



## El derecho a la protección de la salud, una promesa incumplida para las niñas, niños y adolescentes con cáncer en México: la ley de detección oportuna del cáncer en la infancia y la adolescencia, un mecanismo para su defensa

The Right to Healthcare Protection, an Unfulfilled Promise for Children and Adolescents with Cancer in Mexico: The Law on Timely Detection of Cancer in Childhood and Adolescence as a Mechanism for their Defense

O direito à proteção da saúde, uma promessa não cumprida para crianças e adolescentes com câncer no México: a lei de detecção oportuna do câncer na infância e adolescência como mecanismo de defesa

*Isabel González Sicilia Muñoz\*, Juan Alberto Hernández Franco\*\**



Recibido: 6-5-2024 - Aceptado: 21-8-2025

\* Candidata a Doctorado en Derecho Económico y de las Empresas por la Universidad Internacional Iberoamericana en Campeche, México. Maestra en Educación y licenciada en Derecho. Colaboradora en la Asociación Mexicana de Ayuda a Niños con Cáncer, AMANC Veracruz, Mexicana.

✉ [isabel.gonzalez@doctorado.unini.edu.mx](mailto:isabel.gonzalez@doctorado.unini.edu.mx)  
id <https://orcid.org/0009-0006-2074-2468>

\*\* Doctor en Derecho, doctor en Filosofía y maestro en Ciencias Jurídicas, licenciado en Derecho y licenciado en Filosofía. Director de la Escuela de Ciencias Sociales y Gobierno del Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey, México. Mexicano.

✉ [juanabelardo@yahoo.com](mailto:juanabelardo@yahoo.com)  
id <https://orcid.org/0009-0003-5985-3454>



### RESUMEN

La salud y su defensa se han convertido en un tema de gran preocupación en México. Reconocida como un derecho fundamental desde 1948 por las Naciones Unidas, consagrada en el artículo cuarto constitucional y respaldada por diversos tratados internacionales, sigue siendo difícil de garantizar en la práctica. Esto se refleja en una promesa incumplida para miles de niñas, niños y adolescentes con cáncer que, ante la crisis del sistema de salud y el desabasto de medicamentos oncológicos, han visto vulnerado su derecho. El propósito de este artículo es analizar el desarrollo del derecho a la protección de la salud en México como un proceso evolutivo que involucra a toda la población, poniendo énfasis en la necesidad de contar con mecanismos normativos eficaces. Entre ellos destaca la Ley General para la Detección Oportuna del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia, concebida como un instrumento pionero para garantizar el





acceso oportuno a la atención médica y reducir la mortalidad. La metodología se basa en un análisis documental y normativo que examina la evolución del derecho a la salud, los compromisos internacionales asumidos por el Estado mexicano y la legislación aplicable, contrastando el marco jurídico con la realidad social y sanitaria. Los resultados evidencian que, aunque el derecho a la salud ha sido formalmente reconocido, persisten violaciones estructurales que impiden su materialización. Sin embargo, dicha ley constituye un avance al establecer estrategias de detección y tratamiento oportuno, cuya efectividad dependerá de la voluntad política y de una adecuada asignación de recursos.

**Palabras clave:** derecho a la protección de la salud, derechos humanos, interés superior de niñas, niños y adolescentes.

## ABSTRACT

Health and its protection have become a matter of great concern in Mexico. Recognized as a fundamental right by the United Nations since 1948, enshrined in Article 4 of the Constitution, and supported by various international treaties, it remains difficult to guarantee in practice. This is reflected in an unfulfilled promise for thousands of children and adolescents with cancer who, in the face of the health system crisis and shortages of oncology medications, have seen their rights violated. The purpose of this article is to analyze the development of the right to health protection in Mexico as an evolving process that involves the entire population, emphasizing the need for effective regulatory mechanisms. Among these, the General Law on the Timely Detection of Cancer in Children and Adolescents stands out, conceived as a pioneering instrument to ensure timely access to medical care and reduce mortality. The methodology is based on documentary and normative analysis examining the evolution of the right to health, the international commitments assumed by the Mexican State, and the applicable legislation, contrasting the legal framework with the social and health realities. The findings show that, although the right to health has been formally recognized, structural violations persist that prevent its realization. However, this law represents a significant advance by establishing strategies for early detection and timely treatment, whose effectiveness will depend on political will and adequate resource allocation.

**Keywords:** children's rights, human rights, right to health protection

## RESUMO

A saúde e sua proteção tornaram-se uma questão de grande preocupação no México. Reconhecida como um direito fundamental desde 1948 pelas Nações Unidas, consagrada no Artigo 4º da Constituição e respaldada por diversos tratados internacionais, continua sendo de difícil garantia na prática. Isso se reflete em uma promessa não cumprida para milhares de crianças e adolescentes com câncer que, diante da crise do sistema de saúde e da escassez de medicamentos oncológicos, tiveram seus direitos violados. O objetivo deste artigo é analisar o desenvolvimento do direito à proteção da saúde no México como um processo evolutivo que envolve toda a população, enfatizando a necessidade de mecanismos regulatórios eficazes. Entre eles, destaca-se a Lei Geral de Detecção Oportuna do Câncer na Infância e Adolescência, concebida como um instrumento pioneiro para garantir o acesso oportuno à atenção médica e reduzir a mortalidade. A metodologia baseia-se em uma análise documental e normativa que examina a evolução do direito à saúde, os compromissos internacionais assumidos pelo Estado mexicano e a legislação aplicável, contrastando o marco jurídico com as realidades sociais e sanitárias. Os resultados mostram que, embora o direito à saúde tenha sido formalmente reconhecido, persistem violações estruturais que impedem sua plena efetivação. No entanto, essa lei representa um avanço significativo ao estabelecer estratégias de detecção precoce e tratamento oportuno, cuja eficácia dependerá da vontade política e da adequada alocação de recursos.

**Palavras-chave:** direito à proteção da saúde, direitos das crianças, direitos humanos



## Introducción

El derecho a la protección a la salud está consagrado en el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos como un derecho fundamental de todas las personas. De la misma forma se encuentra reconocido en una serie de convenios y tratados internacionales firmados y ratificados por México. Por lo tanto, el Estado mexicano está obligado a generar condiciones para asegurar y garantizar el acceso a los servicios de salud para toda la población, en especial para la niñez, la cual comprende uno de los grupos más vulnerables de la sociedad. Sin embargo, a pesar de esta sólida base legal, en la práctica no se ve reflejado, con lo cual se convierte en una promesa incumplida para miles de niñas, niños y adolescentes con cáncer del país.

Garantizar el derecho a la protección de la salud se ha convertido en un gran desafío. En buena medida, a raíz de la decisión del Gobierno Federal de desaparecer el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y al Seguro Popular, su mecanismo de ejecución en 2019, para crear en 2020 al Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) sin un plan concreto. Un instituto que desde su entrada en vigor rompió con un mecanismo de financiamiento con el que se aseguraban todos los tipos de cáncer en la infancia y la adolescencia, además de cambiar la forma en que se habían venido adquiriendo los medicamentos y, en general, todos los insumos médicos, sin tener contemplado de antemano una logística en la compra y distribución de estos. Lo que generó un incremento considerable en el gasto de bolsillo y ocasionó desequilibrios financieros en las familias.

La transición ante la desaparición del Seguro Popular y el surgimiento del INSABI marcó un punto de inflexión en la provisión de servicios de salud en el país. Este nuevo esquema no estuvo exento de dificultades, en particular en lo que respecta a la compra de insumos, que dejó a miles de niñas, niños y adolescentes con cáncer sin medicamentos oncológicos, sin poder continuar con sus esquemas programados y muchos perdieron la vida (Suárez, 2022). Sin embargo, para el secretario de salud Jorge Alcocer Varela, ese nuevo mecanismo implementado para la compra de medicamentos fue todo un éxito porque hubo un ahorro de millones de pesos (Martínez, 2021). ¿Pero, a qué costo?, se ha venido experimentando un retroceso en salud respecto a los avances logrados en los últimos 16 años con el Seguro Popular.

