

Derecho humano a la salud: fundamentos, implementación y exigibilidad en México

The human right to health: foundations, implementation and enforceability in Mexico

Yaritza Pérez-Pacheco

 <https://orcid.org/0000-0003-1435-1517>

Universidad Internacional de La Rioja en México, México
Universidad Autónoma del Estado de México, México
Correo electrónico: yaritzadelcarmen.perez@unir.net

Silvia Alexandra Esquivel Díaz

 <https://orcid.org/0000-0002-8280-6571>

Universidad Internacional de La Rioja en México, México
Correo electrónico: silviaalexandra.esquivel@unir.net

Recepción: 11 de enero de 2025

Aceptación: 22 de febrero de 2025

Publicación: 30 de junio de 2025

DOI: <https://doi.org/10.22201/ijj.24484881e.2025.53.19802>

Resumen: Este artículo examina el derecho humano a la salud en México desde sus fundamentos normativos y las obligaciones estatales; también se abordan los desafíos en su implementación y exigibilidad. A través del análisis de los marcos internacionales y nacionales, como el PIDESC y la jurisprudencia relevante, se evalúan las desigualdades socioeconómicas, la ineficiencia en la gestión de recursos, la falta de acceso equitativo a medicamentos y tecnologías, la fragmentación interinstitucional y barreras culturales. Además, se destacan las buenas prácticas internacionales, como la atención primaria integrada, la digitalización de sistemas de salud y telemedicina, aplicables al contexto mexicano. Con base en un análisis crítico de doctrina, jurisprudencia y experiencias internacionales, el artículo propone medidas para fortalecer la exigibilidad de este derecho, y subraya la importancia de las políticas públicas inclusivas y la cooperación internacional para garantizar un acceso equitativo y efectivo a la salud.

Palabras clave: derecho a la salud; exigibilidad jurídica; acceso equitativo; políticas públicas de salud; derechos humanos.

Abstract: This article examines the human right to health in Mexico by addressing its normative foundations and the State's obligations, focusing on challenges to its implementation and enforceability. It analyzes international and domestic frameworks, such as the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (ICESCR) and relevant jurisprudence, to evaluate socioeconomic inequalities, inefficiencies in resource management, unequal access to medicines and technologies, institutional fragmentation, and cultural barriers. Furthermore, it highlights international best practices, including integrated primary care, digitalized health systems, and telemedicine, as strategies applicable to the Mexican context. Based on a critical analysis of legal doctrine, jurisprudence, and international experiences, the article proposes measures to strengthen the enforceability of this right, emphasizing the importance of inclusive public policies and international cooperation as essential tools to ensure equitable and effective access to health care.

Keywords: right to health; legal enforceability; fair access; public health policies; human rights.

Sumario: I. *Introducción.* II. *Conceptualización del derecho humano a la salud.* III. *Obligaciones del Estado.* IV. *Mecanismos de exigibilidad del derecho a la salud.* V. *Obstáculos para la realización efectiva del derecho a la salud.* VI. *Buenas prácticas en el derecho comparado para la protección del derecho a la salud.* VII. *Conclusiones.* VIII. *Referencias.*

I. Introducción

El derecho humano a la salud se reconoce como esencial dentro de los derechos humanos, tanto en el ámbito internacional como en el nacional. En México su relevancia se manifiesta a través de la diversidad de contextos sociales, económicos y culturales que influyen en su implementación efectiva. A pesar de los avances en la normativa y jurisprudencia, este derecho enfrenta numerosos desafíos, desde la insuficiencia en la provisión de servicios médicos hasta la necesidad de asegurar un acceso integral y equitativo basado en los principios de no discriminación e igualdad.

La evolución en la concepción del derecho a la salud ha progresado, desde una visión limitada a “la ausencia de afecciones o enfermedades”, hacia una comprensión más amplia, que lo define como “un estado completo de bienestar físico, mental y social” (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014, p. 1). Los Estados deben proporcionar servicios de salud que satisfagan los criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad para toda la población (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2000; Corte Interamericana de Derechos Humanos [Corte IDH], 2018, párr. 120). Asimismo, el derecho a la salud abarca libertades como

el control sobre la propia salud y la opción de rechazar tratamientos no consentidos, así como derechos que incluyen el acceso a un sistema de salud que ofrezca oportunidades equitativas para alcanzar el máximo nivel de salud posible (ONU, 2002a).

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos ([CPEUM] 1917) estipula que “toda persona tiene derecho a la protección de la salud”, y encarga al legislador la tarea de definir las bases y modalidades para acceder a los servicios de salud (CPEUM, art. 4). No obstante, la implementación de este derecho enfrenta obstáculos estructurales y socioeconómicos que restringen su efectividad, especialmente entre poblaciones vulnerables, como son las personas privadas de su libertad, desplazadas internas, migrantes y comunidades indígenas, quienes enfrentan desde la carencia de una infraestructura sanitaria hasta el acceso insuficiente a medicamentos esenciales (López Arellano y López Moreno, 2015, p. 61).

Este artículo sostiene que, a pesar del robusto marco normativo existente, el derecho a la salud en México enfrenta obstáculos estructurales que impiden su plena realización en poblaciones vulnerables. La hipótesis central es que la efectiva materialización de este derecho requiere fortalecer tanto los mecanismos jurisdiccionales como implementar políticas públicas integrales que aborden los determinantes sociales de la salud. Mediante un análisis crítico de la doctrina, jurisprudencia y experiencias comparadas se exploran los fundamentos teóricos y normativos del derecho a la salud, las responsabilidades estatales, los mecanismos de exigibilidad, los desafíos para su implementación efectiva y las buenas prácticas internacionales adaptables al contexto mexicano, con el fin de proponer acciones concretas que garanticen este derecho fundamental.

II. Conceptualización del derecho humano a la salud

El derecho humano a la salud es uno de los derechos más complejos dentro de los derechos humanos, ya que se extiende más allá del acceso a servicios médicos para abarcar un conjunto de condiciones necesarias para el bienestar integral y una vida digna (López Arellano y López Moreno, 2015, p. 78; López Elizalde, 2024, p. 5). La Observación General núm. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR) de las Naciones Unidas ha influido en la interpretación del derecho a la salud en la doctrina, legislación y jurisprudencia mexicanas. Este documento destaca que el

derecho a la salud debe entenderse como un derecho inclusivo, que abarca no sólo la atención médica, sino también los factores determinantes de la salud, como el acceso a agua potable, condiciones sanitarias adecuadas, nutrición, vivienda digna, condiciones laborales saludables y acceso a la educación sobre salud (ONU, 2000, párr. 1; Illán Marcos y Hernández Mier, 2021).

En el mismo sentido, para el Comité de los Derechos del Niño el derecho a la salud se conceptualiza de una manera amplia, al comprender la prevención y promoción de la salud, así como los servicios paliativos, de curación y de rehabilitación; además de las condiciones que permitan a todas las personas alcanzar el más alto nivel de salud mediante programas que atiendan los determinantes subyacentes (ONU, 2013, párr. 3). Desde un enfoque de derechos humanos, “la salud es un acervo que poseen las personas, es la capacidad que cada uno tiene para desarrollar su potencial físico y cognitivo a lo largo de la vida” (Cano Valle *et al.*, 2024, p. 4)

1. Evolución y marco normativo

El derecho a la salud ha sido progresivamente reconocido y desarrollado en el ámbito del derecho internacional mediante una variedad de instrumentos jurídicos. La Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) fue uno de los primeros documentos en afirmar el derecho a la salud como un componente esencial del derecho a un nivel de vida adecuado (ONU, 1948, art. 25, párr. 1). El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) consolidó este derecho al garantizar “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, e impuso a los Estados parte la obligación de tomar medidas para “asegurar su plena efectividad” (ONU, 1966, art. 12), incluyendo la prevención, tratamiento y control de enfermedades, y la creación de condiciones que aseguren servicios médicos a todos en caso de enfermedad.

La Declaración de Alma-Ata de 1978 subrayó la importancia de la atención primaria como estrategia esencial para alcanzar “salud para todos” para el año 2000; también enfatizó la necesidad de que los servicios de salud fueran accesibles, equitativos y de alta calidad, y que se abordaran los determinantes sociales, como la educación, la alimentación y el acceso a agua potable (OMS, 1978; López Elizalde, 2024, p. 5).

Así, diversos instrumentos, tanto universales como regionales, han reconocido el derecho a la salud. Por ejemplo, está presente en la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación

Racial (ONU, 1965, art. 5, iv, e), la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (ONU, 1979, art. 11, párrafo 1.f y art. 12), la Convención sobre los Derechos del Niño (ONU, 1989, art. 24) y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006, art. 25). Documentos regionales como la Carta Social Europea Revisada (Consejo de Europa, 1961, art. 11), la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos (Organización para la Unidad Africana, 1981, art. 16) y el Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, también conocido como “Protocolo de San Salvador” (OEA, 1988, art. 10), garantizan este derecho. Textos adicionales relevantes incluyen la Declaración y Programa de Acción de Viena (ONU, 1993), los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y la Mejora de la Atención de la Salud Mental (ONU, 1991) y la Observación General núm. 5 del Comité sobre Personas con Discapacidad (CDPD), que enfatizan la protección de la salud mental (ONU, 2017a). Asimismo, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (ONU, 1994), celebrada en El Cairo, y la Declaración y Programa de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (ONU, 1995), celebrada en Beijing, abordan aspectos de la salud reproductiva y de la mujer.

2. *Contenido y alcance*

El derecho a la salud comprende la prevención y tratamiento de enfermedades, así como la promoción de condiciones que propicien un bienestar óptimo. Según las observaciones generales núm. 14, 20 y 22 del CESCR, este derecho engloba el acceso a determinantes básicos de la salud, como la alimentación y nutrición, vivienda, acceso a agua potable, condiciones laborales seguras y un ambiente sano. Además, incluye la no discriminación en los derechos económicos, sociales y culturales, así como en la salud sexual y reproductiva (ONU, 2000, párr. 12; ONU, 2019a, párrs. 1-2; ONU, 2016b, párrs. 1,5-11).

