

Efectividad del derecho humano a la salud a través del juicio de amparo

Effectiveness of the Human Right to Health Through the Amparo Trial

Rodolfo Campos-Montejo¹,  Adriana Esmeralda del Carmen Acosta-Toraya² 

DOI: 10.19136/hs.a23n1.5665

Artículo Original

• Fecha de recibido: 25 de septiembre de 2023 • Fecha de aceptado: 22 de marzo de 2024 • Fecha de publicación: 17 de marzo de 2024

Autor de correspondencia

Rodolfo Campos Montejo. Dirección postal: Dirección postal: Av. Universidad s/n, Zona de la Cultura, Colonia Magisterial, C.P. 86040. Villahermosa, Tabasco, México.
Correo electrónico: rodolfo.campos@ujat.mx

Resumen

Objetivo: Analizar la efectividad del derecho a la salud a través del juicio de amparo.

Materiales y métodos: La metodología del estudio se centra en un análisis cualitativo de las decisiones judiciales relacionadas con el derecho a la salud en México, integrando enfoques interdisciplinarios que incluyen la perspectiva compleja del derecho a la salud. Se evalúa cómo la interpretación del Poder Judicial Federal ha sido garantista desde los años 90, incluso antes de la Reforma Constitucional de Derechos Humanos de 2011, para lo cual, se consideraron casos donde fueran notorios hechos de desigualdad. La investigación también recurre al litigio estratégico a través de amparos interpuestos, proporcionando experiencias empíricas para el análisis y estableciendo precedentes en la materia.

Resultados: La protección del derecho a la salud ha ido evolucionado con el pasar de los años, es claro ver la progresividad en este derecho; la desigualdad, la pobreza y la burocracia son producto de una ineficiente política pública, sin embargo, el Poder Judicial ha sido un instrumento para la justiciabilidad directa de los derechos humanos ante situaciones complejas, en este caso, del derecho a la salud.

Conclusiones: El juicio de amparo en México ha trascendido su rol programático, para convertirse en un instrumento clave del Poder Judicial en la protección efectiva del derecho a la salud desde los años 90, supliendo las deficiencias de las políticas públicas y liderando avances en temas como la discriminación y el acceso a tratamientos médicos. La Reforma Constitucional de 2011 ha reforzado este mecanismo, facilitando la justicia social frente a las desigualdades en el acceso a la salud, y señalando el camino hacia un entendimiento más integral de los derechos humanos que va más allá de la letra de la ley.

Palabra clave: Derecho humano; Cobertura médica; Derechos civiles.

Abstract

Objective: Analyze the effectiveness of the right to health through the amparo trial.

Materials and methods: The study methodology focuses on a qualitative analysis of judicial decisions related to the right to health in Mexico, integrating interdisciplinary approaches that include the complex perspective of the right to health. It evaluates how the interpretation of the Federal Judiciary has been guaranteeing since the 90s, even before the Constitutional Reform of Human Rights of 2011, for which cases will be considered where acts of inequality were notorious. The investigation also resorts to strategic litigation through injunctions, providing empirical experiences for analysis and establishing precedents in the matter.

Results: The protection of the right to health has been evolving over the years, it is clear to see the progressivity in this right; Inequality, poverty and bureaucracy are the product of inefficient public policy, however, the Judiciary has been an instrument for the direct justiciability of human rights in complex situations, in this case, the right to health.

Conclusions: The amparo trial in Mexico has transcended its programmatic role to become a key instrument of the Judiciary in the effective protection of the right to health since the 1990s, making up for the deficiencies of public policies and leading advances in issues such as discrimination and access to medical treatments. The Constitutional Reform of 2011 has reinforced this mechanism, facilitating social justice in the face of inequalities in access to health, and pointing the way towards a more comprehensive understanding of human rights that goes beyond the letter of the law.

Keyword: Human right; Medical coverage; Civil rights.

¹ Doctor en Derecho Judicial, Profesor Investigador de la División Académica de Ciencias Sociales y Humanidades. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. Tabasco. México.

² Doctora en Derecho, Profesora Investigadora de la División Académica de Ciencias Sociales y Humanidades. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. Tabasco. México.



Introducción

El derecho humano a la salud es una prerrogativa que depende de diversas acciones del Estado, tales como el diseño de políticas públicas, la creación de un marco jurídico, y la operación mediante instituciones, su enfoque tradicional ha sido colocarlo como un derecho de carácter programático, dejando en manos del Poder Ejecutivo, toda su garantía, sin embargo, con frecuencia la inadecuada planeación gubernamental no alcanza a garantizar la plenitud de ese derecho, dejando en muchos casos en estado de vulnerabilidad a los menos favorecidos, para esos casos, el Juicio de Amparo ha constituido el medio más eficaz contra su inadecuada garantía.

La Reforma Constitucional de Derechos Humanos del 10 de junio del año 2011 y su análoga en materia de Juicio de Amparo del 6 de junio del mismo año, creó un ecosistema jurídico apto para soluciones garantistas de los derechos humanos, se creó, en palabras de Salazar Ugarte (2014) el llamado “bloque de constitucionalidad de los derechos”¹, desde ese momento, la mayoría de los jueces optaron por dar mayor amplitud a los derechos humanos a través de la justiciabilidad directa, en este caso, de derechos que durante algún tiempo se consideraron de carácter presupuestal y programáticos.

En el caso del derecho a la salud, éste durante mucho tiempo se le concibió como un derecho netamente dependiente del presupuesto y programación, enfoque tradicional que data de la época de Otto Von Bismarck, quien estableció donde se estableció el primer modelo de seguridad social para los trabajadores, redefiniendo, en aquel momento (1881), la relación entre la población, la salud y el Estado²; sin embargo, las exigencias sociales actuales, hacen complicado seguir esquemas de hace décadas.

En México, la interpretación del derecho a la salud requiere un enfoque más allá de las metodologías lineales. Para ello, es esencial involucrar una perspectiva que abarque las ciencias de la complejidad, como lo sugiere Rolando García³ en el ámbito de la investigación interdisciplinaria, complementado por el análisis jurídico de Mancha Romero⁴ y las aportaciones de Jayasinghe⁵ en las ciencias de la salud. Dentro de este enfoque multidimensional, se hace imperativo considerar la desigualdad y la pobreza no solo como consecuencias sino también como indicadores críticos para evaluar la accesibilidad al derecho a la salud en México.

Este análisis se profundiza al considerar los marcados contrastes en la desigualdad de los servicios de salud y la percepción pública de los mismos. En los medios de comunicación, se visibiliza la crisis que viven los sistemas de salud alrededor del mundo, con presupuestos y recursos que cada día son más escasos, y con una demanda que se acrecienta de forma

exponencial. Las oportunidades de bienestar en los países en desarrollo, entre ellos México, deben venir acompañados de igualdad de oportunidades para el disfrute y goce de los derechos reconocidos por la nación, siendo asequible el acceso a médicos, medicinas e instalaciones de salud⁶.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, intérprete del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, refuerza esta visión mediante su Observación General Número 14. Este documento establece cuatro pilares esenciales para la interpretación adecuada del derecho a la salud, que son fundamentales para la creación de políticas y a su vez, que sea una guía de interpretación judicial, que respondan a las necesidades de salud de toda persona (Tabla 1).

