

## Responsabilidad profesional

# Los derechos humanos y la salud pública

Héctor Fernández Varela Mejía,<sup>1</sup> Gabriel E Sotelo Monroy<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Desde las más antiguas civilizaciones se ha reconocido a la salud como un bien humano, atributo que el Estado debe proteger. Al respecto, en el siglo IV a. C., Aristóteles señaló: “Si creemos que los hombres como seres humanos, poseen derechos que les son propios, entonces tienen un derecho absoluto de gozar de buena salud en la medida en que la sociedad, y sólo ella, sea capaz de proporcionársela” (Citado en Roemer R., 1989). Esta declaración es un precedente del reconocimiento que las sociedades contemporáneas le han otorgado a la salud; partiendo de la base del derecho a la vida, se acepta el derecho a la protección de la salud; facultad que tiene dos vertientes: la individual y la social. Sin embargo debemos admitir que si bien el derecho a la salud es un derecho absoluto, su ejercicio y disfrute dependen de las condiciones en que se encuentre la sociedad.

Los derechos humanos pueden tener diversas acepciones, atendiendo el enfoque del estudio. Según algunos autores como Lolas, derechos humanos son los “atributos y facultades del individuo no concedidos por el poder establecido sino inherentes a la condición humana y reconocidos por la organización social en cualquiera de sus formas” (Lolas F., 1997). A su vez, para Peces-Barba los derechos humanos son la facultad que la norma regula para la protección de la persona en lo referente a su vida, a su libertad, a la igualdad, a su participación política o social, o a cualquier otro aspecto fundamental que afecte a su desarrollo integral como persona, en una comunidad de hombres libres, exigiendo el respeto de los demás hombres, de los grupos sociales y del Estado, y con posibilidad de poner en marcha el aparato coactivo del Estado en caso de infracción” (Bidart G., 1993)

Lo anterior, ejemplifica la forma en que Pérez Luño, los divide en derechos humanos y derechos fundamentales. Los primeros, de acuerdo a una concepción filosófica se definen como lo que “debe estar” reconocido en la ley; y los segundos, lo que “está” en el sistema jurídico del Estado. Así los primeros, se califican como derechos naturales, humanos o morales, y los segundos, como derechos fundamentales, constitucionales o jurídicos (Bidart G., 1993).

En el Reglamento de Ley de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, se entiende como tales a los “inherentes a la naturaleza humana, sin los cuales no se puede vivir como ser

humano”. En su aspecto positivo<sup>3</sup>, son los que reconoce la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y los que se recogen en los pactos, convenios y tratados internacionales suscritos y ratificados por México” (CNDH 1992). Podemos decir, que en México se conjuntan los dos planos del concepto indicados por Pérez Luño, pero quedan acotadas las propuestas de lo que debe ser legislado y aquello ya vigente en el orden jurídico mexicano.

Asimismo, en la Declaración Universal de Derechos Humanos se señala que éstos pueden ser de dos tipos: los derechos civiles y políticos en su dimensión individual, inherentes a la persona en su calidad de ser humano y que corresponden a la primera generación; y los derechos económicos, sociales y culturales, que corresponden a su dimensión social y que se refieren a derechos que se reconocen como parte de un contexto social determinado, pertenecientes a la segunda generación (Figueroa J., Sánchez V., 1993). En los pactos internacionales es distinto el tratamiento de los derechos humanos de la primera y de la segunda generación, porque los Estados se comprometen en los primeros a crear las condiciones de desarrollo necesarias para la satisfacción de tales derechos (Martínez V., 1991).

A los derechos de la segunda generación, pertenece el relativo a salud. Este derecho tiene como antecedente internacional la constitución de la Organización Mundial de la Salud, en donde se establece que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social” (OMS, 1946). Dos años después, la Organización de las Naciones Unidas en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, lo establece en su artículo 25º como: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar y, en especial, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios...” (ONU, 1948).