El mismo secretario de salud, Jorge Alcocer Varela, rechazó que haya desabasto de medicamentos oncológicos para menores de edad en el país (Montes de Oca, 2020). De igual forma, en su momento, el subsecretario de salud, Hugo López-Gatell,



negó el desabasto de medicamentos oncológicos aseverando que “es una mentira con fines golpistas” (Suárez, 2021). Igualmente, la diputada Patricia Armendáriz, de MORENA, desató una controversia al hacer una publicación pidiendo a los padres de niñas, niños y adolescentes enfermos con cáncer pruebas fehacientes sobre el desabasto de medicamentos oncológicos, argumentando que “he recibido muy pocos casos” (El Universal, 2021). Incluso, el propio presidente Andrés Manuel López Obrador desmintió el desabasto y argumentó que es producto de una campaña para sabotear su gobierno (Animal Político, 2021).

A pesar de los desafíos evidentes, las autoridades gubernamentales han minimizado la gravedad de la crisis y negado la existencia del desabasto de medicamentos oncológicos. Esta postura ha generado indignación por parte de las familias afectadas y provocó una serie de manifestaciones en la Ciudad de México y distintos estados de la república mexicana, que exigen a las autoridades cubrir el desabasto de medicamentos oncológicos. Bajo las consignas “¡queremos quimios!”, “¡con la salud no se juega!” y, con pancartas, “¡queremos medicamentos!” y “¡nuestros niños con cáncer tienen derecho a vivir!” (Suárez, 2021), exigen una respuesta urgente y efectiva por parte de las autoridades.

Frente a esta situación, el gobierno de México ha sido objeto de fuertes críticas derivadas de la abrupta reconfiguración administrativa del sistema de salud. En este contexto, en 2023, se determinó la transferencia de sus funciones y servicios al organismo público descentralizado denominado Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-Bienestar), con la finalidad de establecer un modelo único universal de atención integral para atender de manera solidaria a todas las personas en seguridad social. Sin embargo, persiste la complejidad en el reconocimiento, por parte del Estado mexicano, de que la salud no constituye un privilegio ni un acto de caridad, sino un derecho social exigible cuya vulneración implica atentar contra la dignidad humana. Ello ha generado una creciente necesidad de establecer leyes y mecanismos sólidos que garanticen la protección de la salud de niñas, niños y adolescentes con cáncer en el país.

En este contexto, la Ley General de Detección Oportuna del Cáncer en la Infancia y Adolescencia, que desde su creación en 2020, aún no hay indicios sobre los avances para su implementación, es una herramienta crucial para abordar esta problemática, reconocer las necesidades específicas de los menores con cáncer y las acciones concretas que se deben tomar para salvaguardar sus derechos, con el propósito de dar a conocer sobre la enfermedad y los riesgos en toda la población, estableciendo los lineamientos para la prevención, detección oportuna, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación.





Este artículo tiene como propósito examinar la evolución del derecho a la protección de la salud en México, entendido como un proceso progresivo que atañe a toda la población y que demanda instrumentos normativos eficaces para su consolidación. En este marco, se destaca la importancia de la entrada en vigor de la Ley General para la Detección Oportuna del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia, concebida como una medida legislativa pionera cuyo objetivo central es garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud para niñas, niños y adolescentes que enfrentan esta enfermedad. Dicha ley establece el andamiaje jurídico y las estrategias institucionales necesarias para la detección temprana y el tratamiento oportuno del cáncer infantil, con la finalidad de disminuir las tasas de mortalidad y elevar la calidad de vida de esta población en particular vulnerable.

En este contexto, resulta indispensable partir de la trascendencia de la reforma constitucional de 2011 en materia de derechos humanos, la cual transformó el marco normativo e interpretativo en México y proyectó nuevos estándares de exigibilidad. Una reforma de notable trascendencia, que no solo modificó el contenido de 11 artículos constitucionales, sino que también impactó en su aplicación e interpretación, con lo cual configuró “una reforma muy ambiciosa, que abarca distintos aspectos contemplados en nuestra Carta Magna y que se proyectó a todos los ámbitos del quehacer del Estado mexicano” (Carbonell, 2016, p. XI). El Estado, sustentado en el paradigma democrático constitucional de derecho, tiene el deber imperativo de respetar, proteger, garantizar y promover los derechos humanos para todas las personas.

Esta realidad debe motivar a las autoridades para concentrar esfuerzos en la construcción de un sistema de salud equitativo y eficiente, que satisfaga las demandas de la sociedad. La imperiosa necesidad de poner en vigor la Ley General de Detección Oportuna del Cáncer en la Infancia y Adolescencia, en aras del beneficio de todos los menores con cáncer del país, quienes reclaman soluciones, un trato digno y el reconocimiento de sus derechos fundamentales.

## El panorama del cáncer en la infancia y la adolescencia en México

La Organización Mundial de la Salud (OMS) determinó que el cáncer es una de las principales causas de mortalidad en el mundo de niñas, niños y adolescentes<sup>1</sup>. En países con acceso a servicios integrales de salud, la tasa de supervivencia

1 Se diagnostican cada año aproximadamente 280 mil casos de cáncer en la infancia y la adolescencia. En América Latina y el Caribe se estima que anualmente se presentan 29 mil casos, con lo cual fallecen 10 mil a causa de la enfermedad.



puede alcanzar hasta un 80%, a diferencia de los países que carecen de estos servicios, donde la tasa de sobrevivencia es menor. En el caso de México, el cáncer infantil constituye la primera causa de muerte por enfermedad en menores entre 5 y 14 años, siendo la segunda causa de muerte, precedida por accidentes. Esta enfermedad se considera de alto riesgo, requiere atención médica especializada, con tratamientos costosos y prolongados, los que varían según el tipo de cáncer y etapa de desarrollo. Entre los tipos más comunes se encuentran: la leucemia, los retinoblastomas, los linfomas, la histiocitosis y el rhabdomyosarcoma.

Con datos del informe anual de 2022 de la Asociación Mexicana de Ayuda a Niños con Cáncer (AMANC), en México, la tasa de sobrevivencia apenas alcanza el 57%, lo cual obedece a la falta de diagnóstico oportuno, las dificultades para acceder a la atención médica, el desabasto de medicamentos oncológicos y el abandono del tratamiento. Cada año se detectan 7 mil nuevos casos de cáncer infantil, de los cuales el 60% son atendidos en hospitales del sector salud, y el 75% de los casos se detectan en etapa avanzada ([Asociación Mexicana de Ayuda a niños con Cáncer, 2023](#)).

En México, el cáncer en la infancia y la adolescencia se ha convertido en un desafiante problema de salud pública, pues evidencia un incremento en la incidencia y la mortalidad durante los últimos 5 años. De modo específico, las niñas, niños y adolescentes beneficiados por el Seguro Popular han sido los más afectados. Con precisión, el Seguro Popular financiaba todos los tipos del cáncer infantil a través del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos<sup>2</sup>, a raíz de su desaparición, la creación del INSABI y la transferencia de funciones al IMSS-Bienestar, el esquema de financiamiento para enfermedades catastróficas ha sufrido transformaciones sustanciales. El recién establecido Fondo de Salud para el Bienestar (FONSABI), con un esquema de financiamiento diferente, tiene por objeto seguir cubriendo las mismas enfermedades que cubría el Seguro Popular.

No obstante, desde 2019, con la desaparición del Seguro Popular, se ha observado un paulatino recorte en los recursos destinados para cubrir enfermedades catastróficas. De acuerdo con datos de México Evalúa, en 2020, los recursos asignados al FONSABI para atender enfermedades catastróficas, como es el cáncer infantil, fue tan solo de 5.9 miles de millones de pesos, un 32% menos que en 2018 ([Campos, 2022](#)). Esta situación ha provocado la exclusión y atraso en los tratamientos de miles de menores y adolescentes con cáncer y exacerbado la vulnerabilidad para

2 Se definen como gastos catastróficos aquellos gastos en salud superiores al 30% de la capacidad de pago, que se consideran como un ingreso familiar disponible una vez descontado el gasto de alimentación.



sus familias, que como es bien sabido, provienen de un bajo extracto socioeconómico, al representar la enfermedad un gasto catastrófico,.