La Corte IDH (2018) ha declarado que “la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio adecuado de otros derechos humanos” (párr. 118). Este derecho está intrínsecamente relacionado con otros derechos fundamentales, y su plena realización depende de un entorno adecuado. Por ejemplo, el derecho a la educación es esencial para divulgar información sobre salud y nutrición, mientras que el derecho a una vivienda

digna y un medio ambiente sano son cruciales, especialmente, para aquellos más afectados por el cambio climático (Buse y Gruskin, 2021).

Este enfoque integral ha sido reforzado por la Corte IDH en casos como *Pueblos Indígenas Yakye Axa vs. Paraguay*, donde se ha resaltado cómo la falta de acceso a servicios básicos no sólo afecta el derecho a la salud, sino también otros derechos fundamentales (Corte IDH, 2005, párrs. 164-167).¹ También en el caso *Ximenes Lopes vs. Brasil* se enfatizó la necesidad de dar una protección especial a personas en situaciones de vulnerabilidad, y se reiteró la obligación estatal de proporcionar un tratamiento digno y profesional (Corte IDH, 2006, párr. 108). En este sentido, los Estados tienen el deber de garantizar la vida y la salud de todas las personas bajo su jurisdicción, mediante la implementación de acciones necesarias frente a amenazas directas a la vida o al disfrute del derecho a una vida digna; y también están obligados, entre otras muchas acciones, a adoptar medidas para proteger y mejorar las condiciones ambientales que ponen en peligro la salud (ONU, 2000).

La interrelación entre la salud y otros derechos fundamentales subraya la necesidad de un enfoque transversal en las políticas públicas, que reconozca el derecho a la salud no sólo como un objetivo en sí mismo, sino como un medio esencial para garantizar la dignidad humana y el desarrollo sostenible. Por ello, el derecho a la salud constituye un pilar fundamental para la dignidad humana y el desarrollo sostenible, que trasciende la mera atención médica para integrar políticas públicas inclusivas que garanticen condiciones de vida adecuadas, y promueva la justicia social y la equidad en el acceso a servicios esenciales para el bienestar integral de todas las personas.

III. Obligaciones del Estado

El derecho humano a la salud impone a los Estados una serie de obligaciones vinculantes que deben cumplirse de buena fe y de manera progresiva para

¹ La Corte IDH afirmó que el derecho a la salud de los miembros de la comunidad Yakye Axa se encontraba profundamente afectado por su desplazamiento y la falta de acceso a sus tierras ancestrales, lo que ha generado condiciones de miseria extrema. Estas tierras habrían permitido a la comunidad obtener alimento y agua limpia; pero al estar en un asentamiento temporal inadecuado, carecen de recursos para subsistir, lo que agrava su nutrición, educación y atención sanitaria. En consecuencia, la Corte señaló que la falta de acceso a servicios básicos impacta no sólo el derecho a la salud, sino también otros derechos como la educación y la identidad cultural, con lo cual enfatizó la interdependencia entre estos derechos y su relación con el acceso a los recursos naturales.

asegurar su efectividad (ONU, 2016a, párrs. 1, 11, 27 y 81). Estas obligaciones están basadas en diversos instrumentos internacionales de derechos humanos, como la DUDH (ONU, 1948), el PIDESC (ONU, 1966) y la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH) (OEA, 1969). Específicamente, el PIDESC detalla que los Estados deben adoptar medidas para la completa realización de este derecho, incluyendo la mejora de la higiene laboral y ambiental, la prevención, tratamiento y control de enfermedades epidémicas, y la garantía de servicios médicos adecuados a todos en caso de enfermedad (art. 12).

La jurisprudencia, tanto internacional como nacional, ha sido crucial para definir las obligaciones estatales respecto al derecho a la salud. Estas interpretaciones han promovido un enfoque integral, que resalta la interconexión del derecho a la salud con otros derechos humanos y establece estándares claros sobre las responsabilidades estatales. Según Sandoval Vázquez (2024), “La protección de los derechos humanos se funda en el respeto a los derechos inherentes y la dignidad de todas las personas, lo que incluye la salud como parte esencial de esta visión integral” (p. 144).

Las obligaciones estatales en materia de salud son amplias e incluyen no sólo abstenerse de interferir en el disfrute del derecho, sino también adoptar medidas activas para proteger, garantizar y promover su efectividad. Estas responsabilidades están arraigadas en el reconocimiento de la salud como un derecho humano fundamental, el cual está interrelacionado con otros derechos fundamentales, por lo que se requiere de un enfoque comprensivo para su protección efectiva. Generalmente, estas obligaciones se categorizan en cuatro áreas fundamentales: respetar, proteger, garantizar y promover.

1. Obligación de respetar

La obligación de respetar el derecho a la salud exige que los Estados eviten interferir, directa o indirectamente, en el disfrute de este derecho. Esto significa que el Estado no debe implementar medidas que restrinjan el acceso a los servicios de salud, ni establecer barreras discriminatorias que impidan a cualquier grupo poblacional acceder a tratamientos médicos adecuados, sin importar su situación económica, social, étnica o cualquier otra característica.

La jurisprudencia internacional ha sido explícita respecto a esta obligación. Por ejemplo, en el caso *Ximenes Lopes vs. Brasil* la Corte IDH enfatizó que los Estados deben regular y supervisar la prestación de servicios

de salud, ya sean ofrecidos por entidades públicas o privadas, para asegurar que no se violen los derechos a la vida y a la integridad personal de las personas bajo tratamiento médico. La falta de una regulación o supervisión adecuada puede llevar a la responsabilidad internacional del Estado, como se demostró en este caso, donde el incumplimiento de la obligación de respetar este derecho se manifestó tanto en acciones como en omisiones (Corte IDH, 2006, párrs. 86, 89 y 90).

Además, el principio de no regresividad es fundamental dentro de la obligación de respetar. Este principio sostiene que cualquier retroceso en los niveles de protección alcanzados anteriormente debe estar justificado por circunstancias excepcionales y no puede comprometer el núcleo esencial del derecho a la salud. La Corte IDH ha indicado que los Estados no pueden adoptar medidas regresivas que disminuyan el nivel de protección previamente alcanzado en el ámbito de la salud, a menos que existan justificaciones adecuadamente fundamentadas y se asegure que la esencia del derecho protegido no se verá comprometida (ONU, 2000, párrs. 32-34). Este enfoque promueve la sostenibilidad de los avances en salud y protege a las poblaciones vulnerables frente a posibles retrocesos.

2. Obligación de proteger

La obligación de proteger el derecho a la salud exige que los Estados adopten medidas activas para prevenir que terceros interfieran en su disfrute. Esto incluye la necesidad de regular efectivamente el sector privado, al asegurar que los servicios de salud proporcionados por entidades privadas sean accesibles, de calidad y no discriminatorios. La ausencia de regulación adecuada puede conducir a graves violaciones del derecho a la salud, especialmente en contextos donde los servicios son predominantemente ofrecidos por actores privados.

Un caso emblemático es *Gonzales Lluy y otros vs. Ecuador*, en el cual la Corte IDH resolvió que la falta de supervisión estatal permitió que una niña contrajera VIH a través de una transfusión de sangre contaminada (Corte IDH, 2015, párr. 164). Este caso destaca la responsabilidad estatal de proteger la salud de las personas bajo su jurisdicción frente a actos negligentes de terceros. La obligación de proteger también incluye asegurar que las empresas y otras entidades privadas no restrinjan el acceso a los servicios de salud por razones económicas, geográficas o de cualquier otra índole.

En México, la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) ha desarrollado una jurisprudencia robusta con respecto a la obligación de proteger el derecho a la salud. La SCJN (2021b) ha enfatizado la importancia de supervisar y regular la calidad de los servicios de salud, tanto públicos como privados. De igual modo, ha resaltado que proteger este derecho implica garantizar que los servicios sean accesibles, oportunos y de alta calidad, y ha prestado especial atención a las personas en situación de vulnerabilidad. De hecho, la jurisprudencia ha insistido en la necesidad de implementar mecanismos eficaces que aseguren la prestación de servicios de salud conforme a los principios de oportunidad y calidad, para fortalecer así la accesibilidad a todos los ciudadanos (Tesis 2a./J. 161/2021 (11a.) (2021)).

3. Obligación de garantizar

La obligación de garantizar el derecho a la salud incluye la responsabilidad del Estado de implementar medidas necesarias —como legislación, políticas públicas y otras acciones—² para asegurar el acceso de todas las personas a servicios de salud adecuados, accesibles, aceptables y de calidad. Esta obligación abarca desde la provisión directa de servicios de salud hasta la creación de un entorno que permita alcanzar el máximo nivel posible de salud.

La Observación General núm. 14 del CESCR subraya la necesidad de que los servicios de salud sean accesibles para todos y sin discriminación, que estén ubicados convenientemente y sean ofrecidos a costos razonables para la población (ONU, 2000, párr. 12). Además, el acceso debe incluir la disponibilidad de medicamentos esenciales y servicios culturalmente adecuados, lo cual es crucial en contextos con poblaciones indígenas o grupos étnicos con necesidades específicas según sus costumbres y creencias.

La SCJN ha resaltado en múltiples fallos que la obligación de garantizar el derecho a la salud trasciende la simple provisión de servicios médicos, y abarca también la necesidad de que estos servicios sean oportunos y de alta calidad. En esa medida, la SCJN ha establecido que el Estado tiene el deber de proporcionar medicamentos esenciales y tratamientos adecuados a todas

² Se hace referencia al control de convencionalidad como la obligación del Estado de adoptar disposiciones de derecho interno, y que se vincula con lo establecido en los artículos 26 y 27 de la Convención de Viena sobre el derecho de los tratados de 1969, que indican el principio de buena fe (*pacta sunt servanda*) y la imposibilidad de incumplir un tratado internacional invocando el derecho interno). Véase Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados (ONU, 1969).

las personas, y que cualquier demora en la entrega de estos recursos puede constituir una violación del derecho a la salud (SCJN, 2023e).