Derivado de lo anterior, la protección del derecho a la salud conlleva diversas responsabilidades por parte de las autoridades, la garantía del derecho a la salud no se centra solo en la creación de instituciones de seguridad social, implica respetar los elementos esenciales para que la persona pueda acceder en cualquier momento a todo lo que implica gozar de niveles de salud, de la forma en que la Ley General de Salud la define en su artículo 1º Bis “un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”⁷.

En México, existen disparidades en el acceso a los servicios de salud en diversas regiones, contrastes que se observan también de acuerdo con el nivel socioeconómico de la población, lo que refleja una desigualdad en la acción pública. Por ello la salud, se entiende como el factor clave para el bienestar, desarrollo y mitigar la pobreza. La seguridad social en la nación debe transitar hacia la portabilidad, reducir la desigualdad y mejorar su acceso, ello permitirá la disminución de los costos adicionales en la salud; considerando que de lo contrario se tendrán implicaciones en la productividad de la fuerza laboral, y en el desarrollo de las familias⁸.

De acuerdo con el Consejo Nacional para la Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), existe una tarea pendiente en la accesibilidad física y económica de los servicios de salud, se requiere incrementar la infraestructura en las regiones rurales y la efectividad de los servicios⁹ (Tabla 2).

Con referencia a la tabla 2, para 2020, las entidades con mayor población con carencia de servicios de salud fueron: Chiapas, Hidalgo, Jalisco, Michoacán de Ocampo, Morelos, México, Oaxaca, Puebla, Tabasco, y Veracruz de Ignacio de la Llave.

Durante la década 2008-2018, se registró una disminución del 2.5% en la tasa de pobreza y del 3.6% en la pobreza extrema. Sin embargo, el acceso a la salud pública sigue siendo limitado,

Tabla 1. Elementos del derecho a la salud contenido en la Observación General Núm. 14.

Elemento esencial	Contenido
Disponibilidad	Cada Estado Parte contará con una suficiencia en la infraestructura de salud e instituciones del sector, así como sus programas.
Accesibilidad	Contempla cuatro dimensiones: A. No discriminación. B. Accesibilidad física. C. Asequibilidad. D. Acceso a la información.
Aceptabilidad	Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados.
Calidad	Los establecimientos, bienes y servicios deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y de buena calidad. Ello requiere personal capacitado, medicamentos y equipo hospitalario, con las certificaciones adecuadas, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.

Fuente: Elaboración propia con base en la Organización de las Naciones Unidas.

Tabla 2. Porcentaje de población con carencia a los servicios de salud periodo 2000 – 2020.

Entidad Federativa	2000	2010	2015	2020
Nacional	58.6	33.6	16.7	21.5
Aguascalientes	43.7	17.1	12.0	14.3
Baja California	42.5	28.2	16.5	18.6
Baja California Sur	39.6	24.0	12.7	11.4
Campeche	61.3	18.0	11.3	17.0
Coahuila de Zaragoza	28.9	21.5	13.2	14.5
Colima	51.1	16.7	11.5	12.7
Chiapas	81.6	43.3	17.1	29.9
Chihuahua	41.1	24.7	10.7	12.0
Ciudad de México	47.1	33.2	20.2	21.9
Durango	50.1	29.0	15.6	21.2
Guanajuato	65.5	27.6	14.1	15.7
Guerrero	79.3	46.6	14.9	21.1
Hidalgo	70.5	32.6	16.9	25.1
Jalisco	54.8	34.1	18.0	23.7
México	58.0	39.6	20.2	27.2
Michoacán de Ocampo	73.3	44.8	25.2	32.6
Morelos	64.3	34.4	15.2	22.9
Nayarit	58.8	22.6	15.3	16.8
Nuevo León	32.0	20.3	10.7	13.2
Oaxaca	77.1	44.5	17.0	26.6
Puebla	74.1	50.6	19.4	24.3
Querétaro	53.6	26.0	13.0	17.1
Quintana Roo	52.7	31.1	17.1	18.5
San Luis Potosí	62.0	24.4	9.8	13.8
Sinaloa	46.1	22.5	13.7	16.7
Sonora	42.4	24.3	12.6	13.9
Tabasco	70.3	23.9	14.2	24.4
Tamaulipas	47.5	23.0	13.8	16.3
Tlaxcala	69.8	36.8	16.0	21.4
Veracruz de Ignacio de la Llave	68.9	40.2	20.1	23.8
Yucatán	54.4	22.9	12.8	17.9
Zacatecas	67.2	28.3	12.5	16.0

Fuente: Elaboración propia con base en CONEVAL.

Tabla 3. Población según condición de afiliación a servicios de salud por entidad federativa para el año 2020.

Entidad federativa	Total	Afiliada	No afiliada	No especificado	Porcentaje de la población afiliada	Porcentaje de la población no afiliada	Porcentaje de la población no especificada
Estados Unidos Mexicanos	126,014,024	92,582,812	32,999,713	431,499	73.47%	26.19%	0.34%
Aguascalientes	1,425,607	1,161,139	262,088	2,380	81.45%	18.38%	0.17%
Baja California	3,769,020	2,905,265	836,317	27,438	77.08%	22.19%	0.73%
Baja California Sur	798,447	664,122	129,270	5,055	83.18%	16.19%	0.63%
Campeche	928,363	719,677	203,304	5,382	77.52%	21.90%	0.58%
Coahuila de Zaragoza	3,146,771	2,540,708	597,373	8,690	80.74%	18.98%	0.28%
Colima	731,391	605,947	123,074	2,370	82.85%	16.83%	0.32%
Chiapas	5,543,828	3,698,663	1,814,782	30,383	66.72%	32.74%	0.55%
Chihuahua	3,741,869	3,156,294	574,108	11,467	84.35%	15.34%	0.31%
Ciudad de México	9,209,944	6,689,012	2,502,789	18,143	72.63%	27.17%	0.20%
Durango	1,832,650	1,366,665	461,394	4,591	74.57%	25.18%	0.25%
Guanajuato	6,166,934	4,874,661	1,275,190	17,083	79.05%	20.68%	0.28%
Guerrero	3,540,685	2,632,004	891,961	16,720	74.34%	25.19%	0.47%
Hidalgo	3,082,841	2,149,373	928,550	4,918	69.72%	30.12%	0.16%
Jalisco	8,348,151	5,835,710	2,452,519	59,922	69.90%	29.38%	0.72%
México	16,992,418	11,267,677	5,672,574	52,167	66.31%	33.38%	0.31%
Michoacán de Ocampo	4,748,846	2,954,556	1,784,629	9,661	62.22%	37.58%	0.20%
Morelos	1,971,520	1,416,884	552,170	2,466	71.87%	28.01%	0.13%
Nayarit	1,235,456	960,563	273,039	1,854	77.75%	22.10%	0.15%
Nuevo León	5,784,442	4,681,465	1,072,664	30,313	80.93%	18.54%	0.52%
Oaxaca	4,132,148	2,904,703	1,215,990	11,455	70.30%	29.43%	0.28%
Puebla	6,583,278	4,650,982	1,921,945	10,351	70.65%	29.19%	0.16%
Querétaro	2,368,467	1,873,160	486,467	8,840	79.09%	20.54%	0.37%
Quintana Roo	1,857,985	1,365,328	468,580	24,077	73.48%	25.22%	1.30%
San Luis Potosí	2,822,255	2,327,452	490,284	4,519	82.47%	17.37%	0.16%
Sinaloa	3,026,943	2,447,515	575,115	4,313	80.86%	19.00%	0.14%
Sonora	2,944,840	2,391,479	547,727	5,634	81.21%	18.60%	0.19%
Tabasco	2,402,598	1,645,089	755,484	2,025	68.47%	31.44%	0.08%
Tamaulipas	3,527,735	2,803,407	713,859	10,469	79.47%	20.24%	0.30%
Tlaxcala	1,342,977	964,599	356,641	21,737	71.83%	26.56%	1.62%
Veracruz de Ignacio de la Llave	8,062,579	5,825,533	2,228,480	8,566	72.25%	27.64%	0.11%
Yucatán	2,320,898	1,810,121	505,108	5,669	77.99%	21.76%	0.24%
Zacatecas	1,622,138	1,293,059	326,238	2,841	79.71%	20.11%	0.18%