Esta situación pone en riesgo la vida, salud y calidad de vida de estos menores y refleja una injusticia social, como bien señala el Dr. Jaime Shalkow: “El hecho de que un niño depende del nivel socioeconómico de sus padres o de la calidad de atención en los servicios de salud de su país para sobrevivir al cáncer es en sí mismo, una injusticia social” (Shalkow, 2017). Urge, por lo tanto, que el Gobierno rectifique esta mala decisión y diseñe estrategias que permitan dar una mejor atención a las enfermedades catastróficas, particularmente en el caso del cáncer infantil, con lo cual se restauren los niveles de abastecimiento de medicamentos oncológicos observados en 2019.

El cáncer infantil es una enfermedad curable si se detecta a tiempo. Todo indica que recibir atención médica adecuada y oportuna, y proporcionar medicamentos oncológicos, puede llevar a la curación y mejorar la calidad de vida de las niñas, niños y adolescentes afectados. Por ello, el diagnóstico oportuno es fundamental para reducir la mortalidad y aumentar las tasas de sobrevivencia, seguido de un tratamiento efectivo. La promoción de la salud y la difusión del cáncer en la infancia y adolescencia son estrategias clave para crear conciencia en la comunidad.

Es innegable que las personas con recursos económicos limitados enfrentan grandes barreras para acceder a la educación y a la promoción de la salud, siendo la pobreza y la desinformación sus principales obstáculos. En este sentido, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la OMS y el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CENSIA), trabajan de manera colaborativa e imparten pláticas y programas de sensibilización enfocados a la detección y tratamiento adecuado del cáncer en la infancia y la adolescencia.

La disparidad en la sobrevivencia del cáncer en la infancia y adolescencia, junto con la brecha sanitaria y el acceso a servicios de salud entre América Latina y el Caribe y Norteamérica, han impulsado a la OPS a implementar acciones para priorizar y mejorar la atención médica del cáncer infantil, con el objetivo de aumentar la tasa de sobrevivencia. Sin embargo, la estrategia de México hasta la fecha ha sido insuficiente, pues carece de recursos financieros y humanos necesarios para implantar los programas establecidos en los planes nacionales y estatales de salud.



## La salud y su defensa

A lo largo del transcurso de la historia, la salud ha constituido un elemento central en la existencia humana, siendo un estado que ha suscitado constante preocupación por preservar. Como lo señala [García \(2015, p. 337\)](#), “La naturaleza y sentido de la enfermedad y la salud atrajeron el interés humano desde épocas muy tempranas en nuestro desarrollo como especie”. La salud no solo representa un bien vital y un anhelo primordial de todo ser humano para poder satisfacer sus necesidades y alcanzar la felicidad, sino que también se erige como un indicador crucial de bienestar y calidad de vida de la comunidad. Su desarrollo requiere de un esfuerzo colectivo y de la debida observancia de una serie de derechos y deberes por parte de los distintos actores sociales involucrados, tal como expone Miguel Carbonell al sostener que “la salud en cuanto a un bien social, solamente se puede preservar mediante un esfuerzo colectivo” ([Carbonell, 2012, p. 814](#)). La participación activa, tanto de los individuos como del Estado, resulta imperativa para el respeto, protección y promoción de prácticas y estilos de vida saludables.

La OMS la define como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” ([Organización Mundial de la Salud, 1948](#)). En este contexto, el Pacto Económico de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ([OACNUDH, 1966, art. 12](#)), reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Sin embargo, existen factores determinantes de índole económica, social, cultural, laboral y ambiental que inciden de modo considerable en las posibilidades de llevar una vida saludable. Estos factores constituyen obstáculos estructurales para millones de personas que viven en condiciones de pobreza. En respuesta a esta realidad, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales elaboró la Observación General número 14, en la cual se detalla la obligación de los Estados de garantizar el derecho a la salud de manera integral, considerando los determinantes sociales, económicos y ambientales ([OACNUDH., 2000](#)).

Esta disposición ha funcionado como un marco de referencia para que los Estados Parte cumplan con sus responsabilidades, y reconozcan que el derecho a la salud no se limita simplemente a estar libre de enfermedades, sino que abarca tanto libertades como garantías. Las libertades incluyen el control sobre el cuidado del propio cuerpo y la salud, mientras que las garantías comprenden el acceso a servicios, bienes y condiciones necesarias para alcanzar el máximo nivel posible de bienestar físico y mental. Para que este derecho sea de pleno efectivo, es imprescindible garantizar condiciones sanitarias adecuadas, disponibilidad de agua





potable, alimentación nutritiva, vivienda digna, educación, condiciones laborales seguras y un entorno ambiental saludable.

Asimismo, el derecho a la salud se caracteriza por su carácter inclusivo y complejo, ya que depende de diversos factores que permiten a las personas llevar una vida saludable y acceder a servicios médicos adecuados. Su protección requiere que las políticas públicas, los programas sanitarios y los instrumentos legales se complementen con la participación activa de la población, clave para identificar necesidades y problemas y proponer soluciones efectivas ([Naciones Unidas s.f.](#)). En este sentido, las asociaciones civiles involucradas en el cáncer infantil desempeñan un papel fundamental, con lo cual ofrecen apoyo logístico y asistencia directa, al incluir transporte, alojamiento, alimentación, atención psicológica y cobertura de medicamentos no oncológicos.

No obstante, la capacidad de los Estados para garantizar el acceso universal a los servicios de salud refleja de manera directa el nivel de desarrollo de cada país. La asignación presupuestaria destinada al sector sanitario constituye un indicador de las prioridades estatales y debe ser suficiente para cubrir las necesidades de toda la población. En este sentido, la [Organización Panamericana de la Salud \(s.f.\)](#) ha recomendado que cada país destine al menos el 6% de su Producto Interno Bruto (PIB) anual al sistema público de salud. De acuerdo con los datos del Centro de Investigaciones Económicas y Presupuestarias (CIEP), México ha asignado entre el 2.78% y 2.93% de su PIB anual entre los años 2010 y 2022 ([CIEP, 2020](#)), cifra que representa menos de la mitad de la recomendación de la OMS y que resulta insuficiente para alcanzar el objetivo de un sistema de salud universal al que aspira.

La inversión en salud en México se traduce en un sistema de salud subóptimo, incapaz de satisfacer las necesidades de la población y de alcanzar un nivel de desarrollo adecuado. Ante esta realidad, la sociedad mexicana ha manifestado su descontento mediante diversas marchas en la Ciudad de México, exigiendo “más presupuesto para medicamentos” y poner fin al desabasto de medicamentos oncológicos que ha persistido en el país por más de cinco años ([Suárez, 2022](#)). Es crucial no solo aumentar el presupuesto destinado a la salud, sino también gestionar eficiente y estratégicamente los recursos disponibles, asignando una partida presupuestaria adecuada al sector salud y garantizando que se disponga de los recursos necesarios para hacer efectivo el derecho a la protección de la salud de manera eficaz.

La estrecha relación entre salud y desarrollo es innegable, como lo expresa Ruiz: “no hay pueblos saludables sin desarrollo y este no puede darse con bajos niveles



de salud” (Ruiz, 1985, p. 3). La salud proporciona bienestar y una vida saludable a la población, y una sociedad saludable garantiza la calidad del capital humano, proporciona mejoras en el proceso económico y tiene un impacto positivo en otros sectores del desarrollo. Por el contrario, una sociedad con deficiencias en materia de salud constituye un obstáculo para el desarrollo social y económico del país. Sin salud, ninguna persona puede aspirar a cumplir con sus planes de vida ni alcanzar su crecimiento y bienestar integral, lo que afecta su desempeño, su productividad laboral y obstaculiza el desarrollo económico del país.