En este punto vale la pena destacar el papel del derecho sanitario en la vinculación del derecho a la salud con los derechos humanos. La salud es esencial para el desarrollo y la supervivencia individuales y, en consecuencia, para el adecuado funcionamiento social. Para asegurar la efectividad de este derecho, es vital que los Estados desarrollen un marco institucional que incluya leyes, políticas y regulaciones que gobiernen tanto el actuar de los agentes del sistema de salud como los procesos de atención médica, y que aseguren que se cumplan los estándares de diagnóstico y tratamiento, y se respeten los derechos de los pacientes (Molina y Eraso, 2024, pp. 217-218).

4. Obligación de promover

La obligación de promover el derecho a la salud implica que los Estados adopten medidas proactivas para fomentar y facilitar su disfrute. Esto incluye la realización de campañas de salud pública que eduquen a la población sobre prevención de enfermedades y promoción de estilos de vida saludables, así como la difusión de información relevante que permita a las personas tomar decisiones informadas sobre su salud.

La Observación General núm. 14 del CESCR enfatiza que promover el derecho a la salud implica esfuerzos continuos de los Estados para asegurar que la población tenga acceso a información precisa y relevante en materia de salud, de manera oportuna y sin discriminación (ONU, 2000, párr. 19).

Además, esta obligación implica un enfoque intersectorial que aborde los determinantes sociales de la salud, tales como la educación, la alimentación y el medio ambiente. Requiere la colaboración entre distintos sectores gubernamentales, como educación, trabajo y desarrollo social, para implementar políticas integrales que mejoren las condiciones de vida de la población. Por ejemplo, la inclusión de programas de educación sexual en los planes escolares no sólo fomenta la salud reproductiva, sino que también ayuda a reducir los embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual, lo cual fortalece el acceso equitativo a la salud.

Igualmente, es crucial que la promoción del derecho a la salud garantice la inclusión de poblaciones históricamente marginadas, como las comunidades indígenas y rurales. Esto implica asegurar que las políticas sean cultural y lingüísticamente pertinentes para estas comunidades, para garantizar

que nadie quede excluido de los beneficios de las intervenciones de salud pública.

IV. Mecanismos de exigibilidad del derecho a la salud

El derecho a la salud, considerado fundamental dentro de los derechos humanos, confiere a las personas la facultad de exigir su cumplimiento mediante mecanismos legales y jurisdiccionales, por lo que se configura como un derecho justiciable. Esto implica que cualquier persona cuyo derecho a la salud se vea afectado puede acudir a los tribunales para demandar al Estado que cumpla con sus obligaciones. Este aspecto de la exigibilidad es esencial para transformar las obligaciones teóricas del Estado en acciones concretas que aseguren servicios de salud de calidad, oportunos y equitativos.

El enfoque pro persona, delineado por Salvioli (2019), es fundamental en este ámbito, y comprende varios principios interrelacionados que orientan la interpretación de los derechos humanos en la resolución de litigios. Estos principios incluyen el finalismo en la interpretación de tratados, la interpretación pro persona que maximiza el contenido de los derechos, el principio de buena fe, la interpretación progresiva, el efecto útil, la fertilización cruzada entre sistemas de derechos humanos, y los principios de indivisibilidad e interdependencia de los derechos (pp. 385-416).

El marco normativo de México, complementado por el derecho internacional, dispone de herramientas legales específicas para hacer exigible el derecho a la salud, lo que garantiza que este derecho trascienda la teoría y se manifieste como una realidad tangible para todas las personas, especialmente las más vulnerables. Estos instrumentos incluyen el juicio de amparo, las acciones colectivas y los procedimientos internacionales, que permiten a individuos y colectivos acceder a la justicia y reclamar la efectiva realización de su derecho a la salud cuando este se ve comprometido.

La importancia de estos mecanismos radica en su capacidad para ofrecer respuestas efectivas y oportunas que aseguren que el derecho a la salud sea respetado, protegido y promovido en todas sus dimensiones. Esto abarca la provisión de servicios de salud, el acceso a medicamentos esenciales y la implementación de políticas públicas que aborden los determinantes sociales de la salud. Así, la exigibilidad del derecho a la salud emerge como una herramienta poderosa para la protección de la dignidad humana y la promoción de la justicia social.

1. *Mecanismos nacionales de exigibilidad*

En México el derecho a la salud está consagrado en la CPEUM, específicamente en su artículo 4, que establece que “toda persona tiene derecho a la protección de la salud” (CPEUM, art. 4). Este derecho se ha desarrollado a través de leyes secundarias como la Ley General de Salud (1984), que regula los aspectos específicos de su implementación (art. 1). Sin embargo, para que este derecho sea efectivamente garantizado, es crucial contar con un marco robusto de exigibilidad que permita a las personas reclamar su cumplimiento.

El juicio de amparo representa uno de los mecanismos más significativos para la exigibilidad del derecho a la salud en México. Este recurso legal permite a cualquier persona, que considere que sus derechos humanos han sido vulnerados por actos de autoridad, solicitar la protección del Poder Judicial. El amparo ha sido utilizado en numerosos casos (SCJN, 2023a) para exigir la provisión de medicamentos, tratamientos médicos y el acceso a servicios de salud adecuados, especialmente cuando las acciones u omisiones del Estado han puesto en riesgo la vida o el bienestar de las personas (Tesis 1a./J. 151/2023 (11a.) (2023)).³

Las acciones colectivas ofrecen otra vía legal para la exigibilidad del derecho a la salud, puesto que permite a grupos de personas con un interés común presentar demandas conjuntas. Este mecanismo es particularmente útil en casos donde las violaciones afectan a comunidades enteras o a sectores vulnerables, como en el suministro insuficiente de medicamentos para enfermedades crónicas.

La SCJN ha desempeñado un papel crucial en la interpretación y expansión del derecho a la salud, y ha establecido criterios jurisprudenciales que han fortalecido su exigibilidad. La SCJN (2021c) ha determinado que el derecho a la salud implica no sólo la prestación de servicios médicos sino también la obligación del Estado de garantizar que estos servicios sean accesibles, oportunos, de calidad y culturalmente apropiados (Tesis: 1a. XIII/2021 (10a.) (2021), p. 1224).

Además, la SCJN ha enfatizado la importancia de la no regresividad en las políticas de salud, y ha establecido que cualquier retroceso en los niveles de protección debe estar justificado bajo circunstancias excepcionales. Este principio ha sido crucial en situaciones donde las autoridades sanitarias

³ Véanse también las jurisprudencias de la SCJN (2023b, 2023c).

han intentado reducir o eliminar servicios de salud previamente disponibles, lo que afecta a sectores vulnerables (SCJN, 2023d).

Por ejemplo, la omisión del Estado mexicano de aplicar vacunas autorizadas a niños y adolescentes sin comorbilidades fue considerada por la SCJN (2022) como una situación que los colocaba en grave riesgo de contagio del virus SARS-CoV-2. Asimismo, se consideró discriminatoria (SCJN, 2021a) la legislación que excluía a extranjeros sin residencia en el país de recibir servicios de salud gratuitos, y se afirmó que todos los individuos en territorio nacional tienen derecho a estos servicios sin excepción (Amparo en revisión 81/2021).

2. Exigibilidad internacional

Cuando los mecanismos nacionales resultan insuficientes, las personas en México pueden recurrir a instancias internacionales para exigir la protección del derecho a la salud. México, al ser parte de tratados internacionales de derechos humanos, está sujeto a la jurisdicción de organismos internacionales que pueden recibir y evaluar denuncias sobre violaciones a este derecho.

Uno de los principales foros es la Corte IDH, que ha desarrollado estándares clave para la protección del derecho a la salud. En casos como *Poblete Vilches y otros vs. Chile*, la Corte IDH estableció la violación del derecho a la salud por falta de atención médica de calidad que resultó en la muerte de un paciente (Corte IDH, 2018, párr. 78; Kohte, 2020). También ha reconocido el derecho a la salud como autónomo, protegido bajo el artículo 26 de la Convención Americana, y ha demandado que los Estados aseguren servicios de salud regulados, accesibles y sin discriminación (Corte IDH, 2018, párr. 174).

En casos como *Gonzales Lluy y otros vs. Ecuador*, la Corte destacó la importancia de los estándares de calidad y seguridad en los servicios de salud, con los cuales responsabilizó al Estado por no proteger a una niña que contrajo VIH a través de una transfusión de sangre contaminada (Corte IDH, 2015, párr. 164). La Corte ha sido clara en su mandato de garantizar que la exigibilidad del derecho a la salud incluya no sólo la provisión de servicios médicos sino también la implementación de políticas públicas que aborden los determinantes sociales de la salud que garanticen un acceso equitativo (Corte IDH, 2018, párr. 156).

La Corte IDH ha declarado responsable internacionalmente a México por violaciones al derecho a la salud en diversos casos. Por ejemplo, en el caso *Cabrera García* se estableció que “siempre que una persona es detenida en un estado de salud normal y posteriormente aparece con afectaciones a la salud, corresponde al Estado proveer una explicación creíble de dicha situación” (Corte IDH, 2010a, párr. 134). Otro caso relevante es *Rosendo Cantú y otra*, en el que la Corte señaló “la falta de debida atención médica brindada a la víctima durante las investigaciones del proceso y el trato especial que debió tener por su condición de niña y perteneciente a un grupo indígena” (Corte IDH, 2010b, párrs. 184, 185, 201; Corte IDH, 2011).

La exigibilidad internacional del derecho a la salud permite que los Estados sean evaluados y, de ser necesario, declarados responsables internacionalmente por el incumplimiento de sus obligaciones en materia de derechos humanos. Esto puede motivar a los Estados a reformar sus políticas de salud, para mejorar la calidad y accesibilidad de los servicios, y corregir las deficiencias estructurales que afectan el disfrute del derecho a la salud. Por ello, es importante hacer referencia a las vías de litigio estratégico para la exigibilidad de este derecho fundamental en el sistema universal de derechos humanos (SUDH). Una de estas vías es la de los órganos de los tratados (conocidos como Comités), cuyo alcance en la comunidad internacional es muy amplio, siempre que el Estado haya ratificado el tratado que los creó y su protocolo facultativo, que reconoce la competencia del Comité para recibir y examinar comunicaciones individuales.

