

Acceso equitativo, con calidad adecuada. Veinte años después de la Convención de Oviedo

Equitable access, appropriate quality. Twenty years after the Oviedo Convention

*Stefano Semplici**

Resumen

El derecho de protección de la salud, que incluye el acceso a servicios del cuidado de la salud, está consagrado en muchas declaraciones y otros documentos normativos a nivel internacional. La referencia a la equidad significa, en general, el tratar con la restricción de recursos disponibles y no eludir la realidad de desigualdades persistentes. La referencia a la adecuación es para subrayar el papel de la competencia profesional y el conocimiento científico, y el progreso, a fin de ajustarse o cubrir necesidades reales, pero también para optimizar el uso de recursos. El artículo 3 de la Convención de Oviedo está dirigido a la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano, y aún ofrece un punto de partida fructífero para detallar en algunas de las más valiosas herramientas conceptuales y jurídicas que han sido refinadas a lo largo de estas últimas décadas para abordar este reto: el

* Departamento de Literatura y Estudios de Filosofía e Historia del Arte, Universidad de Roma Tor Vergata, Roma.

Artículo publicado en la Revista *Medicina e Morale* 2017/6 páginas 763-778.

Recibido por la Revista *Medicina e Morale* el 27 de julio de 2017; aceptado el 2 de diciembre de 2017. La traducción no fue revisada por el autor.

Recibido el 18 de abril de 2019. Entregado el 30 de abril de 2019.

principio de la realización progresiva, que puede disparar y reforzar una dinámica emancipadora; el ejercicio de principios de balance, intereses y bienes tanto en la ley casuística de las Cortes Constitucionales y en políticas; el concepto de contenido central del derecho (habilitación) de los servicios de acceso al cuidado de la salud. Estas soluciones están ahora confrontadas con las aplicaciones de nuevos avances sin precedentes de la ciencia biomédica, tales como la medicina de precisión. Al mismo tiempo, la referencia por parte de la convención, a la jurisdicción de las partes (las Naciones) como el marco de referencia institucional dentro del cual las obligaciones son necesidades desarrolladas para ser, posteriormente, articuladas contra el enfoque global de los compromisos de “proteger” la dignidad humana y los derechos humanos.

Palabras clave: acceso al cuidado de la salud, dignidad, equidad, medicina de precisión, responsabilidad social, derechos sociales.

1. Introducción

Cuando se firmó la Convención de Oviedo, la referencia a la salud hacía mucho que se había convertido en obligatoria en el vocabulario de los derechos humanos, junto con aquello de «la dignidad inherente» de todos los miembros de la familia humana, como «la fundación de la libertad, justicia y paz en el mundo», para citar el Preámbulo de la Declaración Universal de 1948. En la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue firmada en julio de 1946 por los representantes de 61 estados, fue un punto de referencia definir la salud como «un estado de completo bienestar físico, mental y social»¹ y establecer que «el disfrute del más alto estándar de salud disponible es uno de los derechos fundamentales de cualquier ser humano, sin distinción de raza, religión, creencia política, o condición económica o social». La referencia a cada ser humano implica que los beneficios del conocimiento médico, psi-

cológico y todo lo relacionado debe ser ampliado «a toda la gente», también porque «la salud de toda la gente es fundamental para alcanzar paz y seguridad». De acuerdo con el artículo 25 de la Declaración de 1948, cada uno «tiene el derecho a un estándar de vida adecuado, en cuanto a la salud y bienestar de él mismo y de su familia, incluyendo alimentación, vestido, vivienda, cuidados médicos y los servicios sociales necesarios». Junto con la Constitución de la OMS, éste fue el punto de partida para un detallado posterior a nivel global, regional y doméstico.² Algunos son instrumentos legalmente vinculantes, y otros no lo son.

En cuanto a Europa, y más precisamente al Consejo de Europa, fue con el Capítulo Social Europeo de 1961, en que el reto de los derechos sociales fue engrosado en toda su amplitud y con una específica y detallada referencia al cuidado de la salud.³ Cada uno «tiene el derecho de beneficiarse de cualquier medida que le permita disfrutar el más alto estándar posible de salud disponible» y «cualquiera que no tenga los recursos adecuados, tiene derecho a una asistencia médica y social» (Parte I, 11 y 13). Las partes contractuales «asumen la obligación, ya sea directamente o en cooperación con organizaciones públicas o privadas, de tomar las medidas apropiadas designadas inter alia: 1. Eliminar tanto como sea posible las causas de la mala salud. 2. Proporcionar asesoría y las facilidades educativas para la promoción de la salud y la motivación de la responsabilidad individual en asuntos de la salud. 3. Prevenir tanto como sea posible enfermedades epidémicas, endémicas y de otro tipo» (Parte II, Art 11). La Convención de Oviedo «manténganlo en mente» —entre los textos más relevantes—, el Acuerdo Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966, cuyo Artículo 12 fue un paso decisivo para elevar este compromiso a nivel global, parece ciertamente ser parte de esta historia. Se concentra en asuntos más específicos relacionados con la aplicación de la biología y la medicina, pero reafirma que las partes (los estados), «tomando en consideración las necesidades de salud y los recursos disponibles, deberán tomar las medidas apro-

piadas con una visión de proporcionar dentro de su jurisdicción acceso igualitario al cuidado de la salud de la calidad apropiada» (Art. 3: *Acceso equitativo al cuidado de la salud*). Estamos en la misma página, aunque no con la misma redacción, pero sí con otros documentos que llegaron después de ello, tales como la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, adoptada en el año 2005 por la Asamblea General de la UNESCO y, permanecer en Europa (la Unión Europea), la Carta de Niza del año 2000.⁴ Es exactamente la posición del Art. 3 al mero principio, entre las Disposiciones Generales de la Convención, que ofrece la clave para una visión más profunda de algunas opciones e ideas que no son obvias ni de inmediato claras, en cuanto a su comprensión y aplicación. El objetivo que hay que lograr, el método que hay que seguir, los actores que hay que considerar. ¿Qué indicaciones pueden extraerse al abordar los cambios y retos que estamos confrontando con veinte años después de Oviedo?⁵