Sin mejoras significativas en materia de salud, resulta difícil proyectar un desarrollo integral de la población y del país en su conjunto. Por ello, el gasto en salud debe ser considerado como una prioridad y una inversión de cara al futuro, dirigida a lograr la cobertura universal de toda la población y garantizar su derecho humano a la salud. Los niveles reducidos de inversión en el sector salud en México tienen un impacto significativo, tanto en la sociedad como en la economía del país, lo cual hace inalcanzable la posibilidad de establecer un sistema de salud equiparable al de Dinamarca, como fue prometido por el presidente Andrés Manuel López Obrador en 2020 (Frias, 2020). En el 2021, Dinamarca destinó un 10.85 % de su PIB al gasto en salud (The Global Economy, 2021), una cifra que representa casi tres veces lo que México invirtió.

Ante esta situación, garantizar el derecho a la salud, un derecho fundamental para todas las personas constituye un desafío significativo, dada la marcada disparidad entre las propuestas gubernamentales y la situación real que prevalece en el país.

## **Evolución jurídica del derecho a la protección de la salud**

Para comprender el panorama actual de la salud en México, es esencial considerar cuatro momentos cruciales que han influido en el marco regulatorio vigente. En primer lugar, la Constitución de 1917, la cual, por primera vez, estableció el derecho a la salud como un derecho social para la clase obrera de México. En segundo lugar, la reforma constitucional de 1983, que amplió este derecho a todos los habitantes del país. En tercer lugar, la reforma a la Ley General de Salud de 2003, que dio origen al Seguro Popular, con lo cual se garantizan así servicios de salud a todos los mexicanos de modo independiente de su estatus laboral. Al fin, la reforma constitucional de 2011, que elevó el derecho a la salud a rango de derecho humano.



## Constitución de 1917: orígenes del constitucionalismo social

El constitucionalismo se erige como la más significativa herencia del siglo XX y “representa el complemento del estado de derecho” (Ferrajoli, 2014, p.2). El proceso de positivización del derecho marca el nacimiento del Estado moderno. En México, este proceso se materializó en la Constitución de 1857 y, posteriormente en la Constitución de 1917, vigente hasta nuestros días. “El constituyente de 1857 marcó un hito en la historia nacional. Consagrando los derechos del hombre en la Norma de Normas. Del mismo modo, en 1917 los debates desembocarían en una novedad judicial internacional: elevar a rango constitucional los derechos sociales” (Lara, 2017, p. 124). Esta positivización es el resultado de un proceso complejo y prolongado que ha evolucionado con el tiempo hasta la actualidad.

El reconocimiento del derecho a la salud en México es producto de una serie de movimientos y conquistas sociales que han propiciado la afirmación de los derechos fundamentales y la dignidad humana. Luigi Ferrajoli sostiene que, “históricamente todos los derechos fundamentales han sido establecidos, en distintas cartas constitucionales, como resultado de luchas o revoluciones que en cada ocasión han roto el velo de normalidad o naturalidad que ocupaba un precedente opresivo o discriminación” (Ferrajoli, 2014, p. 21). Así, el movimiento político iniciado por el pueblo, con el propósito inicial de derrocar la tiranía impuesta por Antonio López de Santa Anna y hacer valer sus derechos, se convirtió en un importante movimiento social que dio origen a las reformas y derechos sociales.

A raíz de la Revolución Mexicana de 1910 a 1917 y del movimiento obrero, que abogaba por la igualdad y justicia social, se comenzó a gestar en México un nuevo derecho: un derecho social. Este derecho, inspirado no en lograr la igualdad de todas las personas, sino en nivelar sus desigualdades, marcó un cambio significativo, “la igualdad deja de ser, así, punto de partida del Derecho para convertirse en meta o aspiración del orden jurídico” (Radbruch, 1974, p. 162). Fue una transformación social que otorgó significado jurídico a ciertas concepciones sociológicas, con lo cual asumió el Estado la responsabilidad de alcanzar la justicia social.

Esta conquista social de la Revolución Mexicana fue el origen del texto constitucional de 1917, el cual, según Carpizo: “es el fruto del primer movimiento social que vivió el mundo en el siglo XX” (Carpizo, 1980, p. 21). Por primera vez, se ve constitucionalizado la protección de la salud como un derecho social, entendido en su origen como la idea de protección a la salud asociado con las prestaciones de seguridad social de la clase trabajadora, mas no un derecho para todos los



mexicanos. Desde ese momento adquiere el Estado obligaciones positivas que derivan del derecho social.

A partir de ese momento, se empieza a tener una concepción completa del ser humano, en su aspecto individual y en su aspecto social, como miembro de la comunidad. “El derecho social es el resultado de una nueva concepción del hombre por el derecho” (Radbruch, 1974, p. 157). El hombre empieza a ser considerado como un hombre colectivo con vínculos a una sociedad, con lo cual adquiere el Estado un nuevo papel. Se pasó del Estado liberal individualista al Estado social de derechos, comprometido no solo con la participación en la vida social, sino también con el bienestar social y ser garante de los derechos fundamentales.

### Reforma constitucional del 3 de febrero de 1983

Durante el mandato del presidente Miguel de la Madrid Hurtado, de 1982 a 1988, se añadió un cuarto párrafo al artículo 4º de la Constitución, estableciendo que:

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2025, art. 4, párrafo IV).

Este acto elevó a rango constitucional el derecho a la protección de la salud, convirtiéndose en una garantía de igualdad<sup>3</sup>. Es relevante destacar que no se empleó el término “derecho a la salud”, sino “derecho a la protección de la salud”, reconociendo que la salud no puede garantizarse en exclusiva mediante el acceso a los servicios médicos.

El 7 de febrero de 1984, se promulgó la Ley General de Salud reglamentaria del derecho a la protección de la salud, estableciendo los lineamientos y las modalidades para el acceso a los servicios de salud, así como la colaboración entre la Federación y las entidades federativas en lo relativo a la salubridad general. Esta legislación definió los propósitos del derecho a la protección de la salud en el ámbito de la

3 En el artículo 4º se definen otros derechos y libertades, como son la igualdad jurídica entre el hombre y la mujer, la libertad de escoger el número y espaciamiento de los hijos, derecho a la alimentación, el acceso al agua, a una vivienda digna y decorosa, a la identidad, al acceso a la cultura y a la práctica del deporte. La obligación de las autoridades de cumplir con el principio del interés superior de la niñez y la de los ascendientes, tutores y custodios de preservar y exigir el cumplimiento de todos estos derechos.





salubridad general, las funciones de las autoridades sanitarias y los componentes del Sistema Nacional de Salud, junto con sus respectivas coordinaciones y objetivos.

La reforma inició el proceso de lo que se conoció como “cambio estructural en salud”, caracterizado por la descentralización de los servicios de salud y la creación del Sistema Estatal de Salud, administrado por los gobiernos estatales bajo la rectoría de la Secretaría de Salud. Esta entidad tenía la responsabilidad de transferir recursos financieros a los sistemas estatales de salud. Asimismo, creó el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud, destinado para transferir los recursos etiquetados a la prestación de servicios de salud para la población que no contaba con trabajo formal ni seguridad social.

Si bien la consagración de la salud como un derecho para toda la población y su inclusión en la Constitución representaron un paso inicial, el acceso a este derecho dependía de diversas bases y modalidades, requiriendo asignación de recursos materiales y humanos por parte del Estado para poder hacer efectivo este derecho. Dado su carácter programático, este derecho servía como una guía de acción para el Gobierno, pero carecía de un mandato vinculante, dejando su materialización sujeta a la discrecionalidad política y la buena voluntad gubernamental. De esta manera, la salud quedaba garantizada en la Constitución sin ofrecer mecanismos idóneos para abordar su cumplimiento.