Dentro del SUDH se encuentra el CESC, cuyo tratado creador es el PIDESC, que regula el derecho a la salud en su artículo 12, párrafo 1, al reconocer “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. Sin embargo, no se debe perder de vista que algunos Estados no han ratificado el Protocolo Facultativo del PIDESC, lo que impide que las personas sujetas a su jurisdicción puedan acceder al CESC. En efecto, a la fecha de redacción de estas líneas se puede advertir que, de los 30 Estados parte del Protocolo Facultativo del PIDESC, solamente 24 lo han firmado, y 144 no han realizado acción alguna.⁴ Esto significa que únicamente las personas que viven en esos 24 países pueden interponer comunicaciones individuales ante el CESC. Ello se debe a que es un requisito *sine qua non* que el Estado haya ratificado el protocolo facultativo, es decir,

⁴ Véase el sitio Web <https://indicators.ohchr.org/>

que haya reconocido competencia a dicho órgano del tratado para recibir y examinar comunicaciones individuales (ONU, 2008).

De esto se puede inferir que los Estados que no han ratificado el Protocolo Facultativo no pueden hacer justiciable el derecho a la salud en el SUDH a través del CESC. Sin embargo, mediante un litigio estratégico en materia de derechos humanos, en un caso específico sobre la vulneración del derecho a la salud, es posible recurrir a otros derechos, como el derecho a la vida o la prohibición absoluta de ser sometido a tortura, contenidos en los artículos 6 y 7 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP). Por ejemplo, en casos de interrupción del embarazo, este derecho puede vincularse con la protección de las mujeres frente a dolores o sufrimientos psíquicos derivados de restricciones jurídicas que limiten su capacidad de acceso a un aborto, según lo previsto en el artículo 7 del PIDCP. Otro ejemplo se encuentra cuando el Estado no adopta medidas especiales para proteger la vida de niños, niñas y adolescentes, con base en el principio del interés superior de la niñez, y la obligación de salvaguardar su supervivencia, desarrollo y bienestar conforme a los artículos 6 y 24 del PIDCP (ONU, 1966).

Entonces, si en un caso concreto se da la privación de la vida de una persona como consecuencia de actos u omisiones por parte del Estado, se viola el derecho a la vida contenido en el artículo 6 del PIDCP. Sin embargo, si además existen violaciones a otras disposiciones de este Pacto, distintas al artículo 6, por regla general se establece que la privación de la vida es arbitraria.

Con base en estos ejemplos, si el Estado no ha ratificado el Protocolo Facultativo del PIDESC, la vía idónea es presentar una comunicación individual ante el Comité de Derechos Humanos (CCPR) con base en el PIDCP, ya que la mayoría de los Estados han ratificado tanto este Pacto como su primer Protocolo Facultativo.⁵

En otras palabras, si se comprende que el derecho a la vida y el derecho a la salud gozan de las características de interdependencia e indivisibilidad, y que estas forman parte del contenido de la interpretación de la perspectiva pro persona, como herramienta para la solución de asuntos relativos a la violación de derechos humanos cuyo análisis debe realizarse de manera integral, se puede concluir que la vía para justiciabilizar el derecho a la salud

⁵ Véase el sitio Web <https://indicators.ohchr.org/>

será ante el CCPR, cuando el Estado no haya ratificado el Protocolo Facultativo del PIDESC.

La otra vía para hacer justiciable el derecho a la salud es el sistema de comunicaciones de los procedimientos especiales del Consejo de Derechos Humanos de la ONU. Estos son mecanismos de protección de derechos humanos que poseen una característica de suma importancia, que “no requieren de agotamiento de recurso interno”. Estos se definen de la siguiente manera:

Los procedimientos especiales son expertos independientes en derechos humanos con mandatos para informar y asesorar sobre los derechos humanos desde una perspectiva temática. Actualmente están en vigor 46 mandatos temáticos. Con el apoyo de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH), los procedimientos especiales⁶ pueden realizar visitas a los países; actuar sobre casos y situaciones individuales por medio de comunicaciones individuales; contribuyen a la elaboración de normativas internacionales de derechos humanos; y participan en la promoción, sensibilización y asesoramiento de cooperación técnica. (ONU, s. f.)

A esta vía de litigio se puede acceder a través de “cartas”, ya sea de alegación (*AL: Allegation Letter*), cuando la violación de derechos humanos afecte directamente a una o varias víctimas debidamente identificadas; cartas urgentes (*UA: Urgent Action*), en las que se exprese un peligro real e inminente para el derecho a la vida o la integridad física; o bien, otras cartas (*OL: Other Letter*), fundamentadas en situaciones generalizadas y sistemáticas de violaciones de derechos humanos.

Bajo este esquema, es importante destacar el valor jurídico que debe reconocerse a estas cartas (comunicaciones individuales) que emergen de los procedimientos especiales. Al respecto, Fabián Salvioli (2022) enfatiza que “el no acatamiento de los pronunciamientos emanados de los procedimientos especiales denota el inaceptable comportamiento del Estado en relación con su deber de respetar y garantizar (hacer efectivos) los derechos humanos de todas las personas sometidas a la jurisdicción del Estado” (p. 306). También señala que, una vez que los expertos independientes solicitan información al Estado, este se encuentra jurídicamente obligado a brindar dicha información con base en el deber de cooperación con el Consejo de De-

⁶ También llamados mandatos temáticos o procedimientos extra convencionales.

rechos Humanos. Si el Estado no cumple, ello implica un comportamiento de mala fe. En este sentido, las cartas emanadas del sistema de comunicaciones son “vinculantes por definición y hacen directamente al cumplimiento de la obligación jurídica de garantía” (Salvioli, 2022, p. 306).

Dentro del sistema de comunicaciones de los derechos humanos, la Relatoría Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental juega un papel crucial. Establecida en 2002 por la resolución E/CN.4/2002/31 de la Comisión de Derechos Humanos, y continuada por la resolución A/HRC/RES/51/21 del Consejo de Derechos Humanos, esta relatoría tiene como funciones recolectar y solicitar información sobre la realización del derecho a la salud, promover el diálogo entre actores clave, como gobiernos y agencias de la ONU, informar sobre leyes, políticas y prácticas relacionadas con la salud a nivel global, y abordar específicamente casos de presuntas violaciones a este derecho (ONU, 2002a, 2002b).

Cuando se vulnera el derecho a la salud de una persona bajo la jurisdicción de un Estado, esta puede enviar una carta (OL, AL, o UA) al relator especial exponiendo las violaciones sufridas. El relator, sin prejuzgar la veracidad de las alegaciones, analizará la información, expresará sus preocupaciones sobre la contravención de los estándares internacionales y solicitará al Estado detalles sobre las medidas tomadas para rectificar la situación. Este proceso incluye una solicitud de cooperación al Estado para proveer información específica dentro de 60 días, tras lo cual la correspondencia se publica en el sitio web del Consejo de Derechos Humanos y en el informe del relator especial. Además, el relator puede instar al Estado a adoptar medidas correctivas y realizar investigaciones para asegurar la rendición de cuentas de los responsables de las violaciones.

Entre febrero de 2011 y enero de 2024, esta Relatoría ha emitido 25 cartas al Estado mexicano, lo que destaca su rol activo en la supervisión de la implementación del derecho a la salud (ONU, 2024a).

3. El rol del Poder Judicial mexicano

El Poder Judicial es esencial en la exigibilidad del derecho a la salud en México. Los tribunales desempeñan un papel clave en su protección; a través del amparo, en efecto, han convertido el “carácter programático o presupuestal” de los DESCA en un mecanismo eficaz desde los años 90, particular-

mente después de la reforma constitucional en materia de derechos humanos de 2011 (Campos-Montejo y Acosta-Toraya, 2024, p. 190, 194 y 198).

La SCJN (2012) reconoce que el acceso a la justicia constituye un componente fundamental del derecho a la salud, y ha resaltado la necesidad de que los tribunales actúen con diligencia para salvaguardar este derecho, sobre todo cuando están en juego la vida y la salud de los individuos. Los magistrados tienen la responsabilidad de garantizar que el Estado cumpla con sus obligaciones sanitarias y que cualquier infracción sea reparada mediante compensaciones económicas y la restitución de derechos (Tesis: 1a. CXCVI/2012 (10a.) (2012)).

El análisis de casos como la negación de medicamentos esenciales y la discriminación en el acceso a servicios de salud es crucial para comprender la eficacia del amparo para garantizar el derecho a la salud (Campos-Montejo y Acosta-Toraya, 2024). En este contexto, la posibilidad de exigir este derecho es fundamental para su realización efectiva. Mediante mecanismos judiciales, tanto nacionales como internacionales, las personas en México pueden reclamar su derecho a la salud, y el Estado está obligado a honrar sus compromisos.

El CDESCR ha sostenido que

toda persona cuyo derecho a la salud haya sido violado debe tener acceso a recursos judiciales y de otro tipo apropiados, y tienen derecho a una reparación adecuada, incluyendo restitución, indemnización, satisfacción o garantías de que no se repetirán los hechos. (ONU, 2022)

Por ello, las acciones judiciales implementadas por los tribunales nacionales constituyen el principal medio para abordar las violaciones del derecho a la salud.

V. Obstáculos para la realización efectiva del derecho a la salud

Pese a los progresos normativos y jurisprudenciales, la efectiva realización del derecho a la salud en México enfrenta múltiples obstáculos, arraigados en factores estructurales, socioeconómicos y políticos que restringen la capacidad del Estado para cumplir con sus obligaciones. Es imperativo atender a los determinantes sociales de la salud, como la desigualdad económica, la exclusión social y la discriminación, que comprometen el acceso equita-

tivo a bienes y servicios fundamentales, incluyendo agua potable, vivienda adecuada, educación, empleo digno y seguridad. Es esencial formular políticas públicas con enfoque en derechos humanos para mitigar estas desigualdades y garantizar un acceso justo a recursos y servicios de salud para todos los sectores de la sociedad.