2. Dos premisas

La posición expresada en el artículo ayuda a clarificar dos premisas importantes. La primera es una de los elementos que distinguen a la Convención, que está dirigida a empujar la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano. Por supuesto que esto no agrega a dismantelar la continuidad entre los dos conceptos, lo cual está en el mero centro de muchos documentos internacionales, empezando con el Artículo 1 de la Declaración Universal de 1948: «todos los seres humanos nacen iguales en dignidad y derechos». El primer Capítulo de la Carta de Niza está concentrado en la dignidad, que se asume como la base y fuente de los derechos y libertades que somos llamados a respetar, proteger y cumplir. El Artículo 3 de la Declaración de la UNESCO subraya el deber de respetar totalmente «la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales». Sin embargo, puede surgir alguna clase

de tensión entre derechos, como lo son las libertades y la dignidad (vale la pena observar que esto último no fue mencionado en la Convención de 1950). El contenido y ejercicio de libertades tiene que ser consistente con el reconocimiento y protección de la dignidad universal inherente. Tal compromiso, en particular, no coincide con la protección de cualquier expresión de autodeterminación, y es el fundamento para establecer algunas restricciones.⁶ Suficiente es el mencionar, con respecto a la Convención de Oviedo, que el límite para propósitos terapéuticos en intervenciones en el genoma humano (Art. 13), las disposiciones que conciernen a investigación en embriones *in vitro* (Art. 18), y la prohibición de ganancias financieras de un cuerpo humano y sus partes (Art. 21). La decisión de juntar y balancear los derechos humanos (ligados en el Artículo 1 a las libertades fundamentales) y la dignidad, explica probablemente por qué el término *derecho* es usado en algunos artículos, y por qué el enfoque a menudo aparenta ser en las obligaciones a tomarse, las medidas y procedimientos a adoptarse, el alcance del respeto y la protección a asegurarse. Eso es lo que se le debe a cada ser humano como tal, aun cuando ellos aparecen para consentir que, o expresar su voluntad de comprometer acciones que están en conflicto con esta responsabilidad.

La mayoría de estas restricciones se convirtieron inmediatamente en controversiales, así como el contenido y significado de dignidad propiamente.⁷ El punto aquí es que, aunque la dignidad humana como *empoderamiento* y como *limitación*, debiera ser considerada como dos conceptos complementarios, como derechos y deberes o libertad y responsabilidad [5; 6]. Es en contra de este antecedente que la distinción relevante propuesta en el comentario sobre el Artículo 1 de la Convención (Propósito y Objeto) toma su significado completo: derechos y libertades fundamentales deberían estar garantizadas *para todo mundo, para cada uno, mientras la protección de la dignidad y la identidad, se requiere para todos los seres humanos*. La lógica es «acuerdo unánime» falto en la definición de *todo mundo* (en francés *toute personne*) y «se decidió permitir que la ley doméstica los

defina, con el propósito de las aplicaciones de la Convención presente». Por el contrario, fue reconocido que el valor esencial de la dignidad merece respeto «en cuanto empieza una vida»: la expresión más general *seres humanos*, se refiere a la dignidad, a fin de marcar esta diferencia [2, §§ 17-19; 7, pp. 82-83, p. 330].

La segunda premisa coloca, en este contexto, un asunto metodológico, que es crucial porque aboga derechos *sociales* tales como derechos *positivos*, especialmente considerando que la Convención de Oviedo es un texto legalmente vinculante. El Artículo 23 de la Convención afirma inequívocamente que la protección judicial apropiada será proporcionada «para prevenir o parar una violación ilegal de los derechos y principios establecidos en esta Convención».⁸ En cuanto al Artículo 3, sin embargo, las partes son requeridas únicamente para «tomar las medidas apropiadas para lograr este objetivo, tanto como los recursos disponibles lo permitan» y «el propósito de esta disposición es no crear un derecho individual sobre el cual cada persona pueda apoyarse en procedimientos legales en contra del Estado». Es más bien acerca de impulsar esto último «adoptar las medidas de requisito, como parte de su política social, a fin de asegurar el acceso equitativo al cuidado de la salud» [2, § 26]. Esta distinción, que puede ser rastreada de regreso hacia el Artículo 2 de los dos Acuerdos de las Naciones Unidas de 1966,⁹ se convierte en obligación de gobiernos y parlamentos al mismo tiempo más amplios y demandantes (retadores), sin dejar espacio en ninguno de los casos para retardos, atrasos, o palabrería vacía y necesita para ello dos aclaraciones.

Primero, es cierto que algunas de las disposiciones contenidas en la Convención, en particular aquellas que «formulan derechos individuales», son disposiciones autoejecutables, y pueden por lo tanto calificar como *directamente aplicables*, bajo la ley doméstica en muchos estados. Esto es para aún reforzar y no excluir la importancia de que dicha promulgación de la legislación, que pudiera ser requerida para aquellas disposiciones que contienen más principios generales «a fin de que se le dé efecto a ellos en la ley doméstica».

Segundo, en específica referencia a los esfuerzos para asegurar «un nivel satisfactorio del cuidado de la salud», el compromiso al que los estados son llamados a cumplir es «de muchas formas diferentes, y una amplia variedad de elementos pueden ser empleados» [2, § 20 al 27]. Mediante el posicionamiento de acceso al cuidado de la salud entre las Disposiciones Generales, la Convención afirma la idea de que esto se mantiene como un objetivo esencial de todos los esfuerzos para desarrollar la biología y medicina, viendo hacia el estándar de equidad, que aparece necesariamente insertado en el concepto de dignidad.

3. La meta a lograr

En su *Principio de Ética Biomédica*, Tom Beauchamp y James Childress, proponen una lista de «algunos grandes candidatos» por la posición de principios de justicia distributiva: partes iguales; necesidad; esfuerzo; contribución; mérito; intercambios de libre mercado [9, p. 261]. La decisión de considerar el compromiso de garantizar acceso equitativo al cuidado de la salud como un compromiso de cumplir *necesidades*, es por lo tanto no obvio, aunque podría ser bastante fácil el inferirlo del reconocimiento de la primacía del derecho a la vida: el proteger la vida implica necesariamente proteger la salud de individuos de las consecuencias de su vulnerabilidad natural y socialmente condicionada al sufrimiento y a la enfermedad. El Artículo 3 de la Convención no dice nada acerca de la posibilidad de balancear necesidades contra el *esfuerzo* o *mérito* de cumplir con opciones apropiadas, saludables, estilos de vida virtuosos y opciones individuales, que pueden mejorar o empeorar las diferencias (y, consecuentemente, las necesidades) que ambos, la lotería de la naturaleza y la vida distribuyen entre los seres humanos. Por supuesto que esto no es para desechar la educación y otros conductos que son esenciales para impulsar la salud.

La redacción es intencionalmente compacta y concisa: establece una meta para lograr (acceso al cuidado de la salud de una calidad apropiada), el criterio esencial para valorar lo apropiado del cuidado (necesidades), y la restricción que inevitablemente se impone sobre la habilidad del Estado para cumplir la obligación (recursos). Es por esto que *equitativo* más bien que incondicional acceso, es requerido. También va sin decir que la equidad no debe ser entendida en el sentido de que alguien, con la condición de que *la mayoría de la gente* tiene acceso garantizado, podría ser prevenido por cualquier razón (incluyendo estatus económico y social) de tenerlo. Incuestionablemente, *toda persona* debería tener acceso equitativo al cuidado de la salud de una calidad adecuada.