Este pronunciamiento es una mezcla sistemática de derechos y aspectos específicos de ellos; los derechos son la salud, vivienda y vestido. La alimentación y la asistencia médica son un aspecto de esos derechos, y “el derecho a un nivel de vida adecuado...”, no es un derecho distinto a los mencio-

nados, sino una fórmula para resumirlos y es correlativo al grado de desarrollo económico y social de un pueblo (Hervada J., Zumaquero J., 1978). En el contenido de la declaración referida se señala que el derecho a la vida es fundamental y de él dependen los demás, por ello, está íntimamente relacionado con el derecho a la salud y a la integridad personal, implícitos en el artículo 5° de la Declaración Universal de Derechos Humanos, y que se hacen explícitos en la Convención Americana de Derechos Humanos, integrados en el artículo 12° a los principios éticos de autonomía y confidencialidad.

En México, a pesar que en la Constitución de 1917 se consagran las garantías individuales, fue hasta 1983, que se incorporó en el artículo 4° el derecho a la protección de la salud. Hecho que coincide con la ratificación o adhesión de nuestro país en el año de 1981, a siete importantes instrumentos internacionales, entre ellos:

- Convención Americana sobre Derechos Humanos (OEA, 1969),
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (ONU, 1966), y
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ONU, 1966).

El párrafo tercero del artículo cuarto constitucional, dice a la letra: “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las Entidades Federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución” (CPEUM, 1917). Con esta acción se puede decir que el Estado mexicano siguió la sentencia de Cicerón: “*salus populi, suprema lex est*”, la salud del pueblo es ley suprema (Moctezuma G., 1991).

Además de consagrar este derecho social, el Estado asumió un papel regulador con la expedición de la Ley General de Salud en 1984. En ella se asume, que el derecho a la protección de la salud es fundamental para el desarrollo integral del ser humano y de la sociedad, señalando como finalidades el fomento en la población de actitudes racionales, responsables y solidarias que, basadas en el conocimiento de los efectos de la salud sobre la vida individual y social, coadyuven al mejoramiento de la calidad de vida. Así mismo, se establece el impulso de la investigación científica y tecnológica, como de la enseñanza para la salud (LGS, 1984).

La Ley General de Salud regula una serie de actividades que inciden directa e indirectamente sobre el ejercicio del derecho a la protección de la salud. Para ello, define las materias de la salubridad general, señala quiénes son autoridades sanitarias (moderadores) y la distribución de competencias entre Federación y Estados, los actores del sistema nacional

de salud (prestadores), y las formas de acceso de los usuarios (población), estableciendo tanto sus derechos como obligaciones.

La Ley establece funciones generales y específicas para garantizar el derecho a la protección de la salud. Como funciones generales se pueden citar: Ser elemento moderador entre los intereses de la sociedad y los del individuo; ser el medio por el cual el gobierno adopta las medidas necesarias para responder al progreso de la ciencia y la tecnología; y garantizar la equidad en la prestación de servicios.

Reguladas por la Ley como funciones específicas se pueden mencionar: Sancionar toda conducta perjudicial para la salud; ejecutar programas y servicios para fomentar la salud; regular la asignación de los recursos; sistematizar la participación de la sociedad; y vigilar la calidad de la atención, y de los productos para uso y consumo humano.

En la misma Ley, se definen como servicios de salud “todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad”, y los clasifica en tres tipos: Atención Médica, Salud Pública y Asistencia Social (LGS, 1984: Art. 23 y 24). El primer y tercer tipo de servicios, son definidos explícitamente señalando las actividades que comprenden (LGS, 1984: Art. 32,33, 167 y 168).

No así el de salud pública que, sin embargo, se puede interpretar como las acciones en beneficio de la sociedad en general, dirigidas a proteger y promover la salud de la colectividad. De la misma forma, se puede afirmar que la salud pública comprende dos grandes campos: Actividades de control y vigilancia epidemiológica y, de control y fomento sanitario.

Sin embargo, una discusión de fondo sobre las funciones esenciales de salud pública, ofrece la oportunidad de analizar los ideales de salud de la sociedad, los principales desafíos a enfrentar, los grandes campos de actuación para alcanzarlos y las responsabilidades correspondientes a los actores claves. Se pueden definir seis ámbitos sociales de acción como base para el abordaje de las funciones, ellos son: 1) La construcción de entornos saludables y el mejoramiento de las condiciones de vida; 2) el desarrollo y el fortalecimiento de una cultura de la vida y de la salud; 3) la generación de inteligencia en salud; 4) la atención a las necesidades y demandas en salud; 5) la garantía de la seguridad y de la calidad de los bienes y de los servicios relacionados a la salud; y 6) la intervención sobre los riesgos y los daños colectivos a la salud (OPS-OMS, 1998).