1. Desigualdades socioeconómicas regionales

México se ve marcado por profundas desigualdades socioeconómicas que impactan el acceso y la calidad de los servicios de salud. Desde el Porfiriato hasta nuestros días, a pesar de las reformas implementadas, los resultados siguen siendo desiguales, y los desafíos persistentes (López Elizalde, 2024, pp. 3-5). En particular, las comunidades rurales y marginadas enfrentan barreras notables, como la escasez de infraestructura sanitaria y personal médico, lo que afecta especialmente a grupos vulnerables como adultos mayores y trabajadores (García Monroy, 2023, pp. 309-337).

El estudio de CONEVAL (2023) subraya que en las zonas rurales el acceso a servicios de salud es limitado y de calidad inferior en comparación con las áreas urbanas, lo que deja en situación de vulnerabilidad a muchas personas. Asimismo, quienes carecen de seguridad social enfrentan desafíos significativos, tales como la falta de medicamentos esenciales y una infraestructura sanitaria deficiente. Aunque la federalización de los servicios de salud a través del IMSS-Bienestar busca mitigar estas inequidades, los progresos han sido insuficientes; y la pandemia de COVID-19 ha agravado aún más estas brechas.

El 14 de octubre de 2021 varios relatores especiales del Consejo de Derechos Humanos de la ONU, incluido el relator sobre el derecho a la salud, emitieron la comunicación OL MEX 17/2021, donde manifestaron su preocupación por el acceso desigual a vacunas y tratamientos contra la COVID-19, situación que ha exacerbado la desigualdad y discriminación, y ha impedido la realización de un orden internacional equitativo (ONU, 2021).

2. Ineficiencia en la gestión de recursos

La gestión de recursos en el sistema de salud de México se enfrenta a desafíos significativos debido a la corrupción, mala administración y falta de transparencia, lo que obstaculiza mejoras tangibles en la calidad de los servicios. Problemas como desvíos de recursos y contratos mal gestiona-

dos son ejemplos palpables de cómo estas deficiencias perjudican al sistema (García Monroy, 2023).

La pandemia de COVID-19 ha revelado las debilidades estructurales del sistema de salud, y ha mostrado la incapacidad del Estado para manejar una crisis sanitaria de magnitud considerable. La escasez de camas hospitalarias, ventiladores y personal médico durante la pandemia ha acentuado la necesidad de implementar reformas profundas en la gestión sanitaria.

Desde la perspectiva de los derechos humanos, las condiciones laborales desfavorables y la formación inadecuada de los profesionales de la salud no sólo comprometen los derechos laborales de estos trabajadores, sino que también afectan negativamente la calidad de la atención médica. Estas circunstancias pueden transformarse en una fuente de violaciones al derecho a la salud (Vázquez Martínez *et al.*, 2020, pp. 30-40). Un ejemplo destacado es la AL MEX 5/2020, donde los titulares de procedimientos especiales expresaron su preocupación por las deficiencias en recursos médicos y en el acceso al agua y saneamiento en Chiapas y Oaxaca, lo que ha impactado adversamente a las comunidades indígenas (ONU, 2020).

Durante el Examen Periódico Universal (EPU), de 2024, diversos países formularon recomendaciones a México (ONU, 2024b). China instó a “reforzar la construcción de infraestructuras médicas y sanitarias para salvaguardar el derecho de las personas a la vida y a la salud” (recomendación 158); por su parte, Egipto recomendó “modificar las políticas relacionas con la lucha contra el problema internacional de los estupefacientes con miras a lograr una sociedad sin drogas y mejorar la salud general” (recomendación 173); Bangladesh aconsejó “adoptar medidas necesarias para mejorar la calidad de la salud pública e incrementar el gasto sanitario y el acceso a la sanidad” (recomendación 183); Canadá urgió “armonizar todos los códigos penales del país con la resolución AI 148/2017 de la SCJN y garantizar que en el sistema nacional se presten servicios de salud reproductiva de manera conforme al Lineamiento Técnico para la atención del aborto seguro en México y las recomendaciones de la OMS” (recomendación 184); Lesoto exhortó al Estado mexicano a “intensificar los esfuerzos por mejorar el acceso a los servicios de atención de la salud, especialmente los servicios reproductivos para mujeres y niñas” (recomendación 186); Maldivas hizo énfasis en que México debe “promover un enfoque basado en la salud pública y los derechos humanos al participar en foros internacionales en los que se traten problemas mundiales relacionados con las drogas” (recomendación 187); Estonia señaló que México debe “garantizar a los adolescentes y jóvenes

acceso sin trabas a la información, el asesoramiento, la educación y los servicios en materia de salud” (recomendación 197); Sri Lanka sugirió “asignar recursos para garantizar que las mujeres víctimas de violencia tengan acceso a asistencia y servicios especializados, como apoyo en salud mental, vivienda asequible, cuidado de niños, asistencia jurídica; y oportunidades laborales” (recomendación 255); y, finalmente, Estados Unidos de América invitó a México a “proteger a las personas LGTIQ+ estableciendo sistemas de apoyo especializado, en particular lo relativo a la salud mental y la prevención del suicidio” (recomendación 294).

3. Acceso inequitativo a medicamentos y tecnologías médicas

El acceso a medicamentos esenciales y tecnologías médicas constituye uno de los retos más significativos para el ejercicio efectivo del derecho a la salud en México. A pesar de los avances en la expansión de la cobertura sanitaria, numerosas personas aún enfrentan dificultades para obtener los medicamentos necesarios, debido a precios elevados, disponibilidad limitada en el sector público y barreras geográficas. Esta situación resulta particularmente crítica en el contexto de enfermedades crónicas o graves, donde la demora en el acceso a tratamientos adecuados puede derivar en consecuencias mortales.

La SCJN ha reconocido, en múltiples fallos, que el Estado tiene la obligación de garantizar el acceso a medicamentos esenciales como un componente fundamental del derecho a la salud. No obstante, la implementación de estas sentencias ha sido irregular, y numerosos pacientes aún necesitan recurrir al sistema judicial para conseguir los medicamentos requeridos (SCJN, 2023d).

Las observaciones finales del CESCER sobre los informes periódicos de México han subrayado que una proporción considerable de la población no dispone de servicios de salud suficientes y de calidad, además de que hay notables disparidades regionales en términos de accesibilidad, disponibilidad y calidad. Estas deficiencias se atribuyen a la escasez de infraestructura médica adecuada, el desabastecimiento de medicamentos y la falta de personal médico (ONU, 2018, párrs. 59-61). En consecuencia, el CESCER ha instado a México a intensificar esfuerzos para garantizar un acceso universal a servicios de salud de calidad, mejorar la infraestructura de atención primaria y asegurar la disponibilidad de personal y medicamentos esenciales, especialmente en áreas rurales y remotas.

Además, el CDESCR ha expresado preocupación por la insuficiencia de información y servicios de salud sexual y reproductiva adecuados y de calidad. Por esta razón, recomendó a México intensificar los esfuerzos para prevenir embarazos en adolescentes, y asegurar la implementación oportuna de programas escolares sobre salud sexual y reproductiva adecuados a cada edad. Finalmente, el CDESCR exhortó a México a atender las directrices de la Observación General núm. 22 sobre el derecho a la salud sexual y reproductiva (ONU, 2016b, pp. 10-12).

4. Falta de coordinación interinstitucional

El sistema de salud en México se caracteriza por tener una fragmentación significativa y una coordinación interinstitucional deficiente entre entidades como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y los servicios de salud estatales. Esta fragmentación conlleva redundancias y deficiencias que restringen la capacidad del Estado para proporcionar servicios de salud equitativos y eficientes a toda la población. La coexistencia de múltiples sistemas sin una integración efectiva perpetúa las desigualdades en el acceso y la calidad de los servicios sanitarios, lo que impacta desproporcionadamente a los grupos más vulnerables (Vargas-Ruiz, 2023, pp. 193-221).

La necesidad de una mayor integración y coordinación interinstitucional es evidente, especialmente en la implementación de políticas de salud que aborden los determinantes sociales de la salud y mejoren la calidad de vida de la población en general. Un ejemplo de ello se encuentra en la OL MEX 12/2017, emitida por la relatora especial sobre los derechos de las personas con discapacidad y el relator especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (ONU, 2017b, p. 3). Esta comunicación expresó preocupación respecto a un proyecto de decreto para la Ley de Salud Mental, que señala que sería incompatible con las obligaciones internacionales de México relativas a las prácticas de internamiento y tratamiento involuntario de las personas con discapacidad.

Los expertos independientes destacaron que “la regulación de los servicios de salud mental” debe estar integrada en “las regulaciones y políticas generales de salud, basadas en un enfoque del derecho a la salud física y mental”; argumentaron que “una ley de salud mental como la propuesta crearía un régimen legal separado para las personas con discapacidad psicosocial”, contrario a las obligaciones de México bajo la Convención sobre

los Derechos de las personas con discapacidad y otros tratados internacionales. Resaltaron que la buena fe debe ser el principio rector en este proceso, y que “las consultas deben asegurar transparencia, respeto mutuo” y un “diálogo significativo” que refleje un verdadero deseo de alcanzar un consenso (ONU, 2017b, p. 4).

5. Obstáculos culturales y de discriminación

La discriminación y los obstáculos culturales son factores críticos que restringen el acceso al derecho a la salud en México. Particularmente, las comunidades indígenas, las personas con discapacidad y otros grupos vulnerables enfrentan dificultades añadidas, debido a la insuficiencia de servicios de salud que respeten sus contextos culturales y a la discriminación estructural en la prestación de atención médica. La adopción de un enfoque intercultural en la prestación de servicios es fundamental para asegurar que todas las personas, sin importar su origen étnico o condición social, tengan acceso a servicios sanitarios de calidad.

El Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial, en sus observaciones finales sobre los informes periódicos 18 a 21 combinados de México, resaltó la diversidad de discriminaciones que afectan a varios sectores de la población mexicana, incluidas las mujeres indígenas y afromexicanas. Este organismo subrayó la importancia de abordar las prácticas discriminatorias y violentas del personal médico en las instituciones de salud pública, especialmente durante la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva, las cuales en algunos casos han derivado en esterilizaciones realizadas sin un consentimiento libre e informado (ONU, 2019b, párr. 24).

En este marco, el Comité recomendó a México intensificar las acciones “para combatir las múltiples formas de discriminación que enfrentan las mujeres indígenas y afromexicanas”, para asegurar su “acceso efectivo y adecuado a la salud”. También instó a garantizar el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, y fortalecer el “Modelo de Atención a las Mujeres en el Embarazo, Parto y Puerperio con enfoque humanizado, intercultural y seguro”, implementado por la Secretaría de Salud. Adicionalmente, enfatizó la necesidad de llevar a cabo “campañas de sensibilización y capacitación” dirigidos al personal médico para “crear conciencia y de eliminar actos y prácticas de discriminación racial en el sistema de salud, particularmente en contra de mujeres indígenas y afromexicanas” (ONU, 2019b, párr. 25).

VI. Buenas prácticas en el derecho comparado para la protección del derecho a la salud

El análisis comparado de los sistemas de salud a nivel global revela un conjunto de buenas prácticas que pueden servir de guía para mejorar la efectividad del derecho a la salud en diversas jurisdicciones, incluyendo México. Estas prácticas ofrecen ejemplos concretos de cómo otros países han enfrentado desafíos similares, y han logrado avances significativos en la protección y promoción del derecho a la salud.

Uno de los modelos más destacados es el de atención primaria integrada, como el de Dinamarca y el Reino Unido, el cual ha demostrado ser eficaz en mejorar los resultados de salud y reducir la presión sobre los hospitales (Tsiachristas *et al.*, 2023, pp. 345-361). En Dinamarca el sistema de salud se enfoca en garantizar el acceso universal y en proporcionar una atención centrada en el paciente, con énfasis en la coordinación de cuidados entre los niveles primario y secundario. La atención primaria danesa constituye el primer punto de contacto para los pacientes, lo que asegura una gestión continua de la salud, particularmente en la prevención y tratamiento de enfermedades crónicas. Este enfoque ha mostrado ser exitoso en la reducción de hospitalizaciones, y en la mejora general de la salud de la población, aunque aún enfrenta desafíos en la integración plena de servicios y en la coordinación entre niveles de atención.

El uso de tecnologías de la información ha sido un factor transformador en la gestión sanitaria en varios países. Estonia se ha convertido en referente mundial en la implementación de tecnologías de la información en salud, especialmente con su Sistema Nacional de Información en Salud (ENHIS), operativo desde 2008. Este sistema permite la interconexión de proveedores de atención médica en todo el país, y facilita el acceso de los pacientes a sus propios registros médicos a través de un portal en línea. Esto ha mejorado la coordinación entre los diferentes niveles de atención, y ha optimizado la calidad de los servicios, donde destaca especialmente la atención personalizada mediante el uso de datos genómicos y tecnologías de *blockchain* para garantizar la integridad de la información. La digitalización total del sistema, como en el caso de las recetas electrónicas, ha sido crucial para aumentar la eficiencia y reducir la carga administrativa (e-Estonia, 2023).

En Brasil la telemedicina ha sido clave para extender los servicios de salud a comunidades rurales y remotas, especialmente en áreas con infraestructura médica limitada. Este enfoque ha permitido superar barreras

geográficas, lo que ha permitido facilitar el acceso a especialistas y mejorar la gestión de atención médica. A través del Sistema Único de Salud (SUS) se han implementado servicios de telemedicina para apoyar la atención primaria, reducir el tiempo de diagnóstico y tratamiento, y mejorar la eficiencia en el uso de recursos médicos, particularmente en regiones con escasez de profesionales especializados (Silva *et al.*, 2020). El uso de la telemedicina en Brasil ha crecido significativamente con la aprobación de la Ley Federal 14.510/2022, que regula la práctica en el sistema de salud público y privado. Esto ha permitido ampliar el acceso a servicios remotos en disciplinas como medicina, psicología y fisioterapia, lo que ha sido crucial para mejorar la atención en áreas desatendidas (DLA Piper, 2023).

Además, los programas de salud pública que abordan los determinantes sociales de la salud han demostrado ser particularmente efectivos en mejorar los indicadores de salud en las poblaciones más vulnerables. Un programa emblemático en la lucha contra la pobreza y la malnutrición es la Estrategia de Cero Hambre (*Fome Zero*) en Brasil, que ha tenido un impacto significativo en los indicadores de salud pública, especialmente en la reducción de la desnutrición y la mortalidad infantil. Implementada en 2003, la estrategia se basó en un enfoque multisectorial que abarcaba políticas de protección social, seguridad alimentaria, acceso a servicios de salud, producción de alimentos y mejoras en infraestructura, como agua potable y saneamiento. Gracias a este programa, Brasil logró reducir la desnutrición crónica infantil en niños menores de cinco años, con lo que ha disminuido las tasas de desnutrición a la mitad entre 1996 y 2007. La participación de las comunidades rurales y la promoción de la agricultura familiar también fueron clave en su éxito (Teague, 2016; World Hunger Education Service, 2016).

En este sentido, el informe de la relatora especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, titulado *Reducción de daños para una paz y un desarrollo sostenible* (ONU, 2024a, párrs. 99-114) destaca las buenas prácticas implementadas en diversos países: *a)* en Estonia, un mayor acceso a los servicios de reducción de daños condujo a una reducción del 97 % en los nuevos diagnósticos de VIH entre las personas que consumen drogas por vía intravenosa; *b)* en Suiza, el suministro de información científica sobre las sustancias psicoactivas y sus efectos secundarios son medidas eficaces en la reducción de daños con la campaña *Just Say Know*; *c)* en los países de la región de Europa Orienta, las organizaciones de la sociedad civil han apoyado varios proyectos destinados a aumentar el acceso de las mujeres a una atención in-

tegral, así como a sesiones de formación específicas para policías, profesionales de la reducción de daños y trabajadores sociales; *d*) en el Sur Global, los jóvenes y las organizaciones dirigidas por jóvenes están desarrollando programas innovadores de reducción de daños adaptados a sus necesidades y a las de sus comunidades; y *e*) en Azerbaiyán, la aplicación del programa de reducción de daños garantiza el acceso a grupos de población de alto riesgo a los servicios médicos. El programa proporciona adaptación social e integración en la sociedad de las personas con problemas de adicciones, prevención del VIH/SIDA, hepatitis B y C, infecciones de transmisión sexual, así como tratamiento de comorbilidades (tuberculosis, diabetes o trastornos mentales). Durante el estricto régimen de cuarentena de la pandemia de la COVID-19, además del tratamiento médico, se proporcionó asistencia psicológica individual y de grupo en formato virtual (ONU, 2024a, párr. 110).

En México, el Programa de Seguro Popular, implementado en 2003 y descontinuado en 2020, fue un esfuerzo significativo para expandir la cobertura de salud a sectores previamente desatendidos. Durante sus años de operación, el programa benefició a más de 53 millones de personas, y logró mejorar la cobertura de vacunación y reducir los gastos médicos de bolsillo, así como las bancarrotas por razones de salud. Sin embargo, el programa también enfrentó críticas, principalmente por la falta de coordinación con otros sistemas de salud y la necesidad de reformas continuas para adaptarse a las nuevas demandas sanitarias (McDonald *et al.*, 2023; World Bank, 2015).

La cooperación internacional también se destaca como un pilar fundamental en el intercambio de conocimientos y la adaptación de buenas prácticas en contextos diversos. La Observación General núm. 14 del CESCR subraya que la cooperación internacional es un elemento clave para el pleno disfrute del derecho a la salud, especialmente en los países en desarrollo. Según esta observación, los Estados deben participar activamente en el intercambio de conocimientos y recursos mediante mecanismos de cooperación internacional, con el objetivo de mejorar los servicios de salud y enfrentar las desigualdades en el acceso a la atención médica. En este contexto, la cooperación internacional es crucial para abordar problemas globales como la salud materno-infantil, lo que permite asegurar que los avances en la atención de salud lleguen a todas las personas, independientemente de su ubicación geográfica o condición económica (ONU, 2020, párr. 38-40).

VII. Conclusiones

El derecho a la salud en México, pese a su robusto marco normativo, enfrenta obstáculos estructurales que demandan una estrategia multidimensional para su efectiva realización. El análisis revela que este derecho trasciende la mera provisión médica, y se vincula con otros derechos fundamentales y con los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030. La jurisprudencia ha consolidado su carácter justiciable con base en las obligaciones estatales de respetar, proteger, garantizar y promover, aunque se requiere fortalecer la formación en derecho sanitario.

Los obstáculos identificados —desigualdades regionales, ineficiencia administrativa, acceso inequitativo a medicamentos, fragmentación institucional y barreras culturales— evidencian la necesidad de políticas públicas inclusivas, complementadas con buenas prácticas internacionales adaptadas al contexto mexicano. En este sentido, la cooperación internacional resulta esencial para fortalecer los sistemas de salud, especialmente ante crisis sanitarias como la pandemia de COVID-19.

Con base en la evidencia analizada, este estudio propone acciones concretas para fortalecer la exigibilidad y realización del derecho a la salud en México: (1) desarrollar un sistema integrado de información en salud, siguiendo el modelo estonio, que facilite la coordinación interinstitucional y optimice la asignación de recursos; (2) implementar programas de telemedicina, inspirados en la experiencia brasileña, para reducir brechas de acceso en comunidades rurales e indígenas; (3) fortalecer la atención primaria bajo un modelo integrado similar al danés, que privilegie intervenciones preventivas y comunitarias; (4) establecer un observatorio ciudadano del derecho a la salud que monitoree el cumplimiento de los estándares internacionales; y (5) capacitar al personal judicial en materia de derecho sanitario para mejorar la aplicación de jurisprudencia nacional e internacional.