Equiparando la meta por lograr con la condición de recursos disponibles, nos coloca en la encrucijada del debate concerniente a derechos *sociales*, que implica para individuos no solamente respeto y protección de libertades, sino también derechos a servicios y beneficios.¹⁰ *La crítica de la institucionalización* y la crítica de la viabilidad están siendo usadas una y otra vez¹¹ y puede fácilmente traslaparse. La objeción acerca de la falta de efectividad, *fuerte* justiciabilidad, en particular puede ser llevada de regreso a Kelsen, que propuso un argumento radical en contra de la existencia de derechos *antes* de las leyes, que debería entonces reconocer, sancionar y protegerlos. El argumento se basa en dos supuestos. Primero, un derecho «no es otra cosa que el correlativo de un deber»: es el orden legal el que debe determinar que «el curso de conducta al cual un cierto individuo es obligado» y, al mismo tiempo, «un comportamiento correspondiente de otro individuo al cual –como usualmente se le determina– este otro tiene un derecho. En este sentido, a cada obligación corresponde un derecho». Segundo, la esencia de un derecho individual como un derecho *legal* es un «poder otorgado por la ley», como por ejemplo el poder que «consiste en el hecho de que el orden legal se anexa a la expresión de la voluntad de un individuo que el resultado al cual la voluntad está dirigida» [12, pp. 77 al 81]. En tanto que el *poder* depende de recursos disponibles, parece inevitable concluir que

ninguna obligación *stricto sensu* (estricto sentido), pueda ser impuesta por el orden legal sobre agentes individuales ni el Estado: la mutua, *justiciable* implicación derecho/obligación, es inalcanzable.

Mirando a la Convención de Oviedo como lo he subrayado, el argumento contrario a la brutal declaración de que «un derecho humano básico hacia la obtención de cuidados de la salud, aun la entrega de un mínimo decente de cuidados de salud no existe» [13, p. 336], es el predicar un enfoque político-institucional más flexible y dinámico, que incluya tribunales pero no está limitado a ellos. Esto es una tarea crucial para desempeñar para las más influyentes teorías contemporáneas de justicia, que siguen viendo en la idea de por lo menos «cuidados de salud básicos asegurados para todos los ciudadanos», como uno de los requisitos importantes para lograr paz democrática y su estabilidad [14, p. 50]. John Tobin, dirigiéndose a elaborar una «teoría de derechos de interés social» como una alternativa tanto para la referencia a una amplia teoría y la idea de que no hay acuerdo posible,¹² subraya la interconexión de la dimensión legal, política y moral, e indica dos premisas. En primer lugar, «no es simplemente el interés que debe ser justificado, sino también el contenido *actual* de la obligación o el deber», manteniendo en mente como lo explica John Eekelaar, que una «distribución de poder» es siempre una situación difícil [15, pp. 54-55]. En segundo lugar, «no son únicamente los intereses de un beneficiario los que aterrizan un derecho; es también el interés del portador del deber determinar el alcance y contenido de la obligación», de tal manera que «los intereses de la comunidad más amplia» sean reforzados [15, p. 58]. Juntando el compromiso de proteger los derechos de toda persona, y el compromiso de proteger la dignidad de los seres humanos, implica unir la idea de interés y la de algún bien compartido, tan difícil como pueda parecer, y de hecho ser. El Artículo 14 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO (por sus siglas en inglés), por ejemplo, define explícitamente la salud como un «bien social y humano». Es en contra de este antecedente, que la equidad debe perseguir y va-

lorar, concentrándose en los enfoques que son mayor mente usados para desarrollar acciones y estrategias consistentes con las disposiciones de la Convención de Oviedo: realización progresiva; el método de balancear principios, intereses y bienes tanto en las áreas generantes de políticas y en los tribunales; la definición de un contenido central esencial para la meta de proporcionar a toda persona con acceso al cuidado de la salud con una calidad apropiada.

4. Realización progresiva

La referencia a la equidad involucra el reconocimiento de que alguna desigualdad es consistente con el principio de justicia. De acuerdo con el Comentario General del Comité en Derechos Sociales, Económicos y Culturales acerca del Artículo 12 del Acuerdo de 1966, *una carga desproporcionada* para las amas de casa más pobres, comparada con las más ricas, establece el límite de no cruzar con respecto a la accesibilidad económica, a la (asequibilidad de) instalaciones de salud, bienes y servicios [16, § 12 (b)]. El acceso equitativo, así como lo leemos en el Reporte Explicativo de la Convención de Oviedo, «implica obtener, de una manera efectiva, un grado de cuidado satisfactorio», pero no es «sinónimo de equidad absoluta» [2, § 25]. Sin embargo, es *la inherente* equidad de todos los seres humanos la que está en juego en cada discurso relacionado con derechos fundamentales y la dignidad. Una primera manera para no ceder a la limitación de recursos como un veredicto de la impotencia, y aceptar el estándar de equidad sin desechar la equidad, es el intento de subrayar la dinámica de la factibilidad progresiva. *Un manifiesto* (Feinberg) así como una *visión ambiciosa* (O'Neill) de los derechos «puede ser una guía de acción» [17, p. 10; 18]¹³ y disparar una dinámica emancipadora, que involucra ambos criterios, institucional (los Estados son requeridos para que tomen medidas al máximo de sus posibilidades) y de factibilidad, y «no se derrumba simplemente porque mayores cambios sociales pueden ser necesarios en cual-

quier momento en el tiempo, para hacer más y más de estos derechos reconocidos totalmente realizables y de hecho realizados» [11, p. 384]. Por lo tanto, debemos concentrarnos en la idea de huecos que deben ser llenados, más que en la insuperable diferencia entre lo que es realmente aplicable mediante los medios de los remedios judiciales a la mano, y a una llamada genérica para orientar políticas y comportamientos tanto individuales como colectivos, hacia la realización de algún bien.

Kelsen mismo reconoce que la teoría de la prioridad de derechos, aunque lógicamente indefendible como una descripción científica, «es de la mayor significancia política» considerada como ideología política, cuyo propósito es influir en la formación de leyes a través de asumir que el orden legal no puede crear (o abolir) «sino simplemente garantizar derechos» [12, p. 80]. La idea de una dinámica abierta entre derechos y garantías ha sido tomada con el objetivo de dismantelar la sectorización fija de derechos civiles y sociales. Los derechos fundamentales consisten en ambas, expectativas negativas y positivas, a las cuales siguen las prohibiciones de violación, y les corresponde obligaciones de proporcionar servicios y beneficios. Estas prohibiciones y obligaciones pueden ser designadas *garantías primarias*, mientras que las obligaciones para remediar y sancionar judicialmente la violación de derechos, que son las violaciones de sus garantías primarias, pueden ser designadas *garantías secundarias* [20, pp. 10-11]. Es cierto que la existencia de garantías adecuadas no puede darse como un hecho, pero esto de ninguna manera implica la no-existencia de derechos. Más bien debemos reconocer, viendo estas estrictas prohibiciones y obligaciones al máximo de los recursos disponibles, el sorprendente desacoplamiento de las normas y la realidad, y llenar, o al menos reducir, el espacio que deslegitima nuestros sistemas, no únicamente políticamente, sino también jurídicamente. El argumento de no-justiciabilidad está siendo disipado en el reciente caso legal a varios niveles, y a través de diferentes disposiciones, y es exactamente con respecto al derecho a la salud (junto con la seguridad social y un

salario adecuado), en que la protección judicial está siendo proporcionada. Por último, si bien no menos importante, estos derechos, aparte del tema de su justiciabilidad, cuentan como «principios generales para el sistema jurídico, que mucho han sido utilizados para la solución de disputas por la jurisprudencia de Cortes Constitucionales» [20, pp. 31-32].