Fuente: Elaboración propia con base en INEGI (2021).

especialmente en comunidades aisladas, donde 2% de la población enfrenta más de dos horas de traslado para recibir atención médica de emergencia. Además, hay una gestión ineficiente de los recursos financieros destinados a la salud, con un considerable 40% de los gastos médicos cubiertos directamente por las familias en 2016. En el mismo año, la proporción de médicos especialistas fue de 0.71 por cada mil habitantes, por debajo de la media nacional de 0.88¹⁰. Esta situación refleja los desafíos de las políticas públicas en salud

que, por su naturaleza cíclica y la necesidad de consensos, a menudo tardan en adaptarse y resolver integralmente las problemáticas, lo que puede afectar la eficacia del derecho a la salud en sintonía con los principios de derechos humanos (Tabla 3).

El crecimiento de la población mexicana en un 29% en los últimos veinte años, sumado al aumento de la población mayor de 65 años al 8.1% y a los retos de salud pública como

Tabla 4. Población con afiliación a servicios de salud por entidad federativa según institución para el año 2020

Entidad federativa	Total	IMSS	ISSSTE	ISSSTE estatal	Pemex, Defensa o Marina	Instituto de Salud para el Bienestar	IMSS-Bienestar	Institución privada	Otra institución
Estados Unidos Mexicanos	92,582,812	47,245,909	7,165,164	1,041,534	1,192,255	32,842,765	958,787	2,615,213	1,149,542
Aguascalientes	1,161,139	780,525	92,771	3,786	3,196	271,996	1,680	31,789	3,179
Baja California	2,905,265	1,995,530	152,274	86,380	14,012	515,855	19,862	131,967	44,490
Baja California Sur	664,122	408,856	101,745	2,549	10,772	139,342	3,576	12,335	2,516
Campeche	719,677	288,186	62,638	2,070	32,088	327,334	8,950	7,441	2,914
Coahuila de Zaragoza	2,540,708	2,085,705	193,655	6,136	8,001	181,821	12,289	82,868	30,846
Colima	605,947	362,244	49,082	1,259	11,047	179,704	2,774	9,344	3,016
Chiapas	3,698,663	672,681	212,030	46,562	38,656	2,538,415	169,403	32,965	31,976
Chihuahua	3,156,294	2,043,251	172,774	28,073	10,831	688,684	31,733	127,454	120,058
Ciudad de México	6,689,012	3,881,545	1,128,554	12,484	104,474	1,203,824	21,158	444,160	93,084
Durango	1,366,665	744,664	185,483	7,012	8,406	404,554	16,703	16,765	5,967
Guanajuato	4,874,661	2,259,062	280,660	15,670	45,080	2,181,882	22,771	93,767	25,720
Guerrero	2,632,004	506,026	293,979	12,943	38,016	1,744,754	36,293	14,282	9,051
Hidalgo	2,149,373	744,201	221,985	10,312	34,160	1,097,048	22,969	24,978	21,204
Jalisco	5,835,710	4,149,528	222,298	9,792	23,536	1,213,421	17,404	244,435	60,763
México	11,267,677	5,983,389	828,041	359,266	141,504	3,449,337	66,031	276,048	289,383
Michoacán de Ocampo	2,954,556	1,207,045	282,942	11,393	15,176	1,372,093	41,892	44,075	17,911
Morelos	1,416,884	616,556	148,496	4,263	11,688	618,457	6,207	24,432	6,869
Nayarit	960,563	464,297	122,902	6,565	6,392	346,383	21,313	12,946	5,562
Nuevo León	4,681,465	3,596,116	178,747	41,527	28,744	558,212	10,068	330,130	86,910
Oaxaca	2,904,703	583,455	263,783	12,030	60,888	1,901,352	97,052	19,135	11,642
Puebla	4,650,982	1,445,433	218,559	97,861	34,972	2,721,081	54,956	90,326	41,363
Querétaro	1,873,160	1,121,262	92,561	4,022	7,753	587,007	9,255	87,908	9,582
Quintana Roo	1,365,328	827,522	106,142	6,087	10,764	383,986	7,433	33,527	8,445
San Luis Potosí	2,327,452	1,116,471	163,446	6,235	8,967	961,896	43,932	64,964	10,662
Sinaloa	2,447,515	1,516,933	252,973	12,432	17,561	629,386	18,879	41,489	19,365
Sonora	2,391,479	1,579,466	154,084	129,718	14,380	465,170	10,138	81,309	18,961
Tabasco	1,645,089	498,783	104,707	67,073	96,613	794,894	14,168	21,543	66,451
Tamaulipas	2,803,407	1,670,262	221,675	13,270	83,736	735,690	16,284	59,873	49,134
Tlaxcala	964,599	322,989	79,441	5,438	6,488	531,286	4,519	15,440	8,662
Veracruz de Ignacio de la Llave	5,825,533	2,266,970	350,652	9,661	240,294	2,828,959	108,127	69,749	30,721
Yucatán	1,810,121	980,491	116,856	4,944	19,019	628,098	26,576	60,097	9,348
Zacatecas	1,293,059	526,465	109,229	4,721	5,041	640,844	14,392	7,672	3,787

Fuente: Elaboración propia con base en INEGI¹³.

el 13.5% de prevalencia de tabaquismo y el 28.9% realizando insuficiente actividad física, señala un entorno complejo para la efectividad del derecho a la salud. En 2020, con un 73.47% de la población afiliada a la seguridad social y un 26.19% no afiliada¹¹, estos datos reflejan los desafíos en la cobertura y eficacia del sistema de salud de México, poniendo de relieve la necesidad de fortalecer las políticas de salud para atender a una población en envejecimiento y con hábitos que aumentan la carga sanitaria¹² (Tabla 4).

La afiliación predominante al IMSS en México en 2020, seguida por el Instituto de Salud para el Bienestar y el ISSSTE, subraya su rol crucial en el acceso a la salud. Sin embargo,

los costos médicos que recaen en las familias contribuyen a la pobreza y desafían la eficacia del derecho a la salud, reflejando una realidad global donde 800 millones de personas gastan al menos el 10% de su presupuesto en salud. Esto evidencia la complejidad de alcanzar el bienestar bajo los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la necesidad de políticas que mitiguen el impacto financiero de la atención médica en la prosperidad familiar¹⁴.