No fue sino hasta la reforma de 2003, con la creación del Seguro Popular, que se establecieron mecanismos administrativos y legales para hacer efectivo el derecho a la salud para toda la población. Esta medida tuvo como objetivo “dar a todos los mexicanos la garantía de recibir atención médica acorde a sus necesidades y no acorde a sus recursos” (Elizondo, 2007, p. 147). A partir de entonces, el derecho a la protección deja de ser una mera retórica constitucional para convertirse en una realidad tangible.

## **Reforma de la Ley General de Salud de 2003 y la creación del seguro popular**

Durante el sexenio del presidente Vicente Fox Quezada de 2000 a 2006, en 2003 se reformó la Ley General de Salud, para dar origen al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), cuyo principal componente operativo fue el Seguro Popular. Este sistema tenía como finalidad garantizar el acceso gratuito a los servicios de salud a todos los mexicanos que no contaban con seguridad social, con lo cual se otorga un paquete integral de servicios médicos. En voz de Julio Frenk, creador del Seguro Popular, era “un sistema en donde el derecho constitucional a la protección de la



salud es ejercido por igual por todo mundo, independientemente de su situación laboral, su nivel de ingreso, su estado previo de salud. Eso no lo teníamos antes de la reforma” (Gómez Dantes, 2004, p. 585).

El Seguro Popular estaba financiado por el Gobierno federal, los gobiernos estatales y mediante algunas cuotas de recuperación basadas en estudios socioeconómicos. Mientras las entidades federativas continuaban operando los Servicios Estatales de Salud, se encargaban de proporcionar los servicios de salud a los afiliados a través del ingreso que recibían con base en el número de inscritos y del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud. Este Fondo garantizaba que toda la población que no contaba con seguridad social pudiera acceder a los servicios estatales de salud, hospitales regionales y en un tercer nivel, a los institutos nacionales. Además, se estableció una red de instituciones y hospitales privados y de asistencia social para brindar atención y servicios médicos de manera homogénea a toda la población.

El Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos cubría 66 enfermedades de alto costo y desempeñó un papel fundamental en la atención del cáncer infantil. En 2005, se incluyó la leucemia en este Fondo y, más tarde, en 2008, se incorporaron todos los demás tipos de cáncer infantil. Los objetivos principales del Fondo eran garantizar el acceso gratuito, la equidad y la calidad a la salud, con lo cual se proporciona protección financiera y cobertura universal, para reducir los gastos catastróficos en la población más vulnerable y de escasos recursos.

El Seguro de Popular estuvo en vigor de 2004 a 2019, y de forma progresiva con los años se fueron incorporando cada vez más familias. Con datos de la Dirección General de Afiliación y Operación del Gobierno de México, en diciembre de 2018, 53 millones 530 mil 359 personas estaban afiliadas al Seguro Popular, lo que representaba el 44.7% de la población total del país (Gobierno de México, 2019).

## Las reforma constitucional del 6 y 10 de junio de 2011

La reforma constitucional del 10 de junio de 2011, en materia de derechos humanos, trajo consigo una serie de ajustes al texto constitucional, lo cual representa un cambio trascendental y significativo en el derecho constitucional mexicano y transforma la realidad social. Al modificar el artículo primero y dotar a las denominadas garantías individuales el rango de derechos humanos, se dio paso fundamental en la ampliación de la esfera de protección de la persona. En este contexto, el Estado reconoce y salvaguarda una gama más amplia de derechos y libertades.



## Artículo primero constitucional

En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece.

Las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con esta Constitución y con los tratados internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia.

Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley (Const., 2025, art. 1).

El 6 de junio 2011 se publicó en el Diario Oficial de la Federación una reforma constitucional que transformó al juicio de amparo y el acceso a la justicia. Esta reforma amplió la protección del juicio de amparo al extender la competencia de los tribunales de la federación para conocer controversias relacionadas con normas generales, actos u omisiones de las autoridades que violan derechos humanos y garantías consagradas en la Constitución, así como los tratados internacionales de los cuales México sea parte.

Además, se eliminó el principio de la relatividad de la sentencia en ciertos casos para señalar algunas resoluciones de amparo que pueden tener efecto *erga omnes*, se incorporó el interés legítimo para tutelar los intereses individuales y colectivos y se introdujo de modo constitucional la figura de amparo adhesivo. Estos cambios condujeron a una transformación del juicio de amparo, reforzándolo y dotándolo de criterios más avanzados para hacer frente a las necesidades de una sociedad contemporánea, así como para mejorar la justiciabilidad y eficacia de los derechos.

Las reformas del 6 y 10 de junio de 2011 representan un cambio fundamental en la comprensión y protección de los derechos humanos, modificando su *statu quo*. Los tratados internacionales de derechos humanos adquieren rango constitucional y forman parte de un nuevo marco normativo que establece categorías constitucionales de progresividad, individualidad, interdependencia y universalidad. Bajo



este nuevo enfoque, el sistema jurídico reconoce la eficacia directa de los derechos humanos, facilitando así su exigibilidad y justiciabilidad, que en la praxis constitucional se ve reflejada.

En este nuevo paradigma de derechos humanos, las personas dejan de ser miembros exclusivos del Estado y se convierten en miembros de una comunidad jurídica universal, dotados de derechos y obligaciones vinculantes para el Estado. Esto ha dado lugar a un trabajo interpretativo y progresista de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, orientado hacia la ampliación y protección de los derechos fundamentales de la población.

### **Sentencias emblemáticas de la Suprema Corte de Justicia de la Nación de México**

La Suprema Corte de Justicia de la Nación de México (SCJN) ha emitido una sentencia emblemática que se destaca por la temática que aborda y su trascendencia en el nuevo paradigma constitucional. En la sentencia dictada a partir de la contradicción de tesis 293/2011, resuelta por el Pleno de la SCJN, se aborda la jerarquía normativa. La primera tesis de jurisprudencia reconoce el nuevo bloque constitucional que determina el parámetro de regularidad constitucional de todo el orden jurídico, integrado por los derechos consagrados en la Constitución y los tratados internacionales sobre derechos humanos ratificados y firmados por el Estado mexicano.

La SCJN ha establecido que los derechos humanos deben ser interpretados a la luz, tanto del derecho interno como del derecho internacional. Se requiere una armonización, coordinación y relación entre los derechos, con el fin de establecer parámetros para construir una interpretación más amplia, aplicando el principio propersona para optimizar el goce y el ejercicio de los derechos humanos. El Ministro Arturo Saldivar señala que “hoy lo que entendemos por Constitución no solo es el texto, son todos los derechos humanos internacionales incorporados en la Constitución” (Instituto de Investigación Jurídicas de la UNAM, 2015).

Como resultado de la sentencia dictada por la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso Radilla Pacheco vs. México, el 23 noviembre de 2009, que derivó en el expediente varios número 912/2010, resuelto por la SCJN el 14 de julio de 2011, se reconoce la obligatoriedad de la jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, vinculante para todos los órganos jurisdiccionales del país con el propósito de establecer un parámetro de regularidad normativa más amplia. Los jueces deben ejercer el control *ex officio* de convencionalidad entre las





normas internas y la Convención Americana de Derechos Humanos en el marco de su respectiva competencia (SCJN, 2011).

Esta sentencia sentó un precedente y generó una serie de cambios significativos en la Constitución mexicana. La jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos se considera una nueva fuente de derecho que contribuye a definir y aplicar los derechos que están consagrados en los tratados internacionales, formado parte del *corpus iuris* interamericano. La protección al derecho a la salud adquiere así nuevas dimensiones, más amplias en cuanto a la protección establecida por los tratados internacionales que México ha suscrito.

Los pronunciamientos de la SCJN, los tribunales colegiados de circuito, los juzgados de distrito y juzgados locales han abordado aspectos fundamentales y urgentes relacionados con la salud y la vida de las personas, desarrollando estándares jurídicos en lo que respecta al derecho a la protección de la salud que los Estados deben cumplir.