5. Equilibrio de principios, intereses, bienes

Robert Alexy, expresando la definición estándar de los derechos como una «relación de tres puntos» (el beneficiario o *propietario*, el *receptor*, y el asunto u *objeto*), define los derechos sociales constitucionales como derechos en un sentido estricto; esto es, «derechos del individuo en contra del Estado a algo que el individuo podría tener de otros individuos privados, si sólo tuviera suficientes medios financieros, y si sólo hubiese suficientes ofertas en el mercado» [21, pp. 120 y 334-335]. Sin embargo, puede siempre ser el caso que para el Estado mismo, los recursos disponibles resultaran insuficientes. La solución de Alexy está elaborada sobre una distinción estructural. Las normas están divididas de acuerdo con tres criterios: 1. Normas «otorgando derechos *subjetivos*» o «solamente Normas objetivas vinculantes al Estado»; 2. Normas *vinculantes* o *no vinculantes* (declaraciones programáticas); 3. Normas que establecen «derechos *definitivos* o *prima facie* y deberes»; esto quiere decir reglas o principios. Como es obvio, «las Normas vinculantes que otorgan derechos subjetivos definitivos, dan la protección más fuerte, mientras que las Normas no vinculantes están imponiendo simplemente un deber objetivo *prima facie* del Estado, para proporcionar bienes que se darán al más débil». A lo largo de esta línea, desde el más fuerte hasta el más débil, el balance es más requerido que nunca, manteniendo en cualquier caso la premisa de que «el poder del principio de competencia presupuestal por parte de la legislatura,

no es ilimitado. No es un principio absoluto» [21, pp. 335-336; 344].

El caso legal de la Corte Constitucional Italiana, a lo largo de estas últimas décadas, proporciona un ejemplo significativo y concreto, del enfoque de balance con respecto a la salud.¹⁴ En el juicio no. 455/1990, el reconocimiento del derecho a la salud como un derecho primario y fundamental, que impone una protección total y exhaustiva, fue ya asociado con la clara distinción entre dos clases de relaciones jurídicas a que el derecho se refiere. Con respecto a la defensa de la integridad personal en contra de ataques o heridas, el derecho a la salud es un derecho *erga omnes*, garantizado *inmediatamente* por la Constitución, y es directamente justiciable. El derecho a tratamientos médicos, como todos los derechos a servicios y beneficios, es un derecho *condicionado*, en el sentido de una disposición programática. Bajo este segundo punto de vista, la realización del derecho a la salud es por tanto tener que lograrse «gradualmente, después de un balance razonable con otros intereses y bienes, que son reconocidos una protección constitucional igual y la posibilidad real y objetiva de tener a disposición los recursos necesarios». Este concepto de derecho que es «condicionado financieramente» y puede ser limitado en la práctica por insuficiencia de recursos, ha sido reafirmado muchas veces.¹⁵

Las normas vinculantes otorgando derechos definitivos subjetivos, son obviamente materia para las Cortes. El compromiso de impulsar normas no vinculantes que imponen un simple derecho objetivo *prima facie*, intersecta con un más amplio enfoque, dirigido a motivar y reforzar «las muchas formas diferentes», del esfuerzo para asegurar un nivel satisfactorio del cuidado de la salud, al que se refiere el Reporte Explicativo Suficiente, es el mencionar el Artículo 14 de la Declaración Universal en Bioética y Derechos Humanos, que establece una referencia en cuanto a la extensión del principio de responsabilidad social al campo de la bioética: «La promoción de la salud y el desarrollo social para su gente, es un propósito central de los gobiernos que todos los sectores de la so-

ciudad comparten». Esto es para subrayar: *a)* la conciencia de muchos determinantes sociales de la salud (educación, vivienda, condiciones de trabajo, medioambiente, instituciones); *b)* el papel de esas prácticas no legales, tales como la cultura de la solidaridad, prácticas de abajo hacia arriba de compromiso social, la denuncia de diferentes clases de exclusión o discriminación, que impulsan la efectividad de las normas legales vinculantes, ayudan a su implementación y en muchos casos los anticipan, influenciando a los hacedores de políticas también con respecto a la asignación de recursos; *c)* la importancia de dar; «se debe dar el estatus ético general de los derechos humanos, más bien que bloquear el concepto de derechos humanos prematuramente, dentro de la angosta caja de legislación –real o ideal» [11, p. 366]. En esta perspectiva, aun una disposición programática está lejos de ser solamente un pensamiento deseable, y dispara comportamientos valiosos y alternativas a niveles individual, colectivo, y eventualmente institucional. Cuanto más amplio es el enfoque para balancear estas herramientas de coerción legal, más decisivo puede ser el papel de la responsabilidad social.

6. El contenido central del derecho y la obligación

En su Comentario General No. 14, del Comité en Derechos Económicos, Sociales y Culturales, se recuerda que no solamente algunos componentes del derecho al cuidado de la salud son legalmente exigibles, tales como, en muchas jurisdicciones nacionales, el principio de no discriminación en relación con las instalaciones, bienes y servicios de salud, pero también la declaración, hecha en el Comentario General No. 3, concerniente a la obligación central para los Estados «para asegurar la satisfacción de, por lo menos, los niveles esenciales mínimos de cada uno de los derechos enunciados en el Acuerdo, incluyendo cuidados de salud primarios esenciales». La lista de obligaciones centrales que, de acuerdo con

el Comité, surgen de allí, es bastante larga y completa.¹⁶ También se enfatiza que «es particularmente responsabilidad de los Estados participantes y de otros actores en una posición de asistencia» el proporcionar asistencia internacional y cooperación «que permita a los países en desarrollo el cumplir su parte y otras obligaciones» [16, §§ 43-45].

A nivel doméstico, de nuevo el caso legal de la Corte Constitucional Italiana ofrece un ejemplo ilustrativo de este enfoque, viendo el principio de implementación gradual de reformas onerosas, la distinción entre derechos condicionados y no condicionados, y «el descubrimiento de derechos “contenido mínimo/esencia” de “segunda generación”» [22, p. 122]. Sin embargo, la consideración de recursos disponibles nunca deberá convertirse en una excusa para reducir el *núcleo irreductible*¹⁷ del derecho, y eventualmente la noción en sí de igualdad o equidad. Los Niveles Esenciales de Cuidado (*Livelli Essenziali di Assistenza*: LEA) han sido introducidos en esta perspectiva.¹⁸ De acuerdo con el Decreto Legislativo No. 502/1992, deben ser uniformes y cumplir con los criterios de respeto por la dignidad, necesidades de salud, equidad, calidad, idoneidad y efectividad de costos. El compromiso para «superar desbalances territoriales en las condiciones sociales y de cuidado de la salud» (Ley No. 833/1978, Art. 3); en particular, necesita ahora valorarse en contra de la compleja relación entre el Estado y las regiones, establecida en el Art. 117 de la Constitución, según fue revisado en el año 2001. La protección de la salud es un asunto de la concurrencia de legislaciones. Eso quiere decir que el Estado mantiene el poder para establecer «los principios fundamentales», mientras que otros poderes legislativos son conferidos en las regiones. Muchas disputas han surgido ante la Corte Constitucional para establecer el balance entre estos poderes concurrentes. Lo que es relevante es el asumir explícitamente que la idea de niveles esenciales es un criterio para definir y limitar la responsabilidad del Estado hacia la equidad de todos los ciudadanos. Siempre y cuando los niveles esenciales han sido alcanzados (lo cual está lejos de ser cierto en muchos casos),¹⁹ las regiones mantienen su

libertad de hacer y dar más, de tal manera que la lógica de la LEA corre el riesgo de volver una vez más a estar en desigualdad, al menos respecto a los aspectos “no esenciales”.