Para la plena realización de este derecho fundamental se requieren acciones coordinadas entre los distintos niveles de gobierno, el Poder Judicial y la sociedad civil, respaldadas por mecanismos de exigibilidad efectivos y políticas que aborden los determinantes sociales de la salud. Las propuestas presentadas, basadas en evidencia comparada y adaptadas al contexto mexicano, constituyen una hoja de ruta para la realización progresiva pero efectiva del derecho humano a la salud, lo cual reafirma que su promoción constituye un imperativo ético para construir una sociedad más justa e inclusiva.

VIII. Referencias

- Buse, K. y Gruskin, S. (2021, 14 de diciembre). The right to a healthy environment: making it matter. *BMJ*, 375. <https://doi.org/10.1136/bmj.n3076>
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (1917, 5 de febrero). Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (1984, 7 de febrero). Ley General de Salud. Última actualización publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 7 de junio de 2024. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf
- Campos-Montejo, R. y Acosta-Toraya, A. (2024). Efectividad del derecho humano a la salud a través del juicio de amparo. *Horizonte Sanitario*, 23(1), 189-202. <https://doi.org/10.19136/hs.a23n1.5665>
- Cano Valle, F., Hansen, J. F., y Pérez Martínez, D.L. (2024). Apuntes sobre la salud, un sistema desde la perspectiva de los derechos humanos. En: F. Cano Valle (Coord.), *Reconstrucción del sistema nacional de salud en México* (pp. 3-26). UNAM-IIIJ. <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/15/7441/25.pdf>
- Consejo de Europa. (1961). *Carta social europea (revisada)*. <https://rm.coe.int/168047e013>
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). (2023). *Estudio sobre el derecho a la salud 2023: un análisis cualitativo*. https://www.coneval.org.mx/EvaluacionDS/PP/CEIPP/IEPSM/Documents/E_Derecho_Salud_2023.pdf
- Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH). (2005, 17 de junio). *Caso Comunidad indígena Yakye Axa vs. Paraguay*. https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_125_esp.pdf
- Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH). (2006, 4 de julio). *Caso Ximenes Lopez vs. Brasil*. https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/Seriec_149_esp.pdf
- Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH). (2010a, 26 de noviembre). *Caso Cabrera García y Montiel Flores vs. México*. http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_220_esp.pdf
- Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH). (2010b, 31 de agosto). *Caso Rosendo Cantú y otra vs. México*. http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_216_esp.pdf

- Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH). (2011, 15 de mayo). Interpretación de la sentencia de excepción preliminar, fondo, reparaciones y costas, http://corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_225_esp.pdf
- Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH). (2015, 1 de septiembre). *Caso Gonzales Lluy y otros vs. Ecuador*. https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_298_esp.pdf
- Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH). (2018, 8 de marzo). *Caso Poblete Vilches y otros vs. Chile*. https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_349_esp.pdf
- DLA Piper. (2023, abril 3). How is telehealth regulated in Brazil? *Telehealth Around the World*. <https://www.dlapiperintelligence.com/telehealth/countries/index.html?t=02-regulation-of-telehealth&c=BR>
- Dsouza, B. P. (2023). A study on the health and nutrition education for teenagers. *International Journal of Multidisciplinary Research*, 9(9), 68-71. <https://doi.org/10.36713/epra14326>
- e-Estonia (2023). *Estonian e-Health Records*. <https://e-estonia.com/solutions/healthcare/e-health-record/>
- García Monroy, M. (2023) XIII. La interdependencia de la salud en el contexto de COVID 19: reflexiones sobre salud, trabajo, vivienda, alimentación, educación, acceso a la justicia y seguridad social. En L. Rodríguez Lozano (Coord.), *El derecho a la salud y sus limitantes sociales* (pp. 309-337). Tirant lo Blanch.
- Illán Marcos, E. y Hernández Mier, C. (2021). El derecho a la salud es un derecho humano. *Revista CONAMED*, 26(2), 89-94. <https://dx.doi.org/10.35366/100351>
- Kohte, A. (2020, 28 de mayo). Vulnerability in times of corona: guidelines from the Inter-American Court of Human Rights on the Right to Health. *Völkerrechtsblog*, <https://doi.org/10.17176/20200528-133440-0>
- López Arellano, O. y López Moreno S. (2015). *Derecho a la salud*. Universidad Autónoma Metropolitana.
- López Elizalde, R. (2024). El derecho humano a la salud: acepciones e implicaciones en la historia de la salud en México. *Trayectorias Humanas Transcontinentales*, (17), 1-7. <https://www.unilim.fr/trahs/5954>
- McDonald, T., Touchton, M., Knaul, F. M., Arreola-Ornelas, H., y Frenk, J. (2023, 14 de noviembre). The rise and fall of Seguro Popular: Mexico's health care odyssey. *Think Global Health*. <https://www.thinkglobalhealth.org/article/rise-and-fall-seguro-popular-mexicos-health-care-odyssey>

- Molina Velásquez, J. I. y Eraso Salas, S. P. (2024). La importancia del derecho sanitario en la legislación en salud. *Alerta, Revista científica del Instituto Nacional de Salud*, 7(2), 217-218. <https://doi.org/10.5377/alerta.v7i2.17583>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos. <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (1965). Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (Resolución 2106 (XX)). <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-convention-elimination-all-forms-racial>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (1966). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Resolución 2200 A (XXI)). https://legal.un.org/avl/pdf/ha/iccpr/iccpr_ph_s.pdf
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (1969, 23 de mayo). Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados UN Doc. A/CONF.39/27. https://www.oas.org/36ag/espanol/doc_referencia/convencion_viena.pdf
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (1979). Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (Resolución 34/180). <https://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (1989). Convención sobre los Derechos del Niño (Resolución 44/25). <https://www.un.org/es/events/childrenday/convention.shtml>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (1991). Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y la Mejora de la Atención de la Salud Mental (Resolución 46/119). <https://digitallibrary.un.org/record/135851>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (1993). Declaración y Programa de Acción de Viena. Conferencia Mundial de Derechos Humanos. <https://www.un.org/es/conferences/human-rights/vienna1993>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (1994). Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. <https://www.un.org/es/conferences/population/cairo1994>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (1995). Declaración y Plataforma de Acción de Beijing. Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer.

<https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>

- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2000). Observación General núm. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR): El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (art. 12 del PIDESC). Documento E/C.12/2000/4. <https://tin-yurl.com/298utqrb>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2002a). Acerca el derecho a la salud y los derechos humanos; relator especial sobre el derecho de toda persona a la salud física y mental. <https://www.ohchr.org/es/special-procedures/sr-health/about-right-health-and-human-rights>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2002b). Cuestión de la violación de los derechos humanos en los territorios árabes ocupados, incluida Palestina. Consejo Económico y Social (Resolución E/CN.4/2002/31). <https://undocs.org/Home/Mobile?FinalSymbol=E%2FCN.4%2F2002%2F31&Language=E&DeviceType=Mobile>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2002c). Relator Especial sobre el derecho a la salud: Finalidad del Mandato. <https://www.ohchr.org/es/special-procedures/sr-health>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2006). Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. (Resolución A/RES/61/106). <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tcc-convs.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2008). Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR). <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/optional-protocol-international-covenant-economic-social-and>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2013). Observación General núm. 15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24). Convención sobre los Derechos del Niño (Resolución CRC/C/GC/15). <https://www.plataformadeinfancia.org/wp-content/uploads/2018/09/observacion-general-15-derecho-nino-al-disfrute-mas-alto-nivel-posible-de-salud-2013-.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2016a). Informe anual del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute más alto nivel posible de salud física y mental: Informe sobre el derecho a la salud y la Agenda 2030. Asamblea General (Resolución A/71/304).

- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2016b). Observación General núm. 22 relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del PIDESC). Consejo Económico y Social, CESCR (Resolución E/C.12/GC/22). https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2FC.12%2FGC%2F22&Lang=es
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2017a). Observación General núm. 5 sobre el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad. CRPD (Resolución CRPD/C/GC/5).
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2017b, 19 de diciembre). Mandatos de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad y del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de la salud física y mental, Referencia OL MEX 12/2017.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2018, 17 de abril). Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados de México. Consejo Económico y Social, CESCR (Resolución E/C.12/MEX/CO/5-6). <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/g18/107/03/pdf/g1810703.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2019a). Observación General núm. 20 relativa a la no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales (artículo 2, párrafo 2 del PIDESC). Consejo Económico y Social, CESCR (Resolución E/C.12/GC/20). https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2FC.12%2FGC%2F20&Lang=es
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2019b). Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial (Resolución CERD/C/MEX/CO/18-21). https://hchr.org.mx/wp/wp-content/themes/hchr/images/doc_pub/CERD_C_MEX_CO_18-21_36936_S.pdf
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2020). Mandatos del Relator Especial sobre los derechos humanos al agua potable y el saneamiento; del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y metal; del Relator Especial sobre los derechos de os pueblos indígenas y del Relator Especial sobre la extrema pobreza y los derechos humanos. Consejo de Derechos Humanos (Resolución AL MEX 5/2020). <https://spcommreports.ohchr.org/TMResultsBase/DownloadPublicCommunicationFile?gId=25283>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2021). Mandatos del Grupo de Trabajo sobre la cuestión de los derechos humanos y las empresas