- Derecho humano a la salud. Ante enfermedades que implican el suministro de medicamentos de forma periódica, el Estado tiene un deber de diligencia de que deberá potencializar con un carácter reforzado. Tesis de jurisprudencia 1a/J. 151/2023 (11a). Primera Sala. Undécima Época, Libro 30, Tomo II, página 1815. Registro Digital: 2027440 ([Semanario Judicial de la Federación, 2023](#)).
- Derecho humano a la salud. El estado tiene la obligación de adoptar todas las medidas necesarias hasta el máximo de los recursos de que disponga para lograr progresivamente su plena efectividad. Tesis Aislada 1a. XV/2021 (10a.). Primera Sala. Décima Época. Libro 84, Tomo II, página 1224. Registro digital: 2022889 ([Semanario Judicial de la Federación, 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. Tesis Aislada 1a. XIII/2021 (10a.). Primera Sala. Décima Época. Libro 84, Tomo II, página 1225. Registro digital: 2022890 ([Semanario Judicial de la Federación, 2021](#)).
- Derecho a la salud. En materia de salud mental, el principio de progresividad en el suministro de medicamentos debe garantizarse sin discriminación. Tesis Aislada: 2a. LVII/2019 (10a.). Segunda Sala. Décima Época.



Libro 70, Tomo I, página 420 Registro digital: 2020588 ([Semanario Judicial de la Federación, 2019](#)).

- Derecho humano a la protección de la salud. Para garantizarlo, el instituto mexicano del seguro social debe suministrar a sus beneficiarios los medicamentos que se les prescriban, aun cuando no estén incluidos en el cuadro básico y catálogo de insumos del sector salud. Tesis Aislada: IX.10.1 CS (10a.). Tribunales Colegiados de Circuito. Décima Época. Libro 22, Tomo III, página 2014. Registro digital: 2010052 ([Semanario Judicial de la Federación, 2015](#)).

El trabajo interdisciplinario de la SCJN a través de sus resoluciones judiciales ha hecho efectivo los derechos sociales, ha combatido las indiferencias estructurales y promovido la evolución progresiva del derecho a la protección de la salud.

## El derecho a la salud desde el marco internacional

La salud y su defensa ocupan un lugar prioritario en las agendas políticas y debates públicos a escala global, reflejado en las constituciones de numerosos países y en las declaraciones universales de derechos humanos del siglo XX. Estos tratados internacionales, si bien no poseen mecanismos coactivos que obliguen a los Estados a su cumplimiento, adquieren un carácter vinculante sustentado en principios fundamentales de derecho internacional, “ex consensus adventum vinculum”, “pacta sunt servanda” y “rest inter alias acta”.

En el plano internacional y regional en América latina, el derecho a la salud se encuentra consagrado por un extenso *corpus iuris* internacional. Con las reformas constitucionales antes referidas, es impostergable conocer y profundizar aquellos en que el Estado mexicano es parte, siendo los más relevantes:

Artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, ratificada por México en 1948; artículo XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre 1948, ratificada por México en 1981; artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) de 1966, ratificado por México en 1981; artículo 19 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto San José) de 1969, ratificada por México en 1981; artículo 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador), ratificado por México en 1996; artículo 5, apartado e) de la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial, ratificada por México en 2019; artículo 12.1 de la Convención



sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer; ratificada por México en 1981; artículo 28 de la Convención sobre la Protección de los Trabajadores Migratorios y sus Familiares, ratificada por México en 1998 y el artículo 25 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, ratificada por México en 1998.

Estos tratados internacionales de derechos humanos suscritos por México tienen por naturaleza *sui generis* buscar la protección de las personas y obligan a todas las autoridades a implementar las medidas necesarias para garantizar su efectividad. En este contexto, se destaca la necesidad de robustecer el diálogo entre las instancias nacionales e internacionales, en especial en la interpretación de la jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, con el objetivo de impactar de modo positivo en la protección del derecho a la salud, en particular para grupos en situación de vulnerabilidad, como las niñas, niños y adolescentes con cáncer.

A pesar de que el respeto a los derechos humanos está consagrado en la Constitución mexicana, su protección se materializa a través de dos sistemas: el sistema jurisdiccional mediante el juicio de amparo y el sistema de protección no jurisdiccional liderado por la Comisión Nacional de Derechos Humanos, organismo público autónomo, creado en 1990 para proteger, promover y aprobar programas preventivos de derechos humanos. México ha avanzado en los últimos años en la internacionalización de los derechos humanos, si bien es miembro de la Comisión Americana de Derechos Humanos desde 1981 y acepta su competencia como organismo no jurisdiccional, en 1988 reconoció la competencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos como el tribunal del sistema interamericano de protección de los derechos humanos.

México ha desplegado una intensa actividad diplomática y suscrito los principales tratados internacionales de derechos humanos, sin embargo, no ha firmado el Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales que entró en vigor el 5 de mayo de 2013, el cual permite al Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales examinar las quejas y comunicaciones de personas que invoquen una violación de los derechos consagrados en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Lo que limita la posibilidad de que la Comisión Interamericana de Derechos Humanos conozca de quejas o violaciones de derechos humanos a la protección de la salud presentadas por individuos, grupos o asociaciones mexicanas.



La Organización de Naciones Unidas (ONU) ha exhortado al Estado mexicano a ratificar el Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. De hacerlo sería una muestra de compromiso y de cooperación con los organismos internacionales de derechos humanos. Así, la exigibilidad del derecho a la protección de la salud adquiere relevancia en el ámbito nacional, sino también en el contexto internacional de los derechos humanos, no sólo se materializa mediante mecanismos domésticos, sino que cobra relevancia en contextos internacionales de derechos humanos.

### **1989: un punto de inflexión para los derechos de la niñez**

A escala internacional, la defensa de los derechos humanos, desde la perspectiva de la infancia y la adolescencia, se intensificó con la adopción de la Convención sobre los Derechos de los Niños en 1989, ratificada por México en 1990. Es el instrumento jurídico internacional más ratificado de la historia del derecho internacional de los derechos humanos, garantiza 20 derechos para las niñas, niños y los adolescentes, incluido el derecho a la salud. En específico el artículo 24 establece:

Los Estados Parte 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 ([OACNUDH, 1989](#)).

En México, los derechos de las niñas, niños y adolescentes se encuentran reconocidos en el artículo 4º constitucional, haciendo referencia solo a la alimentación, salud, educación y esparcimiento y, mencionado a los ascendientes, tutores y custodios obligados a garantizarlos. En 2011, fue necesario reformarlo para adecuarlo a los contenidos de la Convención sobre los Derechos de los Niños y a la Observación General número 14 del Comité de los Derechos del Niño. Se incorporó en la Constitución el principio del interés superior de niñas, niños y adolescentes, buscando satisfacer todas sus necesidades, garantizar sus derechos y la protección de su dignidad e integridad física, psicológica, moral y espiritual.

#### **Artículo 4, párrafo IX.**

En todas las decisiones y actuaciones del Estado se velará y cumplirá con el principio del interés superior de la niñez, garantizando de manera plena sus derechos. Los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral. Este principio





deberá guiar el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas públicas dirigidas a la niñez ([Const., 2025, art. 4, párrafo IX](#)).

La SCJN ha emitido jurisprudencia relativa a este principio de rango constitucional. Es deber de los tribunales atender a este principio y obligar a todas las autoridades a considerarlo primordial en la toma de decisiones, realizar un escrutinio de las particularidades de cada caso y considerar la opinión de las niñas, niños y adolescentes en cualquier decisión en las que se pueden ver afectados.

La promulgación en 2014, bajo el mandato del presidente Enrique Peña Nieto, de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, marcó un cambio significativo al considerar a los menores no como objetos de protección, sino como sujetos titulares de derechos. Esta ley garantiza políticas públicas para proteger su integridad y hacer valer sus derechos, incluido el derecho a la protección de la salud y la seguridad social, específicamente el artículo 50 establece: “Niñas, niños y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud, así como a recibir la prestación de servicios de atención médica gratuita y de calidad [...]” ([Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2024, art. 50](#)).