Los niveles esenciales del enfoque están siendo cuestionados y retados cada vez más, también por la reconfiguración del concepto fundamental de adecuación. De acuerdo con una definición bastante obvia, tratamiento *apropiado* es aquel que se ajusta a las necesidades del paciente de acuerdo con los estándares científicos basados en la evidencia, considerando su condición particular, y bajo la premisa de un consentimiento informado. Estamos desde hace mucho acostumbrados, especialmente en contextos donde el reconocimiento de un derecho constitucional al cuidado de la salud está bajo presión de restricciones financieras, a la reinterpretación de la idoneidad terapéutica en términos de restricciones de gastos [23, p. 23]. La así llamada *medicina de precisión* está ahora introduciendo un enfoque radicalmente nuevo, a fin de ofrecer a esta persona el tratamiento que él o ella realmente necesita. Ya no es más algo acerca de ver a la persona simplemente bajo una perspectiva narrativa u holística, con la premisa de que cada paciente es diferente de otro. La medicina de precisión, definida como «un enfoque al tratamiento y prevención de la enfermedad que busca maximizar la efectividad a través de tomar en cuenta la variabilidad individual en genes, el medioambiente y el estilo de vida» [24, p. 6], está disparando un cambio en la cultura y práctica de la medicina. Es probable que el impacto sea espectacular con respecto a la prevención (susceptibilidad a las enfermedades), así como al tratamiento (la dosis exacta de la medicina específica). Sin embargo, esto va a requerir aflojar más y más el enlace entre la calidad apropiada y los protocolos normalizados. Las promesas son enormes. Al mismo tiempo, algunas preocupaciones éticas merecen una consideración cuidadosa. Junto con el respeto a la privacidad, el entrenamiento del personal médico frente a responsabilidades sin precedente para la comunicación de datos y asesoría, así como la protección a los pacientes; por ejemplo, se dan cuenta de su no respuesta a cierto tratamiento, el costo y dis-

ponibilidad de la medicina de precisión también pueden ser un reto y el «proporcional acceso equitativo a ello, puede ser difícil aun dentro de un único país». En cualquier caso, «se necesita análisis de costo-beneficio para evaluar qué procedimientos tienen utilidad y validez clínica y para qué enfermedades» [25, § 68]. Los niveles esenciales no serán una norma *de uno sirve para todos*.

7. Dentro de su jurisdicción

Las partes de la Convención de Oviedo adquieren obligaciones dentro de su jurisdicción, lo cual es bastante obvio con respecto a las «medidas necesarias» para incluir la ley interna a que se refiere el Artículo 1. Esta distinción dentro/fuera cruza la diferencia entre derechos negativos y positivos, y la consecuencia, para parafrasear a Alexy, y recordar la distinción que hace Kantian entre deberes perfectos e imperfectos, parece ser un fuerte contraste entre lo estricto de la obligación para el Estado, de proporcionar un remedio judicial efectivo e inmediato, en caso de violaciones a derechos negativos *dentro de su jurisdicción*, y el compromiso mucho más flojo y genérico de *hacer algo* por otras personas, al que le falta muy seguido acceso a los más básicos niveles de cuidado de la salud. Algunos autores retan no solamente la factibilidad práctica, sino la idea en sí de un marco de referencia normativo *universal*: los intentos de establecer bioética *global*, tales como la Declaración de la UNESCO de 2005, son rechazadas como ejemplos de «el vacío general de sus principios» [26, p. 3].

La Convención de Oviedo, sin embargo, implica muchos asuntos, que son por todo la evidencia a considerar, frente a su enfoque global (y mercado potencial): intervenciones en el genoma humano, la protección de personas bajo investigación, remoción de órganos y tejidos para trasplantes. En conjunto con las políticas desarrolladas por los Estados, el concepto en sí de responsabilidad social, y el papel de los actores involucrados, debería ser ampliado de acuerdo

con las necesidades, y el enfoque más promisorio es probablemente el que junta o conjunta tres premisas.

En primer lugar, el reconocimiento *moral* de la igualdad de todos los seres humanos. Esto continúa siendo la contribución ofrecida por la tradición de derechos humanos, y el cosmopolitismo, que comparten «la aspiración de vivir más allá de horizontes específicos y limitados», permiten «una solidaridad más amplia sin fronteras» y rechazar la idea de que el bienestar humano sea definido por «una locación en particular, comunidad, cultura o religión en particular». El cosmopolitismo, en particular, está creciendo a tres niveles: *a)* Subjetivo, esto es «aumentar la conciencia global»; *b)* Objetivo, esto es «expandir la jurisprudencia global; la multiplicación de las organizaciones globales»; *c)* Político, esto es «soberanía limitada de las naciones; creciente importancia de la sociedad civil». A fin de evitar el choque de diferentes identidades y narrativas, Henk ten Have propone un modelo de dos niveles, para el cual la bioética puede proporcionar una valiosa prueba: a nivel global, los principios generales y «un conjunto de normas aceptables para todos» debería ser definido para guiar las aspiraciones de la comunidad global; a nivel local, el nivel operativo, los principios comunes necesitan ser interpretados y aplicados de una manera consistente con «diferentes visiones éticas y culturas morales» [27, pp. 117, 110 y 101]. Desde esta perspectiva, los derechos humanos pueden ofrecer, al menos, una clase de paraguas conceptual para marcos de referencia inclusivos, basados en acuerdos esenciales pero pragmáticos, a lo largo de la línea –para proporcionar sólo un ejemplo ilustrativo– acerca de la contribución de Jacques Maritain al trabajo preparatorio para la Declaración de 1948. Un acuerdo de mentes es difícil de imaginar entre gentes «que llegaron de los cuatro confines del planeta». Sin embargo, tan pronto cambiamos de *ideologías especulativas a prácticas*, y a principios básicos de acción, es posible encontrar «algo así como un común denominador, alguna clase de ley común no escrita». La condición es no preguntar *por qué* [28, pp. I-II].