En el Programa de Reforma del Sector Salud, 1995-2000, se clasifican las acciones esenciales irreductibles de salud: Atención Médica, Salud Pública y Fomento Sanitario. Señalando que el objetivo central de la segunda es “Contribuir de manera significativa en la disminución de los índices de morbilidad y mortalidad asociados con ciertos estilos de vida y factores de riesgo específicos, a través de acciones de promo-

ción, protección, prevención y control, así como impulsar el desarrollo de una cultura de la salud fortaleciendo los conocimientos, actitudes y comportamiento social y su interacción con el medio ambiente a favor del bienestar individual, familiar y social” (PRSS. 1996).

Algunas de las metas de los programas de salud pública cuentan con apoyo adicional por su logro a través del Programa Nacional de Acción en Favor de la Infancia 1995-2000, el cual se inició como compromiso de México ante la Cumbre Mundial a Favor de la Infancia desde 1990.

Se puede resumir que la salud pública es la actividad encaminada a mejorar la salud de la población. Para complementar esta idea, según palabras de Virchow, “la medicina y la salud pública son intervenciones sociales; y los programas sociales y económicos son intervenciones de salud pública en su sentido más profundo”. Es decir, el concepto de salud pública no sólo es una cuestión entre salud y enfermedad, sino también social y política, entendiendo como tales las relaciones de poder dentro de la sociedad (Navarro V. 1998).

Dicho de otra manera, el concepto de salud pública, entendida como el compromiso de la sociedad con sus ideales de salud, hace referencia al conjunto de prácticas sociales— y los valores, creencias, actitudes y conocimientos formales y no formales subyacentes— que en una sociedad tienden a desarrollar, preservar o mejorar la salud de la población y del ambiente. La salud pública incluye pero no se limita a las actividades de promoción y de prevención (OPS-OMS, 1998).

Aun cuando los derechos humanos se plantean como imprescindibles, inalienables, irrenunciables y universales, las condiciones políticas, sociales y culturales son las que les otorgan factibilidad en tiempo y espacio específicos, es decir, son históricos y situacionales (Bidart G, 1993). Lo mismo sucede con los problemas de salud pública, aunque agregando a esos factores los demográficos y epidemiológicos. Esta situación dificulta la intención de lograr un plano de igualdad para todos los seres humanos (Madrazo J. 1993).

La relación de derechos humanos y salud pública suele tener tres situaciones de conflicto: primero, las políticas y programas pueden limitar ciertos derechos humanos individuales ante el bien común; segundo, los problemas de responsabilidad profesional o institucional por impericia y negligencia constituyen una amenaza al derecho a la protección de la salud; y tercero, en la definición de las bases para el acceso a los servicios, así como en la formulación de políticas sanitarias, los derechos humanos pueden ser afectados en los principios de igualdad y equidad (Frenk J, Knauth F. 1995).

En los albores de la bioética la autonomía del paciente fue el antídoto contra el paternalismo de la medicina milenaria, pero recientemente se aprecia cierta controversia de la libertad individual con la justicia social (Lolas F. 1997). La falta de ponderación entre los derechos individuales y sociales podría traer consigo conflictos como:

- El daño incremental de pequeñas transgresiones en nombre de la libertad, que al generalizarse podrían llevar a una cadena de daños, como la injustificada autorización de usar fetos en la industria cosmética, que conllevaría a usar fetos muertos e inclusive al cultivo de embriones humanos para ese fin.
- Daños intangibles que pueden derivarse de un abuso de la autonomía. Siguiendo con el ejemplo anterior, significaría un desprecio por la vida humana que contradice cualquier declaración de respeto.
- La protección del bien común puede exigir en algunos casos la limitación de las libertades individuales, como pueden ser el control de fauna nociva para la salud, las campañas de vacunación, o las acciones extraordinarias en materia de salubridad general señaladas en la legislación.