La investigación propone que, pese a las garantías constitucionales y la infraestructura del sistema de salud en México, como lo establece el artículo 4º de la Constitución y que se desarrolla en la Ley General de Salud y el IMSS, estos

mecanismos resultan insuficientes para asegurar plenamente el derecho a la salud. Se sostiene que la efectividad de los mandatos constitucionales y legales no deben depender exclusivamente de la implementación por parte de los poderes legislativo y ejecutivo.

En este contexto, la justiciabilidad de los derechos humanos y el papel activo del poder judicial se tornan fundamentales. La investigación se centra en examinar las particularidades del derecho humano al acceso a los servicios de salud, su garantía integral y gratuita, y el papel crucial del juicio de amparo como mecanismo de defensa, ante la falta de cumplimiento o violación de este derecho; trascendiendo así las medidas de política pública tradicionales.

Materiales y métodos

La investigación utiliza los enfoques cualitativos para analizar los criterios del Poder Judicial de la Federación en torno al derecho a la salud. El sistema constitucional que se ha ido construyendo en México da pautas a buscar soluciones novedosas para la protección de los derechos humanos, desde el momento en que los jueces pueden interpretarlos sistémicamente con los tratados internacionales en la materia, así como analizar los criterios orientadores de los órganos consultivos de los tratados, se está dando un gran paso en la defensa de los derechos fundamentales.

En la metodología de este estudio, también se emplea un enfoque interdisciplinario que excede las metodologías convencionales, inspirado en los principios de las ciencias de la complejidad tal como se señaló en la primera sección. Este enfoque multidimensional se apoya en un análisis jurídico detallado y en los hallazgos pertinentes de las ciencias de la salud, permitiendo una evaluación integral de cómo la desigualdad y la pobreza actúan tanto de consecuencias como de indicadores fundamentales para comprender y mejorar el acceso al derecho a la salud en México.

Se analizan algunos criterios jurisprudenciales y sentencias, así como fuentes doctrinarias en torno al juicio de amparo, de igual forma, en un ejercicio de litigio estratégico, se interpusieron unos amparos para garantizar el derecho a la salud, dando como resultados no solo el margen de protección del peticionario, sino un criterio de los pocos que hay en donde un juez revisa el tema de la salud¹⁵.

Resultados

La Reforma Constitucional de Derechos Humanos y de Amparo del año 2011 crearon un sistema ampliado de garantías que permitió, entre muchas cosas, la justiciabilidad directa de derechos que hasta hace poco eran considerados de carácter programático o presupuestal, tales como el derecho a la salud.

Históricamente, después de la Segunda Guerra Mundial, se conjuntaron valores y principios para otorgar a los derechos fundamentales una naturaleza no solo subjetiva, sino garante de la dignidad humana. El Juicio de Amparo, de esta forma, tutela el derecho fundamental, y son los tribunales y juzgados quienes interpretan la norma:

“Si bien el amparo ha surgido como un instrumento procesal de fortalecimiento de dichos derechos, también es cierto que en la actual hora democrática existen déficits de institucionalidad estatal y social que llevan a concebir al amparo como un noble sueño o como una pesadilla. Es un noble sueño en la medida en que los jueces deben aplicar el derecho existente y no crear nuevas normas, aun cuando la Constitución y las leyes no ofrezcan una regla determinada para resolver un amparo. Ello supone partir de una noción positivista y normativista del proceso de amparo, que se encuentra regulado por la norma constitucional y legal, las cuales delimitan la función interpretativa del juez constitucional y los alcances de sus sentencias”¹⁶.

La actuación de los jueces, en esta tarea, responde a la exigencia social que motiva la generación de criterios jurisprudenciales. Estos procesos tensionan los viejos paradigmas del vínculo entre la función judicial y legislativa, siendo los tribunales quienes terminan aclarando la letra constitucional vigilando el ejercicio de los derechos. Con lo anterior, el papel del Estado se ha visto robustecido con una mayor tutela y protección de los derechos fundamentales. En materia de salud, la contaminación industrial, la globalización, la aparición de nuevas enfermedades y las adicciones han modificado los alcances de estos servicios; instituyen una preocupación para el cuidado del bienestar y la calidad de vida.

En el caso del ejercicio del derecho a la salud, este incluye el acceso a medicamentos, tratamientos médicos y todo lo concerniente al derecho a la vida. La nueva juridicidad ha dado cabida a interpretaciones sobre los derechos sociales, generando un debate sobre sus límites, con reflexiones que conllevan decisiones que modifican el rol del Estado, hacia una progresión de la protección del derecho.

La Reforma Constitucional del año 2011 en materia de derechos humanos configuró la vida social del país, bajo los efectos de la sentencia decretada por la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) en el caso Radilla Pacheco que dio lugar a la sentencia Varios 912/2010 de la Suprema Corte de Justicia de la Nación. Un acto que definió la obligatoriedad de las sentencias dictadas por la CIDH en los asuntos en que México sea parte. Con esto, los derechos humanos deben ser estudiados no solo desde el enfoque interno sino también internacional, estableciendo parámetros para su interpretación.

Tabla 5. Instrumentos internacionales suscritos por México que hacen referencia al derecho a la salud

Tratado internacional	Artículos que hacen referencia a la salud
Convenio Internacional sobre Eliminación de todas la Formas de Discriminación Racial, 1965 ¹⁷ .	<p>Artículo 5: En conformidad con las obligaciones fundamentales estipuladas en el artículo 2 de la presente Convención, los Estados partes se comprometen a prohibir y eliminar la discriminación racial en todas sus formas y a garantizar el derecho de toda persona a la igualdad ante la ley, sin distinción de raza, color y origen nacional o étnico, particularmente en el goce de los derechos siguientes: (...) iv) El derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales; (...)</p>
Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966 ¹⁸ .	<p>Artículo 12: 1. Los Estados Partes 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 Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para: a) La reducción de la mortinatalidad 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 médica y servicios médicos en caso de enfermedad.</p>
Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, 1979, artículo 11 y 12 ¹⁹ .	<p>Artículo 11 1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera del empleo a fin de asegurar a la mujer, en condiciones de igualdad con los hombres, los mismos derechos, en particular: e) El derecho a la seguridad social, en particular en casos de jubilación, desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otra incapacidad para trabajar, así como el derecho a vacaciones pagadas; f) El derecho a la protección de la salud y a la seguridad en las condiciones de trabajo, incluso la salvaguardia de la función de reproducción. Artículo 12 1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia. 2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 1 supra, los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.</p>
Convención sobre Derechos del Niño, 1989, artículo 24 ²⁰ .	<p>Artículo 24 1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios. 2. Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para: a) Reducir la mortalidad infantil y en la niñez; b) Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud; c) Combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente; d) Asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres; e) Asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos; f) Desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia. 3. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños. 4. Los Estados Partes se comprometen a promover y alentar la cooperación internacional con miras a lograr progresivamente la plena realización del derecho reconocido en el presente artículo. A este respecto, se tendrán plenamente en cuenta las necesidades de los países en desarrollo.</p>

Fuente: Elaboración propia con base en la revisión de los tratados internacionales de derechos humanos suscritos por México.