Como consecuencia, se crearon en 2015 las Procuraciones de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes, para su protección y representación en procesos ministeriales y jurisdiccionales, lo cual coadyuva con un enfoque en derechos humanos y en el interés superior de la niñez y adolescencia. Lo que ha dado lugar a una transformación importante del sistema constitucional y del trabajo interpretativo y de desarrollo judicial progresista por parte de la SCJN en Derechos Humanos.

## Origen y causas de la crisis del sistema de salud en México

La crisis que aqueja al sector salud en México se debe en gran parte a los numerosos cambios estructurales e institucionales implantados por el Gobierno a partir del año 2020, bajo la administración del presidente Andrés Manuel López Obrador. Dichas reformas, significativas en su alcance, impactaron en gran medida al funcionamiento de las instituciones de salud, y desencadenaron una serie de consecuencia de gran relevancia.

En ese contexto, se puso fin al Sistema de Protección Social de Salud, conocido como Seguro Popular, bajo la justificación de combatir la corrupción, dando paso a la creación del INSABI. Esta transición representó un cambio radical en la forma en que operaba el sistema de salud en el país, al implementar un esquema centralizado en el plano federal para la gestión y financiamiento de la estructura médica



de las entidades federativas, con el propósito de brindar servicios de salud. Con el nuevo modelo del INSABI, todas las entidades federativas, mediante convenios de colaboración, cedieron su estructura sanitaria y personal médico al Gobierno Federal, que asumió la responsabilidad exclusiva del financiamiento del sistema de salud. Esta transición acarreo implicaciones significativas, siendo el desabasto generalizado de medicamentos uno de los principales problemas observados, en especial entre aquellos que dependían del INSABI para recibir atención médica. Esta escasez impactó de modo negativo en la disponibilidad y accesibilidad de tratamientos médicos para la población, lo cual genera inquietud y críticas hacia el nuevo sistema de salud.

De modo paralelo, la eliminación del Seguro Popular, que durante 16 años había sido el principal mecanismo para garantizar el derecho a la protección de la salud para toda la población, también tuvo repercusiones. La transición al INSABI provocó una crisis en el sector salud, caracterizada por dificultades para satisfacer las necesidades de atención médica de la población, escasez de medicamentos en las instituciones públicas de salud, largos tiempos de espera para la atención y déficit de personal médico. Aunque se abordaron estos temas desde la misma perspectiva nacional, cada entidad presentó desafíos particulares debido a las disparidades entre ellas.

El reconocimiento oficial del fracaso del INSABI por parte del gobierno, el 28 de abril de 2023 marcó un punto de inflexión en este proceso. Más tarde, se tomó la decisión de transferir sus funciones y servicios al IMSS-Bienestar, con el objetivo de consolidar una política universal de servicios de salud gratuitos y de calidad para todos los mexicanos, manteniendo la centralización en el gobierno federal. Los Estados están obligados a transferir los recursos recibidos del Fondo de Aportaciones para Servicios de Salud al Fondo de Salud para el Bienestar, destinado a atender enfermedades catastróficas, adquirir medicamentos e invertir en infraestructura y transferir recursos propios etiquetados para medicamentos e insumos al IMSS-Bienestar. Los acuerdos de colaboración suscritos entre los Estados y el IMSS-Bienestar tendrán una duración no menor de 30 años, en la actualidad ya se tienen acuerdos de colaboración con el gobierno federal y 23 Estados de la república mexicana.

En voz del presidente Andrés Manuel López Obrador, es un modelo universal de salud, busca reducir las brechas y cumplir con el mandato de hacer de la salud un derecho para todos. Si bien esta narrativa seduce, aún no se han presentado soluciones innovadoras para mejorar la atención médica para la población sin



seguridad social. Es fundamental que los errores cometidos con el Seguro Popular hayan servido de lecciones para corregir los impactos que dejó la falta de cobertura de servicios de salud para la población más vulnerable, en especial para todas las niñas, niños y adolescentes con cáncer del país.

## **La Ley de detección oportuna del cáncer en la infancia y la adolescencia**

En respuesta a los desafíos mencionados, surgió la necesidad de la creación de la Ley de Detección Oportuna del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia, con el propósito de abordar las demandas específicas de este grupo poblacional. Si bien el reconocimiento de la salud como un derecho humano en la Constitución representó un avance significativo, se hizo evidente la necesidad de políticas públicas y mecanismos legales específicos que faciliten su implementación y acceso.

El proceso gradual de reconocimiento de los derechos humanos y la priorización de los derechos de las niñas, niños y adolescentes permitió que el 7 de enero de 2021 se publicara en el Diario Oficial de la Federación la Ley General para la Detección Oportuna del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia. Esta iniciativa surgió de la Asociación Mexicana de Ayuda a Niños con Cáncer (AMANC) y fue enriquecida con las aportaciones de médicos especialistas, asociaciones civiles y organismos protectores de los derechos humanos. El proyecto de ley fue aprobado el 5 de diciembre de 2019 por la Cámara de Diputados con 406 votos a favor y ninguno en contra, cuenta a su vez con el respaldo de todos los partidos políticos. Luego, el 18 de noviembre de 2020, fue aprobado por el Senado de la República con 88 votos a favor.

La Ley General para la Detección Oportuna del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia representa un gran logro en la protección de los derechos de este sector vulnerable de la sociedad mexicana. Su objetivo es reconocer a las niñas, niños y adolescentes con cáncer como titulares de derechos humanos, con lo cual se establece de forma expresa la interdependencia, indivisibilidad, progresividad e integridad de estos derechos. Se enfatizan en especial el derecho a la vida, a la supervivencia y al desarrollo, con un enfoque en el interés superior del menor. Es responsabilidad del Estado garantizar y promover el respeto y protección del derecho a la salud, adoptando las medidas necesarias para lograrlo.

Esta legislación representa un avance significativo, al crear estrategias de detección y promoción para el cuidado de la salud en el cáncer infantil. Establecer estándares normativos para garantizar la atención médica integral, de calidad y universal para todos los niñas, niños y adolescentes con cáncer en el país, con el fin de reducir los



altos índices de mortalidad. La Ley refleja una ambiciosa respuesta a las necesidades del país en materia de salud y atención a la infancia y adolescencia con cáncer. Consta de 32 artículos que regulan la acción pública respecto al cáncer infantil mediante estrategias prioritarias, lo cual representa una profunda transformación en la vida de estos menores y adolescentes.

## Conclusiones

Resulta innegable el fallo del Estado mexicano en brindar cobertura de servicios de salud a este segmento tan vulnerable de la población. Conforme lo cita [Nava-urrete \(1994\)](#): “El Estado que desconoce e ignora los derechos humanos atenta y vulnera esa dignidad sagrada que posee cada ser humano y que viene dada por el simple hecho de serlo” (p. 19). Urgen, por lo tanto, acciones comprometidas del Gobierno para abordar y solucionar esta problemática social de gran magnitud que afecta a la salud y la vida de miles de niñas, niños y adolescentes con cáncer.

La salud ha sido la piedra angular en la agenda gubernamental. Desde la instauración del INSABI en 2020, se prometieron mejoras significativas en el sistema de salud, incluyendo una mayor cobertura, servicios médicos de calidad y un suministro de medicamentos. Sin embargo, las estrategias delineadas por el Gobierno Federal para establecer un sistema de salud universal han resultado en un rotundo fracaso, lo cual evidencia que no es factible mejorar las condiciones de salud con una asignación presupuestal tan insuficiente. Lo que ha provocado indignación por parte de las familias afectadas al ver que sus derechos fundamentales son violados de manera constante y sistemática.

En la actualidad, a través del IMSS-Bienestar, más allá de aspirar a mejorar el sistema de salud y alcanzar estándares similares a los de Dinamarca, el objetivo primordial debe restablecer por lo menos los niveles de atención del cáncer infantil que se tenían en 2019. Las niñas, niños y adolescentes con cáncer parecen invisibles ante las autoridades, quedando su salud desamparada. Frente a este panorama, resulta imperativo mejorar la protección de la salud en el sector más vulnerable de la población mediante acciones que enfaticen la prevención, la detección oportuna, el tratamiento y el control de la enfermedad.