El segundo paso es el concerniente a reconfigurar el marco de referencia *político-institucional* de justicia. Es necesario volver a revisar la tradicional, aunque engañosa oposición entre cosmopolitas y estatistas, con los anteriores, concibiendo la justicia global como «orden judicial de justicia doméstica de largo plazo» y, esto último, optando por «una cuenta de modalidad internacional que consiste en principios de asistencia mutua y respeto entre comunidades internamente bien ordenadas políticamente» [29, pp. 2-3]. Una alternativa para dejar el *humanitarismo* en lugar de la *justicia* (entendido como ligado a relaciones coercitivas que protegen el derecho de las personas a la libertad), el deber de ayudar y asistir a aquellos necesitados, puede ser construido con un enfoque multifacético a la noción de *coerción*: la *coerción interactuar*, junto con la *coerción interactiva*; esto es, «coerción ejercida por un agente (sea éste un colectivo o un individuo)», debemos considerar una *coerción sistémica*; esto es, «coerción ejercida a través de un sistema de reglas apoyadas por una cantidad suficiente del número de agentes». Estas reglas —esto es un punto crucial— puede ser tanto formal como informal, y esta observación «tiene implicaciones importantes para nuestra manera de pensar acerca de la justicia en un ambiente global, donde claramente hay sistemas generalizados de reglas sociales formales e informales, pero sin dominar grupos de agentes para estatales» [29, pp. 14-15 y 18]. Bajo esta perspectiva podemos decir que el acceso al cuidado de la salud de calidad es un caso de un asunto más general de considerar políticas y estrategias internacionales, como un asunto de *gobernanza* no menor que la interacción entre *gobiernos*. La *gobernanza* se refiere a tanto organizaciones y mecanismos formales e informales, a procesos políticos no jerárquicos ampliamente difundidos y horizontales, opuestos a aquéllos típicamente jerárquicos, que distinguen la autoridad del Estado y el poder de la sanción directa [30, p. 71]. En este contexto, la ley suavizada también puede ser clave, así como un enfoque de baja implicación, «una visión más amplia de la *gobernanza* y la *globalización* basada en un marco de referencia común de valores com-

partidos y objetivos; la inclusión y participación de más actores y accionistas; la evolución de nuevas prácticas inspiradas en diferentes formas de liderazgo» [27, p. 155].²⁰

Por último, aunque no menos importante, siempre es aconsejable una integración del llamado para los compromisos importantes de carácter genérico con objetivos específicos, para que estos objetivos sean monitoreados y progresivamente afinados y actualizados. Tomemos el ejemplo del derecho de un niño a que se adecuen los cuidados prenatales y postnatales, y los servicios médicos, afirmado en el Principio 4 de la Declaración de los Derechos del Niño de 1959, y posteriormente ampliado y elaborado en el Artículo 24 de la Convención sobre Derechos del Niño, adoptada y abierta para su firma en 1989. El compromiso, por ejemplo, de tomar las medidas apropiadas «para disminuir la mortalidad infantil y de la niñez», es obviamente encomiable y vale la pena su impulso. El esfuerzo para reducir en todos los países, para el año 2030, la «mortalidad neonatal a por lo menos tan baja como 12 por cada 1,000 nacimientos vivos y, menor a la mortalidad a por lo menos tan baja como 25 por cada 1,000 nacimientos vivos», que es uno de los objetivos incluidos en la Agenda para el Desarrollo Sustentable de las Naciones Unidas en el año 2030, nos da un contenido concreto y, por lo tanto, verificable de la idea de la norma de protección esencial y básica, que cada ser humano debe tener derecho a ella. En ausencia de ella es más fácil transformar el principio de realización progresiva en una excusa para postergar, indefinidamente, el compromiso.

8. Conclusiones

Las disposiciones generales establecidas en el Artículo 3 de la Convención de Oviedo son actualizar, considerando los nuevos desarrollos en el conocimiento científico en el campo biomédico, las

desigualdades que siempre implican riesgos de inequidad, las crecientes responsabilidades de los retos a nivel global concernientes a la salud. Un enfoque integral es, por lo tanto, requerido, dirigido a incrementar los recursos disponibles (no sólo medios financieros), mejorando las determinantes sociales de la salud y adoptando políticas consistentes con la prioridad de acceso equitativo al cuidado de salud de calidad, balanceando esta prioridad con otros principios, intereses y bienes, estableciendo objetivos concretos y verificables de alcanzar. La contracción de los recursos públicos en muchos países, en coincidencia con necesidades crecientes de una población que está envejeciendo, no puede ser una excusa para debilitar la obligación. A nivel internacional, esta frontera de *compartir* es clave para que el desarrollo sea sustentable e inclusivo.

Referencias bibliográficas

¹ Como es bien sabido, esta definición ha sido criticada por muchos autores como demasiado amplia, omnicompreensiva, fuera del alcance e inflada. Daniel Callahan, por ejemplo, observó que la referencia al bienestar completo (mental y social), corre el riesgo de convertir cualquier clase de problema humano en uno de *salud*, convirtiendo «la profesión médica en el portero de la felicidad y el bienestar social. O sino exactamente el portero (puesto que el apoyo político y económico será necesario obtenerlo de fuentes diferentes a la médica), luego el curandero milagroso final del sufrimiento humano» [1, p. 81]. Sin embargo, al mismo tiempo, él reconoció lo atractivo de juntar «el bienestar del cuerpo y el bienestar del yo», impulsando al analista «a trabajar hacia la concepción de salud que al final es resistente a categorías claras y distintas, cercanas a la experiencia de sensaciones» [1, p. 77]. Esto continúa siendo la motivación de un debate abierto.

² La Constitución Italiana, que fue adoptada a finales de 1947, al afirmar en el Artículo 32 la obligación de la Republica a salvaguardar la salud como un derecho fundamental del individuo, y como un interés colectivo, y a garantizar «cuidados médicos gratuitos al indigente», proporciona un ejemplo ilustrativo de la inclusión de este derecho entre los constitucionalmente esenciales.

³ El enfoque de la Convención para la Protección de los Derechos Fundamentales y las Libertades Fundamentales de 1950 fue en los derechos *civiles*. La referencia a la salud, partiendo con el Artículo 5 y luego en los Artículos 8, 9, 10 y 11, fue especificar las condiciones que permiten la restricción del derecho a la libertad y

a algunas libertades fundamentales, ya sea el caso de la detención legal «para la prevención del esparcimiento de enfermedades infecciosas», o de la protección «de la salud o la moralidad» con respecto a la vida privada y familiar, libertad de pensamiento, conciencia y religión, libertad de expresión, y libertad de reunión y asociación. La libertad de movimiento, que fue explícitamente reconocida en 1963 por el Protocolo No. 4, también puede ser restringida por la misma razón. Vale la pena observar que la Convención de Oviedo, en su Artículo 26, limita las bases para las restricciones de aquellas que están prescritas por la ley y que son necesarias en una sociedad democrática «en el interés de la seguridad pública, para la prevención del crimen, para la protección de la salud pública o para la protección de los derechos y libertades de otros». Como se ha subrayado en el Reporte Explicativo, la protección de la Salud del paciente no está mencionada, y «pareciera preferible definir esta excepción en cada una de las disposiciones, aludiéndola expresamente» [2, § 155]. El Reporte Explicativo, aun sin ser una interpretación autoritaria de la convención, fue escrito bajo la responsabilidad del Secretario General del Consejo de Europa, tomando en consideración las discusiones llevadas a cabo durante su preparación y los comentarios hechos por las delegaciones y ofrece observaciones útiles, y percepciones para entender mejor el texto.