En este tenor, México ha suscrito documentos importantes en materia de derechos humanos, en particular algunos que hacen referencia al derecho a la salud son (Tabla 5):

Derivado de la tabla anterior, en México mucho antes de la Reforma Constitucional de Derechos Humanos del 2011, ya se contaba con un marco jurídico ampliado sobre el derecho a la salud, para lo cual, algunas conclusiones de la tabla anterior son:

- Los tratados internacionales suscritos ya establecían el derecho a la salud pública como un servicio que debe ser accesible a todos sin discriminación, asegurando la asistencia médica integral y los servicios sociales necesarios para el bienestar de la población.
- Se subraya la responsabilidad del Estado en la prevención y tratamiento de enfermedades de todo tipo, incluidas las epidemias, así como en la creación de infraestructuras de salud que garanticen la asistencia médica universal en caso de enfermedad.
- Ya se preveía la seguridad social y la eliminación de la discriminación en el acceso a la atención médica.
- Ya se destacaba el compromiso de asegurar que ningún niño sea privado del derecho a servicios sanitarios y de promover la atención sanitaria prenatal y postnatal para las madres, lo que refleja la importancia de un enfoque de ciclo de vida en la atención sanitaria.
- Los tratados enfatizan el desarrollo de la atención sanitaria preventiva y la educación en salud, incluida la orientación a los padres y los servicios de planificación familiar, como elementos clave para mejorar la calidad de vida y el acceso a los servicios médicos.

Desde la década de 1960, México contaba con un marco jurídico internacional de referencia para asegurar el derecho a la salud en distintas áreas. Sin embargo, la política pública no se alineó con estos principios, dejando a muchas personas en una situación de indefensión durante un largo período. A pesar de esto, el ámbito jurisdiccional adoptó las ampliaciones más significativas del derecho a la salud, estableciendo criterios que enfatizan aspectos como la no discriminación, el acceso oportuno y especializado a la atención médica, y la disponibilidad de medicamentos, todo esto, incluso antes de la Reforma Constitucional de Derechos Humanos de 2011.

Un primer antecedente data del 9 de diciembre de 1996, cuando una persona positiva al virus de inmunodeficiencia (VIH), solicitó amparo judicial contra el Sector Salud de México por no incluir en el Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos de 1996 algunos fármacos necesarios para su tratamiento.

El Juez Octavo de Distrito en Materia Administrativa en el Distrito Federal, el 21 de mayo de 1997, decidió cerrar el caso y negar el amparo a la persona. La Suprema Corte de Justicia de la Nación revocó esta decisión el 25 de octubre de 1999, estableciendo que el derecho a la protección de la salud incluye el derecho subjetivo a recibir los medicamentos esenciales para el tratamiento de enfermedades, como parte fundamental del servicio básico de atención médica²¹.

Otro asunto es sobre una sentencia que dictaminó la inconstitucionalidad de la fracción V del artículo 24 de la Ley del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los trabajadores del Estado (ISSSTE), que discriminaba en el acceso a los servicios de salud del ISSSTE entre esposas y esposos de trabajadores. Mientras que a las esposas se les otorgaba el acceso a los servicios solo con demostrar el matrimonio, los esposos necesitaban ser mayores de 55 años, estar incapacitados o depender económicamente de la trabajadora para acceder a los mismos servicios. La Suprema Corte de Justicia de la Nación, el 18 de mayo de 1999, votó a favor de otorgar amparo a las quejas. La decisión tuvo como efecto que la norma impugnada no se les aplicara, permitiendo así que pudieran incorporar a sus esposos o concubinarios al sistema de seguro social sin las restricciones de edad o incapacidad previamente impuestas, alineándose con la garantía de igualdad establecida en el artículo 4º constitucional²².

Otro asunto versó sobre la negativa de la Secretaría de Salud del Estado de Tlaxcala, la cual se negó a ofrecer atención médica y a autorizar el traslado de un individuo en carácter de procesado a un hospital especializado, a pesar de que este último presentaba problemas de salud que requerían atención especializada. Derivado de lo anterior, el Segundo Tribunal Colegiado del Sexto Circuito, el 15 de noviembre de 1995, falló que la negativa de la autoridad de proporcionar atención médica y de trasladar al procesado a un hospital especializado constituía una violación de su derecho constitucional a la protección de la salud, según el artículo 4º²³.

Otro caso vinculado con la reciente pandemia de la COVID-19, fue en el que con fecha 12 de marzo de 2020, el Juzgado Primero de Distrito en el Estado de Oaxaca, otorgó suspensión de oficio y de plano en contra de los actos que se reclamaron en el juicio de amparo 290/2020. El juez estableció la procedencia de la medida cautelar al comprobar que no existieran estrategias y políticas sanitarias idóneas para prevenir y controlar los casos de coronavirus, particularmente las encaminadas a la detección inmediata de la población infectada. Es relevante señalar que el artículo 126 de la Ley de Amparo señala que la suspensión se otorgará de oficio y de plano cuando los actos pongan en peligro la vida y la libertad, por lo que un elemento que analizó el amparo es si la parte quejosa se situaba en alguno de estos supuestos²⁴.

Otro caso para destacar y que fue parte del litigio estratégico emprendido en colaboración con otros juristas que se acreditan la representación, es la demanda de amparo que ante el Juez Séptimo de Distrito en el Estado de Tabasco promovió Marcos Mendoza (*hijo*), en favor de Roberto Mendoza (*padre*), registrado con el folio 7905. En él se aduce que las autoridades responsables emitieron proporcionar atención médica adecuada y poner en peligro su integridad física e incluso su vida, pues las autoridades responsables incurrieron en diversas omisiones tales como intervenciones quirúrgicas, suministrar oportunamente los medicamentos e insumos necesarios, tratamientos, atención profesional y los cuidados indispensables, todo ello para garantizar la recuperación de su salud, siendo objeto de falta de atención médica, a pesar de encontrarse afiliado como beneficiario en el IMSS, con el agregado médico 4M19550R, que se le asignó al directo quejoso por haberlo afiliado el promovente con su número de seguridad social 8396771181-9, correspondiéndole la Unidad Médica Familiar Clínica 047.

Lo anterior, como resultado de malas prácticas de atención en el área de urgencias, tiempos largos de atención que ocasionaron secuelas y negligencia en el área de hospitalización. Por ello, se decretó al momento de la admisión de la demanda de oficio y de plano la suspensión de los actos reclamados; de modo que el juzgador obligó a las autoridades responsables a otorgar un tratamiento adecuado y que fuera atendido respecto del padecimiento que manifiesta el quejoso pudiera tener, ponderando su integridad física y le sean realizadas las intervenciones quirúrgicas que conforme a sus malestares necesite, además le sean proporcionados los medicamentos que le sean recetados con la debida prontitud que el caso amerite, lo que también podría suceder de forma subrogada.

En ese asunto, las autoridades señaladas como responsables tienen la obligación de respetar el derecho a la salud, consagrado en el artículo cuarto constitucional. Además, se manifestó que ello, es congruente con la tesis aislada 1. 13º. A.1 K (11a.), emitida por el Décimo Tercer Tribunal Colegiado en Materia Administrativa del Primer Circuito, que expone lo siguiente: “SUSPENSIÓN DE PLANO EN EL AMPARO INDIRECTO. PROCEDE CONCEDERLA CONTRA LA OMISIÓN DE BRINDAR ATENCIÓN MÉDICA, AL PONERSE EN PELIGRO LA INTEGRIDAD FÍSICA E, INCLUSO, LA VIDA DEL QUEJOSO, AUN CUANDO EXISTA LA PRESUNCIÓN DE QUE EN UN DIVERSO JUICIO DE AMPARO SE DECRETÓ ESA MEDIDA CAUTELAR POR LOS MISMOS ACTOS”. Sirve de aplicación a lo anterior, la jurisprudencia 1a./J.8/2019 (10a) de la Décima Época, con registro 2019358, consultable en la Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, Libro 63, febrero de 2019, Tomo I, materia constitucional, página 486, del rubro y texto siguientes: “DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD. DIMENSIONES INDIVIDUAL Y SOCIAL”.