- transnacionales y otras empresas; del Relator Especial sobre el derecho al desarrollo; de la Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental; del Experto independiente sobre la promoción de un orden internacional democrático y equitativo; del Experto independiente sobre los derechos humanos y la solidaridad internacional y del Relator Especial sobre la extrema pobreza y los derechos humanos. Consejo de Derechos Humanos (Resolución OL MEX 17/2021). <https://spcommreports.ohchr.org/TMResultsBase/DownloadPublicCommunicationFile?gId=26710>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2022a). El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Consejo de Derechos Humanos, Asamblea General (Resolución A/HRC/RES/51/21). <https://undocs.org/A/HRC/RES/51/21>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2022b). Promoción y protección de los derechos humanos: cuestiones de derechos humanos, incluidos otros medios de mejorar el goce efectivo de los derechos humanos y las libertades fundamentales. El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Asamblea General (Resolución A/77/197). <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/n22/432/67/pdf/n2243267.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2024a, 18 de julio). Tema 7 b) del programa provisional, Promoción y protección de los derechos humanos: cuestiones de derechos humanos, incluidos otros medios de mejorar el goce efectivo de los derechos humanos y las libertades fundamentales, El derecho de todas las personas al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Nota del Secretario General, resolución A/79/177: Reducción de daños para una paz y un desarrollo sostenibles- Informe de la Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Asamblea General, Septuagésimo noveno periodo de sesiones. <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/n24/213/41/pdf/n2421341.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2024b, 2 de abril). Tema 6 de la agenda, Examen Periódico Universal, Informe del Grupo de Trabajo sobre el Examen Periódico Universal-México. Asamblea General, Consejo de Derechos Humanos, 56o. periodo de sesiones. <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/g24/037/53/pdf/g2403753.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2024c). Informe de comunicación y búsqueda. <https://spcommreports.ohchr.org/TmSearch/Results>

- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (s. f.). Procedimientos Especiales del Consejo de Derechos Humanos. Acerca de los Procedimientos Especiales. <https://www.ohchr.org/es/special-procedures-human-rights-council>
- Organización de los Estados Americanos (OEA). (1969). Convención Americana sobre Derechos Humanos. https://www.oas.org/dil/esp/1969_Convenci%C3%B3n_Americana_sobre_Derechos_Humanos.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1978). Declaración de Alma-Ata sobre Atención Primaria de Salud. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS. <https://iris.who.int/handle/10665/160972>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). Documentos básicos (48a. ed., con las modificaciones adoptadas hasta el 31 de diciembre de 2014). <https://apps.who.int/gb/bd/pdf/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf>
- Organización para la Unidad Africana. (1981). Carta Africana sobre los Derechos Humanos y de los Pueblos (Carta de Banjul). <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2002/1297.pdf>
- Salvioli, F. (2019). *Introducción a los derechos humanos; Concepto, fundamentos, características, obligaciones del Estado y criterios de interpretación jurídica*. Instituto de Altos Estudios Universitarios de España; Universidad Nacional de la Plata.
- Salvioli, F. (2022). *El rol de los órganos internacionales de los derechos humanos y el valor jurídico de sus pronunciamientos; la edad de la razón*. Instituto Internacional de Responsabilidad Social y Derechos Humanos; Universidad Nacional de la Plata.
- Sandoval Vázquez, F. (2024). El derecho humano a la salud, análisis socio jurídico de la pandemia de la COVID-19 en México. En V. Castrillón y Luna (Coord.), *Temas actuales de derecho y sociología* (pp. 133-153). Tribunal de Justicia Administrativa del Estado de Morelos.
- Silva, A. B., da Silva, R. M., Ribeiro, G. R., Guedes, A. C. C. M., Santos, D. L., Nepomuceno, C. C., y Caetano, R. (2020). Three decades of telemedicine in Brazil: Mapping the regulatory framework from 1990 to 201. *PLoS ONE*, 15(11), e0242869, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242869>
- Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN). (2012). Tesis aislada: 2a./J. 37/2021 (10a.) (2012). Reparación integral del daño o justa indemnización. Su determinación judicial en caso de vulneración al derecho

a la salud (Registro digital: 2001745). <https://sjf2.scjn.gob.mx/detalle/tesis/2001745>

Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN). (2021a). Amparo en revisión 81/2021. La negativa de afiliación al régimen estatal de protección social en salud en el Estado de San Luis Potosí (en adelante seguro popular), y como consecuencia, la imposibilidad de acceder a los servicios de salud a través de dicho régimen. <https://www2.scjn.gob.mx/ConsultaTematica/PaginasPub/DetallePub.aspx?AsuntoID=280444>

Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN). (2021b). Jurisprudencia: 2a./J. 161/2021 (11a.) (2021). Derecho de acceso a la justicia (principio de mayor beneficio). A partir de la entrada en vigor de la adición al artículo 17, tercer párrafo, constitucional, todas las autoridades judiciales y aquellas con funciones materialmente jurisdiccionales deben privilegiar la solución del conflicto sobre los formalismos procedimentales, siempre y cuando no se afecte la igualdad entre las partes (Registro digital: 2023741). <https://sjf2.scjn.gob.mx/detalle/tesis/2023741>

Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN). (2021c). Tesis aislada: 1a. XIII/2021 (10a.) (2021). Derecho humano a la salud. La asistencia médica y el tratamiento a los pacientes usuarios de alguna institución que integre el Sistema Nacional de Salud, deben garantizarse de forma oportuna, permanente y constante (Registro digital: 2022890). <https://sjf2.scjn.gob.mx/detalle/tesis/2022890>

Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN). (2022). Contradicción de criterios (antes Contradicción de Tesis). Suspensión en el juicio de amparo. Determinar si procede concederla en contra de los actos consistentes en las determinaciones y acuerdos que tomaron en forma conjunta y/o separada las autoridades responsables, de imponer por mandato presidencial omitir en la campaña de vacunación al grupo etario de 12 a 17 años de edad, para el efecto de que se aplique en favor de éstos la vacuna contra el virus SarsCov-2. <https://www2.scjn.gob.mx/ConsultaTematica/PaginasPub/DetallePub.aspx?AsuntoID=291320&SinBotonRegresar=1>

Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN). (2023a). Jurisprudencia: 1a./J. 151/2023 (11a.) (2023). Derecho humano a la salud. Ante enfermedades que implican el suministro de medicamentos de forma periódica, el Estado tiene un deber de diligencia que deberá potencializarse con un carácter reforzado (Registro digital: 2027440). <https://sjf2.scjn.gob.mx/detalle/tesis/2027440>

- Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN). (2023b). Jurisprudencia: 1a./J. 152/2023 (11a.) (2023). Derecho humano a la salud. Las autoridades de salud del Estado incumplen con su obligación de implantar acciones para mediar y favorecer ese derecho, cuando no entregan oportunamente el medicamento requerido por el paciente (Registro digital: 2027439). <https://sjf2.scjn.gob.mx/detalle/tesis/2027439>
- Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN). (2023c). Jurisprudencia: 1a./J. 153/2023 (11a.) (2023). Derecho Humano a la salud. Procede reembolsar el pago de medicamentos adquiridos por el paciente, derivado de la omisión y suministro tardío por parte del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMS), ante la urgencia de no poner en riesgo su salud (Registro digital: 2027441). <https://sjf2.scjn.gob.mx/detalle/tesis/2027441>
- Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN). (2023d, 13 de octubre). Precedente (Sentencia), , undécima época, *Gaceta del Semanario Judicial de la Federación*, libro 30, octubre de 2023, t. II, p. 1721 (Registro digital: 31837). <https://sjf2.scjn.gob.mx/detalle/ejecutoria/31837>
- Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN). (2023e, 21 de diciembre). El Estado tiene el deber de garantizar el suministro de medicamentos y proteger el derecho a la salud. Primera Sala, Comunicado de prensa núm. 474/2023. <https://www.internet2.scjn.gob.mx/red2/comunicados/noticia.asp?id=7665#:~:text=La%20Primera%20Sala%20de%20la,la%20seguridad%20de%20las%20personas>
- Teague, J. (2016, marzo 28). Brazil's fome zero (zero hunger) program: Accelerating progress for urban and rural nutrition. *Bread for the World*. <https://www.bread.org/article/brazils-fome-zero-program-accelerating-progress-for-urban-and-rural-nutrition/>
- Tsiachristas, A., Vrangbæk, K., Gongora-Salazar, P., y Kristensen, S. R. (2023). Integrated care in a Beveridge system: experiences from England and Denmark. *Health Economics. Policy and Law*, 18(4), 345-361. <https://doi.org/10.1017/S1744133123000166>
- Vargas-Ruiz, M. (2023). Sistema de salud mexicano: de la descentralización hacia la re-centralización. *Revista Latinoamericana de Derecho Social*, (36), 193-221. <https://doi.org/10.22201/ijj.24487899e.2023.36.17880>
- Vázquez Martínez, F. López Elizalde, R., y López Arellano, O. (2020). La educación médica desde el enfoque de la salud basado en derechos humanos. *Investigación en Educación Médica*, 9(36), 30-40. <https://doi.org/10.22201/fm.20075057e.2020.36.20233>

- World Bank. (2015). *Health coverage for all in Mexico*. <https://www.worldbank.org/en/results/2015/02/26/health-coverage-for-all-in-mexico>
- World Health Organization. (2016). *Developing an integrated e-health system in Estonia*, IPCHS. <https://www.integratedcare4people.org/practices/259/developing-an-integrated-e-health-system-in-estonia/>
- World Hunger Education Service. (2016). Brazil's fome zero (zero hunger) program: accelerating progress for urban and rural nutrition. *World Hunger News*. <https://www.worldhunger.org/brazils-fome-zero-zero-hunger-program-accelerating-progress-for-urban-and-rural-nutrition/>



Cómo citar

IIJ-UNAM

Pérez-Pacheco, Yaritza y Esquivel Díaz, Silvia Alexandra, “Derecho humano a la salud: fundamentos, implementación y exigibilidad en México”, *Cuestiones Constitucionales. Revista Mexicana de Derecho Constitucional*, México, vol. 26, núm. 53, julio-diciembre de 2025, e19802. <https://doi.org/10.22201/ijj/24484881e.2025.53.19802>

APA

Pérez-Pacheco, Y. y Esquivel Díaz, S. A. (2025). Derecho humano a la salud: fundamentos, implementación y exigibilidad en México. *Cuestiones Constitucionales. Revista Mexicana de Derecho Constitucional*, 26(53), e19802. <https://doi.org/10.22201/ijj/24484881e.2025.53.19802>