⁴ El Artículo 35 de la Carta establece que «Toda persona tiene el derecho de acceder a cuidados de salud preventivos, y tiene el derecho de beneficiarse de tratamientos médicos bajo las condiciones establecidas por leyes y prácticas nacionales. Se deberá asegurar un alto nivel de protección humana a la salud, en la definición e implementación de todas las políticas y actividades de la Unión». Muchos otros documentos debieran obviamente haber sido añadidos antes y después de la Convención de Oviedo. Se refieren en ellos a la salud con diferentes escritos. El Derecho «a disfrutar el más alto estándar posible de salud», recordando literalmente la definición de la OMS, es reconocida en la Convención sobre los Derechos del Niño de 1989 (art. 24), y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidades del 2006 (art. 25). Vemos el mismo objetivo, con la pequeña modificación al texto, en la Declaración Alma-Ata de 1978 («la obtención del más alto nivel posible de salud») y la Carta Africana sobre Derechos Humanos y de los Pueblos de 1981 («la obtención del mejor posible estado de salud física y mental»). En cuanto al contenido del concepto, el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en el Área de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales «Protocolo de San Salvador» de 1988 se traslapa perfectamente con la definición propuesta por la Constitución de la OMS (art. 10), mientras que la Carta Africana sobre los derechos y bienestar del Niño de 1990 añade «salud espiritual», en lugar de «bienestar social» de los componentes físicos y mentales (art. 14). Con una referencia específica a formas posibles de discriminación, el derecho a la salud está incluido en la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial de 1965 (art. 5), la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres de 1979 (art. 12), y la Convención Internacional

sobre la Protección de Todos los Trabajadores Migrantes y Miembros de sus Familias de 1990 (arts. 28, 43 y 45). La Carta de Ljubljana de 1996, mirando hacia las reformas en el cuidado de la salud en el contexto europeo, está centrada en el principio de que «ellos deberían primero y principalmente dirigir hacia una mejor salud y calidad de vida para la gente», y reconoce que «las mejoras en el estado de salud de la población son un indicador del desarrollo en la sociedad» (arts. 2 y 3). Empezando con la Carta de Ottawa para la promoción de la salud de 1986, las Conferencias de Promoción de Salud Global de la OMS, han reforzado los principios y prioridades de este compromiso. La Declaración de Shanghai del año 2016, reafirma «la salud es un derecho universal, un recurso esencial para la vida diaria, un objetivo social compartido y una prioridad política para todos los países», subrayando al mismo tiempo que «la salud y el bienestar son esenciales para lograr cumplir la Agenda 2030 de Desarrollo de las Naciones Unidas, y sus Objetivos de Desarrollo Sustentable».

⁵ La Conferencia Internacional organizada por el Comité sobre Bioética (DH-BIO), bajo los auspicios de la Presidencia Checa del Comité de Ministros (*20^{avo} aniversario de la Convención de Oviedo: Relevancia y Retos*), que se llevó a cabo el 24-25 de octubre de 2017 en Estrasburgo, ofreció una oportunidad fructífera tanto para celebrar este aniversario, como para tener la esperanza de nuevos desarrollos.

⁶ Bajo esta perspectiva, es ciertamente correcto decir que la dignidad humana «es un límite de autodeterminación», y debería más bien ser ligado, siguiendo a Kant al concepto de autonomía y su universalidad [3, pp. 235-241].

⁷ Empezando con el duro criticismo con Bentham contra «tonterías retóricas», los derechos humanos y, en particular, los derechos sociales también han sufrido objeciones similares. Con referencia específica al derecho a la salud, Thérèse Murphy etiqueta como *devastadoras* las críticas que abordan la falta de una cuenta persuasiva de sus bases conceptuales (Daniels) y la vacuidad del concepto (Griffin) [4, p. 2].

⁸ Illegal, porque la Convención en sí, como siempre sucede en esta clase de documentos, permite algunas «restricciones al libre ejercicio de los derechos que reconoce» [2, § 142].

⁹ Mientras que en el caso de los derechos civiles y políticos, los Estados asegurarán «que cualquier persona cuyos derechos o libertades aquí reconocidas son violados, obtendrá un remedio efectivo» mediante «autoridades competentes judiciales, administrativas o legislativas», en el caso de los derechos económicos, sociales y culturales, cada Estado miembro es llamado a tomar las medidas necesarias al máximo de sus recursos disponibles «para lograr progresivamente la realización completa de los derechos».

¹⁰ El derecho a la salud contiene tanto *libertades* y *derechos*. Las libertades incluyen «el derecho a estar libre de un tratamiento médico no-consentido, tal como experimentos e investigaciones médicas, o esterilización forzada, y a estar libre de torturas y otros crueles, inhumanos o degradantes tratamientos o castigos». Los derechos incluyen, entre otras cosas, «el derecho a un sistema de protección

de la salud dando igualdad de oportunidad para toda persona, a disfrutar del más alto nivel posible de salud», «el derecho a la prevención, tratamiento y control de enfermedades», «el acceso a medicinas esenciales», «acceso igual y a tiempo a servicios de salud básicos» [10, pp. 3-4].

¹¹ Para la presentación de estas críticas y una primera cuenta de posibles contraargumentos, véase, por ejemplo, reflexiones de Amartya Sen, incluidas en su libro sobre la idea de justicia [11, Chapt. 17].

¹² Tobin cita a Raz, Griffin, Sen, Buchanan y Hessler, y Beitz como puntos de referencia de su enfoque, y cita a Cass Sunstein por su definición de los instrumentos legales internacionales que reconocen el derecho a la salud como ejemplos de «acuerdos teorizados incompletamente» (Capítulo 2). La pregunta se mantiene abierta, ya sea que simplemente rechaza debates en amplias teorías, o lo mantiene vivo en una arena diferente [15].

¹³ Vale la pena recordar que Joel Feinberg introdujo esta expresión viendo un manifiesto especial del sentido de *derecho*, que es la idea de declaraciones imbuidas en necesidades naturales incumplidas, que no están correlacionadas con otros deberes: «dichas declaraciones, basadas únicamente en necesidades, son “posibilidades permanentes de derechos”, que son la semilla natural que los derechos cultivan» [19, p. 67].

¹⁴ El caso de Italia es muy interesante, porque firmó la Convención de Oviedo en 1997, y adoptó en el año 2001 una ley para su ratificación y ejecución (Ley No. 145/2001), pero aún no había depositado el instrumento de ratificación a principios del año 2017. Revisado el 17 de mayo de 2017 en http://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/164/signatures?p_auth=Uqns3llq.

¹⁵ Véase, por ejemplo, los juicios N° 218/1994, 304/1994, 309/1999, 248/2011.