De lo anterior, se ordenó a las autoridades responsables remitir al Juzgado de Distrito el certificado médico correspondiente, en el término de veinticuatro horas contadas a partir de que sean legalmente notificados del presente requerimiento. Asimismo, requiérase a las autoridades señaladas como responsables para que dentro del mismo término informen acerca de la forma y términos en que den cumplimiento a esta medida suspensiva²⁵. Con esto, se observa como el amparo ha sido una vía para reclamar la protección del derecho a la salud, de manera pronta y expedita, de modo que se cumplan con los términos constitucionales.

A pesar de contar con un marco jurídico internacional desde la década de 1960, ha habido una desconexión entre este y las políticas públicas implementadas en México. Esto ha resultado en una protección inadecuada del derecho a la salud para muchas personas durante largos períodos. Las decisiones judiciales han jugado un papel crucial en la ampliación y protección del derecho a la salud. Casos como el acceso a medicamentos esenciales para personas con VIH y la eliminación de discriminaciones en el acceso a los servicios de salud ilustran la importancia del sistema judicial en la defensa y expansión de los derechos de salud.

Lo anterior se liga con lo señalado en el artículo cuarto de la Constitución Mexicana, operando el sistema de salud nacional. Con ello, el Estado se obliga a satisfacer estos servicios; debe afrontar fenómenos que alteran la integridad de las personas, los que pueden ocasionar violaciones a este derecho. Existe una demanda insatisfecha de medicinas, cirugías y atención médica que se junta con la carencia de infraestructura, equipamiento e insumos²⁶.

“Las tendencias futuras que se delinean muestran un escenario donde probablemente se requiera de ajustes institucionales para adecuar el actual sistema de salud a los estándares constitucionales. La complejidad de estos ajustes podría requerir no solo interpretaciones jurisprudenciales, sino acuerdos políticos expresados en marcos legales que implementen esos compromisos y los desarrollen en servicios y políticas. El debate en los órganos de representación popular permitiría fijar reglas institucionales más coherentes, estables y legítimas. También podría contribuir a lograr este ajuste entre normas y políticas, la recomposición efectiva del rol rector del gobierno federal que establece la ley, y una mejora en los mecanismos de articulación entre el gobierno federal con los gobiernos locales. Si bien no se afirma que en el corto plazo <se esté consolidando este escenario, sería deseable avanzar en dirección a restituir garantías amplias y condiciones equitativas en salud”²⁷.

La jurisprudencia ha permitido el desarrollo y descripción de ciertos conceptos que aclaran la garantía del derecho, como lo es el mínimo vital, la calidad de vida, el derecho a servicios básicos o sustanciales; orientando el quehacer de los jueces y magistrados a nuevos horizontes del derecho. Y es que hablar de salud, conlleva a diversas dimensiones que van más allá de la ausencia de enfermedad, incluye aquello que se requiere para mantener la salud. Entendido que la salud es un servicio público que genera derechos prestacionales y que se vincula con otros derechos como el concerniente a la vida, al trabajo y la garantía de diversas libertades.

La siguiente matriz es un resumen de los casos mencionados anteriormente y muestran de que con reforma constitucional o no en materia de derechos humanos, el Poder Judicial siempre, a través del Amparo ha sido un órgano garante (Tabla 6):

La normatividad constitucional es genérica, por lo que los derechos constitucionales son expresados de forma general, otorgando al juez su interpretación, siendo discrecional, lo que ha permitido discutir en los fallos de tutela en materia de salud. La integralidad que tiene la salud incrementa sus alcances, a lo que el Estado y la sociedad deben propiciar un entorno donde no se menoscabe este servicio. Es notorio, entonces, que, a través de las tesis y las jurisprudencias, se observa cómo se ha ampliado la visión de este derecho²⁸.

Hasta hace poco este derecho era considerado como un derecho programático del cual solo podía ser garante el Estado si contara con los recursos financieros necesarios para ello, siendo así imposible ser reclamado ante los tribunales. No existían medios institucionales para su exigencia en caso de omisiones o violaciones, no obstante, el Amparo, siempre se ha representado como un recurso de protección eficaz.

Tabla 6. Avances del Poder Judicial de la Federación en efectividad del derecho a la salud

Caso	Conceptos clave	Detalles Relevantes
VIH 1996-1999	Acceso a Medicamentos, Derechos del Paciente	Inicialmente se negó el amparo para incluir medicamentos esenciales en el tratamiento del VIH. En 1999, la Suprema Corte revocó esta decisión, reconociendo el derecho a recibir estos medicamentos.
Ley del ISSSTE 1999	No Discriminación, Igualdad de Género	La Suprema Corte determinó la inconstitucionalidad de una disposición que discriminaba en el acceso a los servicios de salud basado en género, estableciendo un precedente en términos de igualdad.
Tlaxcala 1995	Atención Médica, Protección Legal	El Tribunal Colegiado falló que la negativa de atención médica especializada violaba el derecho constitucional a la salud.
COVID-19 2020	Urgencia y Emergencia, Políticas de Salud	Se otorgó una suspensión debido a la falta de políticas adecuadas para manejar la pandemia, subrayando la importancia de la respuesta de emergencia en la salud pública.
Tabasco COVID-19 2021	Atención Médica, Derechos del Paciente	Demanda de amparo por no proporcionar atención médica adecuada e incurrir en omisiones que afectaron la integridad física y la vida del paciente, resaltando la necesidad de una atención médica oportuna y completa.

Fuente: Elaboración propia.

Las reformas constitucionales en materia de derechos humanos han transitado con ayuda de la interpretación que se establece en el poder judicial. La Ley General de Salud por sí sola no puede ser garante, de igual manera, no esclarece las prerrogativas en su materia, lo que dificulta su ejecución, de allí las bondades de la justiciabilidad del derecho al avanzar en esta tarea²⁹.

De acuerdo con Cisneros³⁰: “El Poder Judicial de la Federación debe equilibrar y, en su caso, limitar las acciones presidenciales con neutralidad política y altitud de miras. Ese es uno de los objetivos de las reformas del artículo 1º constitucional y al juicio de amparo del año 2011, cuya piedra angular fue garantizar la máxima eficacia de los Derechos Humanos. El artículo 4º constitucional establece que todos tienen derecho a la protección de la salud. Consecuentemente, toda negación o restricción presupuestaria viola este derecho humano. Por otra parte, antes sólo podían pedir amparo las personas

que sufrieran un agravio personal y directo. Ese requisito cambió por el de interés legítimo individual o colectivo. Esto significa que ahora pueden pedir amparo, en forma individual o en grupo, todas las personas que sean afectadas negativamente por el cambio de una situación jurídica existente. Así, pues, pueden pedir amparo todas las personas a las que una ley, acto u omisión de la autoridad viole alguno de los derechos humanos. La reducción del presupuesto para la salud viola el artículo 4º constitucional, porque al reducir el personal médico y los medicamentos afecta la situación y condición en que antes se prestaba ese servicio”.