Por lo anterior, es necesario referirnos al principio de justicia y a su incorporación en el diseño y práctica de arreglos sociales que faciliten el ejercicio de los derechos humanos en el ámbito de la salud pública. Las condiciones que pretenden asegurar a los seres humanos el ejercicio de tales derechos no buscan restringir conductas ni definir normas; al contrario, exigen que los individuos asuman también responsabilidades a partir de la ampliación de sus libertades, pero respetando el derecho de los demás, como solución a un enfrentamiento personal y grupal (Figueroa J, Sánchez V. 1993). Por ejemplo, la aplicación de mecanismos de control ambiental resultan en limitaciones a los derechos individuales, pero tal medida se justifica en razón del interés público por salvaguardar la pureza del aire y del agua, que priva sobre los derechos individuales (Roemer R. 1989). En este caso, el bien común tiende a concentrarse en aquellas condiciones sociales del desarrollo integral de los seres humanos (Hervada J, Zumaquero J. 1978).

Debemos admitir que la salud no es un derecho a lo máximo ni a lo mínimo, sino a lo posible de acuerdo al desarrollo de la sociedad, por razones de justicia distributiva (Hervada J, Zumaquero J. 1978). La expresión de justicia sanitaria no debe entenderse en el sentido de justicia distributiva sino como bienestar colectivo. Pero el concepto de justicia presenta dos niveles: el deontológico o de los principios, y el teleológico o de las consecuencias de los actos. En el primero, justicia se refiere a la adecuación de un acto con su modelo, en el segundo justicia es conseguir el máximo beneficio al mínimo costo, traducido como eficiencia. De tal manera, que la justicia distributiva debe regirse por la mejor relación de costo-efectividad. Esto significa, que no es justo desviar fondos de otros programas para apoyar los de salud, si la relación de costo-efectividad es mejor en esos otros campos, como pueden ser drenaje, agua potable o educación, y por otra parte, en el campo sanitario los limitados recursos disponibles deben destinarse

a intervenciones que con el menor costo produzcan el mayor beneficio en la salud de la población (Gracia D. 1990).

Lo anterior, es compatible con la fórmula sobre el derecho a la distribución de la atención en salud propuesto por Fein. En la cual establece dos fases: la de macropolítica, en que todos los ciudadanos tienen derecho a creer que la magnitud de los fondos y recursos destinados a la salud dependerá de la importancia que la sociedad le confiera; y la de micropolítica, entendida como el derecho a recibir una parte equitativa del total de recurso destinados a la atención de la salud (Roemer sdR. 1989). Estos conceptos clarifican el fundamento teórico de la toma de decisiones y son útiles a los responsables de formular políticas sanitarias para hacer efectivo el derecho de protección a la salud por medio de programas y servicios.

Se puede afirmar que, si bien la protección a la salud es un derecho, sería imposible ofrecer “todo para todos”, y es preferible ofrecer lo máximo posible para todos a fin de que disfruten razonablemente de buena salud (Soberón G., 1995). Adicionalmente, las intervenciones con mejor relación costo-efectividad tienden, por lo general, a atacar las enfermedades que afectan a los pobres, de manera de darles prioridad sin necesidad de estigmatizarlos. De esta forma se logra combinar la eficiencia con la equidad (Frenk J., Knaul F., 1995). En un país como el nuestro en donde la distribución de la enfermedad sigue siendo desigual tanto en grupos sociales como en regiones, el principio de equidad es útil para que la mayor atención sea a los que padecen una mayor carga de enfermedad.

En este sentido, la propuesta de la reforma sanitaria de los Paquetes Básicos de Servicios de Salud es un avance significativo, porque la selección y diseño de las intervenciones que comprende responde a los criterios siguientes: que el padecimiento sea causa importante de muerte o discapacidad; y, que se cuente con medidas preventivas o terapéuticas efectivas y de bajo costo (PRSS, 1996).