¹⁶ Para algunos autores la lista es ciertamente muy larga y profunda, «sin principios e impráctica», «tan onerosa que pocos, si es que algunos Estados sea probable que sean persuadidos a adoptar tal enfoque» [15, p. 117]. Como una alternativa, Tobin propone un enfoque que distingue «obligaciones centrales mínimas de conducta» y «obligaciones centrales mínimas de resultados».

¹⁷ Véase el juicio 309/1999, pero también los juicios N° 509/2000 y 252/2001.

¹⁸ En la literatura, el adjetivo más comúnmente usado es “básico” (estándares, niveles, servicios). Ambos conceptos están confrontados con una cuestión fundamental. Un tratamiento para salvar la vida puede ser complejo y costoso. Es esencial (de crucial importancia) para la persona que lo necesita. Al mismo tiempo, nada menos de lo que es básico (la vida en sí) está en peligro, aunque los recursos que se requieran están muy lejos de ser mínimos. ¿Dónde colocar la barra?

¹⁹ El DPCM (Decreto del Presidente del Consejo de Ministros) *Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (Definición y actualización de los niveles esenciales de cuidados médicos)* fue publicado en la revista «Gazzetta Ufficiale» en 18/3/2017 (n° 65).

²⁰ Movimientos sociales y ONGs, sociedad civil, los medios deberían de estar entre las fuerzas impulsoras.

Bibliografía

- 1 CALLAHAN, D. Definición de la OMS de "Salud". *Hastings Center Studies* 1973; 1 (3): 77-87.
- 2 Reporte Explicativo de la Convención para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con respecto a la Aplicación de la Biología y la Medicina: Convención sobre Derechos Humanos y Biomedicina (último acceso en noviembre 24 del 2017 en: <https://rm.coe.int/16800ccde5>).
- 3 AZZONI, G. *Nomofanie. Esercizi di Filosofia del diritto*. Torino: Giappichelli; 2017.
- 4 MURPHY, T. *Salud y derechos humanos*. Oxford and Portland (Or.): Hart Publishing; 2013.
- 5 ANDORNO, R. Dignidad humana y derechos humanos como plataforma común para una bioética global. *The Journal of Medicine and Philosophy* 2009; 34 (3): 223-240.
- 6 BEYLEVELD, D., BROWNSWORD, R. *Dignidad humana en la bioética y derecho biológico*. Oxford: Oxford University Press; 2001.
- 7 ANDORNO, R. La tutela della dignità umana: fondamento e scopo della Convenzione di Oviedo. In: FURLAN, E. (ed.). *Bioetica e dignità umana. Interpretazioni a confronto a partire dalla Convenzione di Oviedo*. Milano: Franco Angeli; 2009: 77-94.
- 8 KIETS NIEUWENKAMP, J. La convención sobre derechos humanos y biomedicina. En: DAHL RENDTORFF, J., KEMP, P. (eds.). *Principios éticos básicos en la bioética europea y derecho biológico*. Vol. II. Copenhague-Barcellona: Centre for Ethics and Law-Institut Borja de Bioetica; 2000: 325-332.
- 9 BEAUCHAMP, T.L., CHILDRESS, J.F. *Principios de ética biomédica*. New York: Oxford University Press; 1989.
- 10 OFICINA DEL ALTO COMISIONADO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LOS DERECHOS HUMANOS Y LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *El derecho a la salud*. Hoja de hechos No. 31. Ginebra: United Nations; 2008.
- 11 SEN, A. *La idea de justicia*. Cambridge (Mass.): The Belknap Press of Harvard University Press; 2009.
- 12 Kelsen, H. *Teoría general de derecho y el estado*. Cambridge (Mass.): Harvard University Press; 1949.
- 13 ENGELHARDT, H.T. *Fundamentos de bioética*. New York: Oxford University Press; 1986.
- 14 RAWLS, J. *El derecho de los pueblos*. Cambridge (Mass.)-London: Harvard University Press; 1999.
- 15 TOBIN, J. *El derecho a la salud en el derecho Internacional*. Oxford, New York: Oxford University Press; 2012.
- 16 OFICINA DEL ALTO COMISIONADO PARA LOS DERECHOS HUMANOS. CESCR, Comentario general No. 14: El derecho al más alto estándar de salud posible (Art. 12). Adoptado en la Vigésima Segunda Sesión del Comité en Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el 11 de agosto del 2000.

- 17 BEITZ, C.R. Protecciones contra la pobreza en la práctica de los derechos humanos. En: POGGE, T., (ed). *Freedom from Poverty as a Human Right*. Vol. 2: *Theory and Politics*. Paris: UNESCO Publishing; 2010: 3-20.
- 18 BEITZ, C.R. *La idea de los derechos humanos*. Oxford: Oxford University Press; 2009.
- 19 FEINBERG, J. *Filosofía social*. Englewood Cliffs (N.J.): Prentice Hall; 1973.
- 20 FERRAJOLI, L. *Diritti fondamentali*. In *Diritti fondamentali. Un dibattito teorico* (a cura di Vitale E). Laterza: Roma-Bari; 2008: 3-40.
- 21 ALEXY, R.A. *Teoría de los derechos constitucionales*. New York: Oxford University Press; 2002.
- 22 SALAZAR, C. *Dal riconoscimento alla garanzia dei diritti sociali. Orientamenti e tecniche decisorie della Corte costituzionale a confronto*. Giappichelli: Torino; 2000.
- 23 FORNI, L. *La sfida della giustizia in sanità. Salute, equità, risorse*. Torino: Giappichelli; 2016.
- 24 *La Iniciativa de Medicina de Precisión en el Programa de Grupos Cohort—Construyendo una Fundación de Investigación para la medicina del Siglo 21 (Iniciativa de Medicina de Precisión (PMI), reporte del Grupo de trabajo al Comité Asesor del Director, NIH)*. Septiembre 17, 2015 (recuperado el 5 de mayo de 2017 en: <https://www.nih.gov/sites/default/files/researchtraining/initiatives/pmi/pmi-working-group-report-20150917-2.pdf>).
- 25 COMITÉ INTERNACIONAL DE BIOÉTICA DE LA UNESCO. *Reporte del Comité acerca de la actualización de sus conceptos sobre el genoma humano y los derechos humanos*. París; 2015.
- 26 ENGELHARDT, H.T. *Bioética global: una introducción al colapso del consenso*. En ENGELHARDT, H.T., (Ed.). *Global Bioethics. The Collapse of Consensus*. Salem: M&M Scrivener Press; 2006: 1-17.
- 27 TEN HAVE, H. *Bioética global. Una introducción*. London-New York: Routledge; 2016.
- 28 MARITAIN J. *Introducción*. En: UNESCO. *Derechos humanos. Comentarios e interpretaciones*. Un simposio editado por la UNESCO. París; 1948 (recuperado el 17 de mayo de 2017 en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0015/001550/155042eb.pdf>).
- 29 VALENTINI, L. *Justicias en un mundo globalizado. Un marco de referencia normativo* Oxford: Oxford University Press; 2011.
- 30 FERRARA, A. *Democrazia e apertura*. Milano-Torino: Bruno Mondadori; 2011.