Discusión

En los tiempos recientes, donde la salud encuentra una etapa más compleja, casos como la pandemia de COVID-19 transformó el entorno internacional, las naciones establecieron medidas prioritarias para atenderla, tomando como referencia

lo definido por la Organización Mundial de la Salud. Bajo estos esquemas y políticas de mitigación y control, no solo los pacientes sino también el personal médico enfrentó condiciones adversas en materia de seguridad y de su propia protección de la salud. Con este escenario, debió ser papel del poder judicial, analizar si los equipos de protección y las políticas implementadas eran idóneas para la seguridad del personal en salud. La pandemia, visibilizó los problemas del sistema de salud y sus deficiencias estructurales que ya venían persistiendo. El Poder Judicial es quien tiene la facultad de garantizar los derechos, aún más en tiempos de donde la política pública no ha encontrado solución³¹.

Los ejemplos citados, que incluyen la negación de medicamentos esenciales, discriminación basada en género en el acceso a los servicios de salud, y la falta de atención médica adecuada, demuestran tanto las fallas en el sistema de salud como los esfuerzos por corregir estas deficiencias a través de decisiones judiciales; El caso relacionado con la COVID-19 subraya cómo las acciones legales pueden ser fundamentales en tiempos de crisis para garantizar políticas y estrategias sanitarias adecuadas.

El aislamiento, los esquemas y programas de vacunación pusieron en balanza diversos derechos, que debieron ser interpretados detenidamente para anticipar los problemas en el ejercicio de ciertos derechos durante la pandemia³². En México, es poca la acción en materia de prevención de enfermedades y detección de riesgos sanitarios, lo que dificulta el ejercicio de este derecho fundamental³³.

Existe un incremento en la aparición de enfermedades no transmisibles, como el cáncer, la diabetes y los trastornos mentales, que requieren de recursos y atención. La innovación y la calidad son dos elementos esenciales para asegurar un Estado de derecho en materia de salud, con políticas de prevención, incluyentes y con personal con sentido ético y humanista³⁴.

Las tablas 2, 3 y 4 del apartado introductorio que abordan la dinámica demográfica, pobreza y desigualdad de México evidencian múltiples obstáculos en la garantía del derecho a la salud. Según los datos de 2020 presentados en la tabla 3, la mayoría de las afiliaciones correspondían al IMSS, seguidas por el Instituto de Salud para el Bienestar y el ISSSTE. Esta situación se presenta en un contexto de pobreza y desigualdad, donde la distribución de médicos especialistas —con un ratio de 0.71 por cada mil habitantes en 2016³⁵— se sitúa muy por debajo del promedio nacional. Ante este escenario, el juicio de amparo se ha erigido desde los años 1990 como un pilar fundamental en la defensa de la salud, ofreciendo un recurso legal que habilita a los ciudadanos a demandar una atención adecuada. Ello demuestra que la efectividad del derecho

a la salud en México, más allá de las políticas de salud implementadas, ha dependido con frecuencia de la actuación del poder judicial para abordar las carencias y promover la equidad en el cuidado de la salud.

Conclusiones

El amparo ha sido una vía para reclamar la protección del derecho a la salud, desde la década de los años 90, el Poder Judicial ha hecho lo que la política pública no, dar garantía a los derechos humanos. La inadecuada concepción de los derechos humanos, de los tratados internacionales y de la dignidad humana, han hecho ineficaz en el plano del poder ejecutivo la garantía del derecho a la salud. El Poder Judicial se ha mostrado vanguardista cuando determinó aspectos como el de la discriminación por género, el acceso a medicamentos a personas con VIH y acceso oportuno a tratamiento por COVID-19.

La antigua concepción de que los derechos fundamentales de segunda generación, incluido el derecho a la salud, eran meramente programáticos ha quedado obsoleta. Actualmente, el Poder Judicial de la Federación desempeña un papel crucial en la justiciabilidad directa de estos derechos a través del Juicio de Amparo. La Reforma Constitucional de 2011, en lo concerniente a los derechos humanos y al juicio de amparo, ha sido fundamental para concretar la justicia social, proporcionando las herramientas necesarias para superar obstáculos burocráticos y asegurar los derechos de la ciudadanía. Estas reformas han fortalecido una trayectoria que desde la década de los noventa ya venía consolidando la protección de los derechos.

En México, existen disparidades en el acceso a los servicios de salud en diversas regiones, contrastes que se observan también de acuerdo con el nivel socioeconómico de la población, lo que refleja una desigualdad en la acción pública. El Juicio de Amparo es un instrumento eficaz para nivelar la situación de aquellos que se encuentran en un plano de desigualdad, ya que, con independencia de su situación, si una persona solicita este instrumento, es posible que el juez determine que la autoridad proteja sus derechos de inmediato.

El reto para su efectividad radica en el entendimiento de los derechos humanos desde perspectivas más allá de la ley, en esta investigación se utilizaron datos relativos a la desigualdad como una manera de evaluar la eficacia del Estado en el cumplimiento de algunos derechos humanos, y tal como se puede observar, los indicadores muestran niveles elevados de desigualdad y pobreza, lo que genera una necesidad de entender que los derechos humanos tienen que alcanzar la garantía en situaciones complejas.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Consideraciones éticas

Para garantizar el cumplimiento de los principios éticos de la investigación se discutió y aprobó el proyecto en el Comité de Ética de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

Uso de inteligencia artificial (IA)

Los autores declaran que no han utilizado ninguna aplicación, software, páginas web de inteligencia artificial generativa en la redacción del manuscrito, en el diseño de tablas y figuras, ni en el análisis e interpretación de los datos.

Contribución de los autores

Conceptualización: R.C.M., A.E.C.A.T.; Curación de datos: R.C.M.; Análisis formal: R.C.M.; Adquisición de Financiamiento: R.C.M.; Investigación: R.C.M.; Metodología: R.C.M., A.E.C.A.T.; Administración de proyecto: R.C.M.; Recursos: R.C.M.; Software: R.C.M.; Supervisión: R.C.M., A.E.C.A.T.; Validación: R.C.M.; Visualización: R.C.M., A.E.C.A.T.; Redacción – Borrador original: R.C.M., A.E.C.A.T.; Redacción: revisión y edición: R.C.M., A.E.C.A.T.