Si bien, el origen diverso de las instituciones públicas de salud generó la segmentación artificial de la población, determinada por criterios como pobreza y trabajo asalariado, o sea servicios de asistencia pública y de seguridad social respectivamente, en la práctica resultaron en duplicidad, centralismo y desperdicio de recursos. Con la reforma del sector salud, se estableció como propósito general “transformar el sistema actual para modernizarlo, y hacerlo más eficiente, a fin de que, entre otros aspectos esté en condiciones de hacer frente a los retos epidemiológicos y demográficos del país”, y en esta forma garantizar mejor el derecho a la protección de la salud (PRSS, 1996: De la Fuente JR., 1994).

Por lo anterior, fue posible un nuevo modelo para reordenar las funciones de cada uno de los organismos que en él se desempeñan. Así, la Secretaría de Salud se concentra en su papel rector y normativo del sector; las instituciones de seguridad social, al introducir cambios como la libre elección del médico por parte del usuario, fortalecen el principio de auto-

nomía del paciente además de aumentar su cobertura a los grupos sociales urbanos y rurales tanto de la economía formal como informal, al reducir las contribuciones para la afiliación aumentando la disponibilidad vía fondos estatales, al separar las funciones de financiamiento y recaudación de la prestación de servicios de salud y hacer posible la reversión de cuotas que implica una mayor participación del sector privado, sin detrimento de la misión distributiva del Estado. Por su parte, las instituciones para la población abierta son encomendadas a los niveles estatales y municipales de gobierno, a través de la descentralización de programas, recursos y decisiones que, junto con el mecanismo de asignación de recursos financieros bajo el principio de equidad (asignación *per cápita* ajustada a la tasa de mortalidad infantil y al índice de marginación), les permita elevar la eficiencia y enfocar sus esfuerzos al combate de la pobreza en el medio rural.

Con este reordenamiento, se fortalece la participación del gobierno y sociedad locales, y se evitan los viejos problemas de duplicidad, centralismo, ineficiencia, baja calidad, y cobertura insuficiente. Sobre todo, se dan bases para una mejor justicia distributiva de los recursos disponibles. El gobierno mexicano no sólo consagró en su Carta Magna el derecho a la protección de la salud, sino además, a través de la Ley General de Salud, sus Reglamentos y Normas regula el acceso a los servicios de salud, y establece que la prestación de éstos debe hacerse conforme a principios científicos y éticos universales.

El programa de reforma del sector salud, producto del consenso social y sustentado en la realidad nacional, es el instrumento para que el gobierno articule la acción de las instituciones de salud y la participación de la sociedad, a fin de asegurar progresivamente el derecho a la protección de la salud. En este contexto, se consideran como propósitos esenciales la mejoría tanto de la calidad como de la eficiencia en la atención a la salud. Entendida la primera, como la medida que los servicios efectivamente mejoran la salud, tanto en su dimensión técnico científica como humana; y la segunda, alcanzar los mayores niveles posibles de salud con los recursos disponibles (Frenk J, Knaul F. 1995). De tal manera que el gobierno no se ha limitado a crear condiciones de acceso a los servicios de salud, sino que también se ha comprometido con criterios de calidad y eficiencia, a fin de alcanzar el mayor beneficio y satisfacción social al menor costo.

Pocas personas dudarían que los servicios de salud pública constituyen un componente esencial de la calidad de vida y que dan vigencia al derecho a la protección de la salud. Esto es esencial para la planeación y la toma de decisiones sobre recursos, programas y acciones del sector salud, y también para los propios trabajadores de la salud y la población en general.

Es cierto que la norma en sí no basta para hacer efectivo el derecho a la protección de la salud, ya que el Estado debe crear las condiciones para ello, pero siempre tomando en cuenta que el ejercicio de este derecho es progresivo, ya que la

interrelación de salud-enfermedad es un proceso dinámico. Por ejemplo. Es claro que los programas de salud pública han permitido el incremento de la esperanza de vida, pero ello ha propiciado el aumento cuantitativo de enfermedades propias de la vejez.

Podemos considerar que México no puede lograr su cabal desarrollo económico y social mientras persistan enfermedades que la ciencia y la tecnología han vuelto evitables. Tampoco podemos hablar de sociedad justa mientras algunas familias no tienen acceso adecuado y suficiente de atención a su salud (Narro J. 1999).

