a la instancia de ingerir CDS) a través de la educación y la comunicación, como así también la detección y respuesta a los casos que se presenten.

Por otra parte, si partimos del principio de que la información sanitaria implica el derecho de los ciudadanos de acceder a una información clara, suficiente, adecuada, veraz, oportuna y relevante, que permita adoptar decisiones de salud, deberíamos extender la responsabilidad por su contenido y la obligación de brindar esa información sanitaria no solo al acto médico en el marco de la relación entre el paciente y el médico o entre el paciente y la institución, sino también a los otros agentes o sujetos que tengan la posibilidad y los medios para influir en las decisiones de salud de las personas, como es el caso de los medios de comunicación o, inclusive, las redes sociales.

Por último, cabe asumir nuestra propia responsabilidad individual en este tema. En este sentido, la Dra. Nogués, dice que el fenómeno de la

“posverdad” nos convierte en víctimas y victimarios. Nos vamos separando en tribus cada vez más aisladas, cada una nucleada alrededor de ideas en común que muchas veces están alejadas de lo real. Reafirmamos nuestras creencias eligiendo fuentes de información sin espíritu crítico, dejando de lado la distinción entre lo que es falso y lo que es cierto. Este enfoque nos pone en un papel de mayor responsabilidad y también de mayor poder. No alcanza con que podamos identificar noticias falsas o chequear si lo que dice cierto medio o persona es cierto o no. Esto es importante, sin dudas, pero no será suficiente si no nos miramos más a nosotros mismos, desafiando nuestras maneras de pensar y de actuar, alertas a no contribuir, sin quererlo, a profundizar el problema.

VII. Bibliografía

- CIRUZZI, M. (2021). “El juez, el médico, el abogado, el subrogante y el paciente: la maleficencia de la ignorancia”. En *Microjuris.com*.
- FERNÁNDEZ FERRIOL, C., FERRIOL RODRÍGUEZ, M. y FLEITES, C. (2018). “Roma: Imperio, Cultura y Medicina”. En *Revista Acta Médica del Centro*, Vol. 12, N° 2.
- GÓMEZ HAISS, D. (2017). “La salud como derecho humano y social de primer orden”. En *Microjuris.com*.
- LASHERAS GONZÁLEZ, A. (2017). “La medicina en la Antigüedad tardía: una aproximación a partir de las fuentes escritas”. En *Ars Médica. La medicina en época romana*, Tarragona: Ediciones URV.
- NOGUÉS, G. (2018). *Pensar con otros: Una guía de supervivencia en tiempos de posverdad*. Buenos Aires: Abre Cultura.

- SAÉZ GEOFFROY, A. y PARRA DÍAZ, J. (2020). “De la Peste Antonina a la Peste de Cipriano. Alcances y consecuencias de las pestes globales en el Imperio Romano en el siglo III d. C”. En *Revista Chilena de Infectología*, Vol. 37, N° 4.

- TRUCCO, M. (2017) “La Protección de la Salud en la legislación argentina: encuadre nacional e internacional”. Publicación del Ministerio de Salud de la Nación del 25/4/2017.

- Ciclo de Actualización en Jurisprudencia en Salud durante la Pandemia realizado el 23/03/2021. Dirección académica: Marisa Aizenberg (Observatorio de Derecho de la Salud – Universidad de Buenos Aires).

- Lorenzo, José María c/Sanatorio Otamendi y Miroli SA s/Amparo de Salud. <https://www.diariojudicial.com/nota/88283/civil-y-comercial/el-dioxido-de-cloro-llego-a-la-justicia.html>.

- “M., E. Y.; B., P. A.; B., R. A.; B., A. L.; B., S. M.; B., M. vs Hospital de Gestión Descentralizada San Bernardo por amparo” (Exp. 713073/20). <https://www.diariojudicial.com/nota/88291>.

- Organización Panamericana de la Salud. Webinar: Toxicidad del Dióxido de Clor. 07/08/2020. <https://www.paho.org/es/eventos/webinar-toxicidad-dioxido-cloro>

- “La Medicina en la Antigua Roma”. En *Revista de Historia* ISSN 2385-5312. “

- Celso. <https://www.wdl.org/es/item/11618/>.

<https://www.nuevatribuna.es/articulo/cultura---ocio/plagas-plagadejustiniano-historia-cultura-pandemia-imperioromano/20200324161047172561.html>.

<https://www.telam.com.ar/notas/202101/541225-califican-de-mala-praxis-judicial-al-fallo-que-autorizo-el-tratamiento-con-dioxido-de-cloro.html>.

<https://chequeado.com/el-explicador/viviana-canosa-tomo-dioxido-de-cloro-en-vivo-pero-esa-sustancia-es-perjudicial-para-la-salud/>.

<https://defensadelpublico.gob.ar/consumir-dioxido-de-cloro-en-television-es-infodemia/>.

<https://www.telam.com.ar/notas/202101/541391-fallo-justicia-dioxido-de-cloro-justicia-investigacion.html>.

<https://www.telam.com.ar/notas/202008/507825-ingesta-dioxido-cloro-muerte-nino-neuquen.html>.