Referencias

1. Salazar Ugarte, Pedro (coordinador), La Reforma Constitucional sobre Derechos Humanos. Una guía conceptual, Instituto Belisario Domínguez, Senado de la República, México, 2014. <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r33063.pdf>

2. OIT. De Bismark a Beveridge: seguridad social para todos. Trabajo. La revista de la OIT. 2009. https://www.ilo.org/global/publications/world-of-work-magazine/articulos/ilo-in-history/WCMS_122242/lang-es/index.htm

3. García, Rolando, Sistemas Complejos. Concepto, método y fundamentación epistemológica de la investigación interdisciplinaria, Gedisa, Barcelona, 2006. <https://repositorio.esocite.la/364/>

4. Mancha Romero, Pedro, Teoría de la complejidad, caos y derecho: una lectura jurídica de las dinámicas emergentes y no lineales, Marcial Pons, Madrid, 2017, pp. 220-225

5. Saroj, Jayasinghe, Complexity Science to Conceptualize Health and Disease: Is It Relevant to Clinical Medicine?, Mayo Clin Proc. 2012 Apr; 87(4): 314–319. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22469343/>

6. Benavides F, Delclós J, Serra C. Estado del bienestar y salud pública, una relación que debe ser actualizada. Gaceta Sanitaria. 2020; 32(2): 193-197. DOI <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.07.006>

7. Contreras Pulache H. ¿Cómo fortalecer el rol del Estado en salud? Revista Peruana de Epidemiología. 2014; 18(1): 1-3. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203131355013>

8. Organización de las Naciones Unidas. Observación General No. 14. Ginebra: 2000. https://www2.ohchr.org/English/bodies/crc/docs/GC/CRC.C.GC.14_sp.doc

9. Lustig N. Salud y desarrollo económico El caso de México. El trimestre económico. 2007; 74(296): 793-822. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-718X2007000400793&lng=es&nrm=iso

10. CONEVAL. Evolución de las dimensiones de pobreza. [En línea]. 2020. Disponible en: <https://www.coneval.org.mx/Medicion/EDP/Paginas/Medicion-por-ingresos-1990-2012>

11. Organización Mundial de la Salud. Determinantes sociales y ambientales de la Salud. [En línea]. 2022. Disponible en: <https://hia.paho.org/es/paises-2022/perfil-mexico>

12. García A. Los retos para mejorar el sistema de salud pública en México. [En línea].; 2019. Disponible en: <https://www.eleconomista.com.mx/estados/Los-retos-para-mejorar-el-sistema-de-salud-publica-en-Mexico-20190105-0001.html>

13. INEGI. Censo de Población y Vivienda 2020. [En línea]. 2021. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Derechohabiencia_Derechohabiencia_01_3e83e8a1-690d-4cfb-8af0-a1e675979b3e&idrt=143&opc=t

14. Banco Mundial. La falta de servicios de salud representa un desperdicio en materia de capital humano: cinco maneras para lograr una cobertura sanitaria universal. [En línea]. 2018. Disponible en: <https://www.bancomundial.org/es/news/immersive-story/2018/12/07/lack-of-health-care-is-a-waste-of-human-capital-5-ways-to-achieve-universal-health-coverage-by-2030>

15. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación México: Mc Graw Hill; 2014. https://www.uv.mx/personal/cbustamante/files/2011/06/Metodologia-de-la-Investigaci%C3%83%C2%B3n_Sampieri.pdf
16. Landa C. El proceso de amparo en América Latina. Anuario de derecho constitucional latinoamericano. 2011; 7: 207-226. Disponible en: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r27649.pdf>
17. Organización de las Naciones Unidas. Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial. 1965. Disponible en <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-convention-elimination-all-forms-racial>
18. Organización de las Naciones Unidas. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. 1966. Disponible en <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>
19. Organización de las Naciones Unidas. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. 1979. Disponible en <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women>
20. Organización de las Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos del Niño. 1989. Disponible en <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>
21. “La garantía constitucional de protección de la salud incluye el derecho a recibir los medicamentos necesarios para el tratamiento de la enfermedad”, comunicados de prensa, México, D.F. a 1 de marzo del 2000, disponible en: <https://www.internet2.scjn.gob.mx/red2/comunicados/comunicado.asp?id=242>
22. AMPARO EN REVISIÓN 2543/98. María Guadalupe Chavira Hernández y coags. 18 de mayo de 1999. Unanimidad de nueve votos. Ausentes: Mariano Azuela Güitrón y José Vicente Aguinaco Alemán. Ponente: José de Jesús Gudiño Pelayo. Secretaria: Felisa Díaz Ordaz Vera, disponible en: <http://issstelex.juridicas.unam.mx/jurisprudencia/detalle/406-trabajadores-al-servicio-del-estado-el-articulo-24-fraccion-v-de-la-ley-del-instituto-de-seguridad-y>
23. Allard Soto R, Hennig Leal M, Galdámez Zelada L. El derecho a la salud y su (des) protección en el Estado Subsidiario. Estudios constitucionales. 2016; 14(1): 95-138. DOI <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-52002016000100004>
24. Sánchez Cordero O. Precedentes de la Suprema Corte de Justicia de la Nación en materia del derecho a la protección de la salud. Revista CONAMED. 2000; 6(17): 8-15 <https://biblat.unam.mx/hevila/RevistaCONAMED/2000/no17/2.pdf>
25. Cisneros Hernández R. El amparo y el derecho a la salud. [En línea]. 2019. Disponible en: <https://www.milenio.com/opinion/ricardo-cisneros-hernandez/perspectiva-juridica/el-amparo-y-el-derecho-a-la-salud>
26. Delgadillo A, Rojas E. El Poder Judicial de la Federación frente al COVID-19: la pandemia del (des)amparo. [En línea]. 2021. Disponible en <https://eljuegodelacorte.nexos.com.mx/el-poder-judicial-de-la-federacion-frente-al-covid-19-la-pandemia-del-desamparo/>
27. Lugo Garfias M. El derecho a la salud en México. Problemas de su fundamentación. México: Comisión Nacional de Derechos. [En línea]. 2015. Disponible en: https://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/lib_DerSaludMexico.pdf
28. Abramovich V, Pautassi L. El derecho a la salud en los tribunales: algunos efectos del activismo judicial sobre el sistema de salud en Argentina. Salud colectiva. [En línea]. 2008; 4(3): 261-282. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652008000300002&lng=es&nrm=iso
29. Vélez Arango A. Nuevas concepciones del concepto de salud: el derecho a la salud en el Estado social de derecho. Hacia la Promoción de la Salud. [En línea]. 2007; 12(1): 63-78. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a05.pdf>
30. Gutiérrez Rivas R. La justiciabilidad del derecho a la salud en México y en el sistema interamericano de derechos humanos. Revista del Centro de Estudios Constitucionales. 2019;(5): 517-532 https://www.sitios.scjn.gob.mx/cec/sites/default/files/publication/documents/2019-03/18_GUTI%C3%89RREZ_REVISTA_CEC_SCJN_NUM_5-535-550.pdf
31. Poder Judicial de la Federación. Amparo Indirecto 1074/2022-I-1. Villahermosa, Tabasco; 2022. Disponible en: http://201.147.98.8/dofdia/2023/abr23/pdf/28abr23_avi.pdf
32. García Montero Y, Hernández León S. Ciencia, derecho y Covid-19: el amparo sobre los equipos de protección del personal de salud. [En línea]; 2020. Disponible: <https://eljuegodelacorte.nexos.com.mx/ciencia-y-derecho-frente-al-covid-19-el-amparo-sobre-los-equipos-de-proteccion-del-personal-de-salud/>

33. CEPAL. Autoridades reconocen y relevan el rol del Estado en la recuperación pospandemia e instan a construir instituciones resilientes para enfrentar los desafíos del desarrollo. [En línea]. 2021. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/comunicados/autoridades-reconocen-relevant-rol-estado-la-recuperacion-pospandemia-istan-construir>

34. Banco Mundial. 5 acciones para implementar una cobertura universal de salud eficiente. [En línea]. 2020. Disponible en: <https://blogs.worldbank.org/es/latinamerica/5-acciones-para-implementar-una-cobertura-universal-de-salud-eficiente>

35. CONEVAL. Evolución de las dimensiones de pobreza, idem. Disponible: <https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Evolucion-de-las-dimensiones-de-pobreza.aspx>