Se puede sintetizar que los derechos humanos relativos a la protección de la salud y específicamente a la salud pública, están normados por instrumentos jurídicos nacionales e internacionales. Las normas sanitarias regulan tanto el acceso a los servicios como la calidad y eficiencia con que éstos deben ser proporcionados; la coordinación sectorial ha modulado de mejor manera la participación de las instituciones de salud y de la sociedad, en un fin común, la protección a la salud. Las intervenciones de salud pública han contribuido a mejorar los indicadores de salud y de calidad de vida de la población evitando riesgos y disminuyendo daños a la salud, así como reduciendo las brechas epidemiológicas entre las distintas regiones y grupos sociales.

Las acciones de salud pública a diferencia de las de atención médica, se rigen por criterios de acceso más universales y solidarios. Es decir, se brindan obligatoriamente sin distinción económica o social de las personas.

Sin embargo, la propia evolución de los valores sociales y los avances de la ciencia y tecnología médicas, seguirán sorprendiendo con situaciones no previstas en la medicina de hoy. Así mismo, los conflictos entre los derechos individuales y los derechos colectivos, y las reacciones de intolerancia y discriminación en relación con la salud pública, se han dado con un fuerte componente social como en los casos de la enfermedad VIH-SIDA, la salud de la mujer, en los menores de edad y en los discapacitados.

Ante estos aspectos vinculados con la salud pública como un derecho humano, el Estado está obligado a mediar en función de la jerarquización de los derechos individuales y sociales, la priorización de los problemas y necesidades de salud, y la distribución de los recursos disponibles, todo ello,

sustentado en los principios éticos y legales que rigen la medicina actual.

## Referencias

- Bidart G. Teoría general de los derechos humanos UNAM, México, 1993.
- CNDH. Reglamento de la Ley de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, México, 1992.
- CPEUM. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM), México, 1917.
- De la Fuente, JR. Salud y Seguridad Social: Retos y propuestas. Fundación Mexicana Cambio XXI, Luis Donaldo Colosio. México, 1994.
- Figueroa, J. Sánchez., V. Algunas reflexiones sobre ética, derechos humanos y salud. El Colegio de México, 1997.
- Frenk, J, Knaul, F. Los derechos humanos como base doctrinaria para las políticas de salud. En: Economía y Salud INSP, SSA. México, 1995.
- Gracia, D., ¿Qué es un sistema justo de servicios de salud ? Principios para la asignación de recursos escasos. En: Bioética. OPS. 108(5 y 5). 1990.
- Hervada, J. Zumaquero, J. Textos internacionales de derechos humanos. Universidad de Navarra, España, 1978.
- LGS. Ley General de Salud. México, 1984.
- Lolás. F. Derechos Humanos y Salud: Consideraciones bioéticas, En: Salud, cambio social y política: perspectivas desde América Latina, Argentina, 1997.
- Madrazo, J. Derechos Humanos, el nuevo enfoque mexicano. FCE. México, 1993.
- Martínez, V. El derecho a la salud como derecho humano. En: Seminario de salud y derechos humanos. CNDH. México, 1991.
- Moctezuma, G. Los derechos humanos y la Ley General de Salud. CNDH. México, 1991.
- Narro J. Las nuevas prioridades de los servicios de salud. En: La salud en tiempos de cambio. Sesión conjunta SSA-ANM, México, 1999.
- Navarro, V. Concepto actual de la salud pública. En: Martínez, F, et al: Salud Pública, McGraw Hill-Interamericana. 1999.
- OEA. Convención Americana de Derechos Humanos, 1969.
- OMS. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. 1946.
- ONU. Declaración Universal de Derechos Humanos. 1948.
- ONU. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 1966.
- ONU. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966.
- OPS-OMS. Funciones esenciales de salud pública. En: II Conferencia Panamericana de Educación en Salud Pública. OPS-OMS, México, DF, 1998
- PRSS. Programa de Reforma del Sector Salud, 1995-2000, México, 1996.
- Rico, B, et al El SIDA y los derechos humanos. SPM 37(6), México, 1995.
- Roemer, R. El derecho a la atención de la salud, En el derecho a la salud en las Américas OPS, 1989.
- Soberón G. La protección de la salud como derecho humano. En: Perspectivas en Salud Pública: Salud y Derechos Humanos, INSP, México, 1995.