Ante las falencias del sistema de salud, se hace indispensable poner en marcha la Ley de Detección Oportuna del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia, un mecanismo para transformar la realidad social, poder enfrentar los problemas que afectan a miles de niñas, niños y adolescentes con cáncer en el país y revertir los altos índices de mortalidad de los últimos años. A su vez, la Ley generará cambios





significativos en la atención del cáncer infantil, logrará un avance en la promoción y defensa del derecho humano a la salud y dignificará a la niñez mexicana.

## Referencias

- Animal Político. (2021, 24 de mayo). *AMLO adjudica desabasto de medicinas para niños con cáncer a sabotaje de distribuidoras*. <https://animalpolitico.com/2021/05/amlo-desabasto-medicinas-ninos-cancer-monopolios-empresas-distribuidoras>
- Asociación Mexicana de Ayuda a Niños con Cáncer. (2023, 24 de abril). *Informe anual 2022*. <https://www.amanc.org/wp-content/uploads/2023/06/Informe-2022-Ver-Small.pdf>
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión (2024). *Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes*. Artículo 50 [Capítulo Noveno]: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGDNNA.pdf>
- Campos, M. y Cano. (2022, 31 de julio). *El caso Fonsabi (o cómo disimular la catástrofe)*. <https://www.mexicoevalua.org/el-caso-fonsabi-o-como-disimular-la-catastrofe/>
- Carbonell, M. (2012). *Los derechos fundamentales en México*. UNAM-CNDH.
- Carbonell, M. (2016). *Los Derechos Humanos, Régimen Jurídico y Aplicación Práctica*. Centro de Estudios Carbonell, A.C.
- Carpizo, J. (1980). *La Constitución Mexicana de 1917*. UNAM.
- CIEP. (2020, 10 de octubre). *Gasto en salud y Objetivos de Desarrollo Sostenible*. <https://ciep.mx/gasto-en-salud-y-objetivos-de-desarrollo-sostenible/#:~:text=Aunque%20para%202022%20se%20propone,ubica%20en%202.93%20%25%20del%20PIB.>
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (2025). *Diario Oficial de la Federación*. <https://mexico.justia.com/federales/constitucion-politica-de-los-estados-unidos-mexicanos/>
- Elizondo, C. (2007, marzo-abril). El derecho a la protección de la salud. *Salud Pública México* 49(2), 144-155.
- El Financiero. (2022, 27 de agosto). *Padres de niños con cáncer marchan en CDMX para exigir medicamentos: 'químicos sí, desabasto no'*. <https://www.elfinanciero.com.mx/cdmx/2022/08/27/padres-de-ninos-con-cancer-marchan-en-cdmx-para-exigir-medicamentos-quimicos-si-desabasto-no/>
- El Universal. (2021, 20 de octubre). *Patricia Armendáriz pide pruebas de desabasto de medicinas; "he recibido muy pocos casos"*. <https://www.eluniversal.com.mx/nacion/patricia-armendariz-pide-pruebas-de-desabasto-de-medicinas-he-recibido-muy-pocos-casos/>
- Ferrajoli, L. (2014). *Derechos Fundamentales y Democracia*. Centro de Estudios Carbonell.
- Frias, G. (2020, 1 de Dic). *AMLO pronosticó que este 1 de diciembre México tendría un sistema de salud como el de Dinamarca*. <https://cnnespanol.cnn.com/video/por-que-es-tendencia-dinamarca-amlo-sistema-de-salud-publica-declaracion-enero-decreto-1-diciembre-2020-servicio-gratuito-redaccion-mexico/>



- García, J. E. (2015, junio-noviembre). El pensamiento precientífico sobre la salud y la enfermedad. *Ciencias Psicológicas*, 337-349. <https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/cienciaspsicologicas/article/view/619>
- Gobierno de México. (2019, 1 de julio). *Afiliación histórica del Sistema de Protección Social en Salud*.
- Gómez Dantes, O. y Ortiz, M. (2004 noviembre-diciembre). Seguro Popular de Salud. Siete perspectivas. *Salud Pública México*, 46(6), 585-596.
- Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. (2015, 17 de abril). *La importancia de los Tratados Internacionales en Derechos Humanos*. <https://www.juridicas.unam.mx/videoteca/capsula/1023-capsula-juridica-la-importancia-de-los-tratados-internacionales-de-derechos-humanos-contradiccion-de-tesis-293-2011>
- Lara, R. (2017). *Los Derechos Humanos en el Constitucionalismo Mexicano*. Porrúa.
- Martínez, M. P. (2021, 27 de mayo). *Compras de medicamentos vía UNOPS han dejado ahorros por 11,880 millones de pesos: Alcocer Varela*. Obtenido de El Economista: <https://www.economista.com.mx/empresas/Compras-de-medicamentos-via-UNOPS-han-dejado-ahorros-por-11880-millones-de-pesos-Alcocer-Varela-20210527-0065.html>
- Montes de Oca, D. (2020, 30 de septiembre). *Alcocer niega desabasto de medicamentos oncológicos para menores de edad*. <https://www.contrareplica.mx/nota-Alcocer-niega-desabasto-de-medicamentos-oncologicos-para-menores-de-edad-202030931>
- Naciones Unidas Oficina del Alto Comisionado de Derechos Humanos [OACNUDH] (s.f.). *El derecho a la salud: aspectos fundamentales e ideas erróneas comunes*. <https://www.ohchr.org/es/health/right-health-key-aspects-and-common-misconceptions>
- OACNUDH (1966). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Artículo 12*. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>
- OACNUDH (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño. Artículo 24, [Parte 1]*: <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>
- OACNUDH (2000). *Observación General N° 14 [General Comments]*. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>
- Navarrete, T. A. (1994). *Los Derechos Humanos al Alcance de Todos*. Diana.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1948, 7 de abril). *Constitución*. <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (s.f.). *Financiamiento de los sistemas de salud*. <https://www.paho.org/es/temas/financiamiento-sistemas-salud>
- Radbruch, G. (1974). *Introducción a la Filosofía del Derecho*. Fondo de Cultura Económica.
- Ruiz, J. (1985, enero-febrero). El derecho a la protección de la salud y la responsabilidad del Estado. *Salud Pública de México*, 27(1), 3-9. <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/476?articlesBySimilarityPage=37>
- Semanario Judicial de la Federación. (2015, septiembre). *Tesis Aislada: IX.Io.1 CS (10a.). Tribunales Colegiados de Circuito. Décima Época. Libro 22, Tomo III, página 2014. Registro digital: 2010052*. <https://sjf2.scjn.gob.mx/detalle/tesis/2010052>



- Semanario Judicial de la Federación. (2019, septiembre). *Tesis Aislada: 2a. LVII/2019 (10a.). Segunda Sala. Décima Época. Libro 70, Tomo I, página 420. Registro digital: 2020588*. <https://sjf2.scjn.gob.mx/detalle/tesis/2020588>
- Semanario Judicial de la Federación. (2021, marzo). *Tesis Aislada 1a. XIII/2021 (10a.). Primera Sala. Décima Época. Libro 84, Tomo II, página 1225. Registro digital: 2022890*. <https://sjf2.scjn.gob.mx/detalle/tesis/2022890>
- Semanario Judicial de la Federación. (2021, marzo). *Tesis aislada 1a. XV/2021 (10a.) Primera Sala. Décima Época. Libro 84, Tomo II, página 1224. Registro digital: 2022889*. <https://sjf2.scjn.gob.mx/detalle/tesis/2022889>
- Semanario Judicial de la Federación. (2023, 30 de octubre). *Tesis Aislada 1a./J. 151/2023 (11a.) Primera Sala. Undécima Época. Libro 30, Tomo II, página 1815. Registro digital: 2027440*. <https://sjf2.scjn.gob.mx/detalle/tesis/2027440>
- Shalkow, J. (2017, febrero). *Cáncer infantil en México. Situación actual y retos*. <https://www.paho.org/sites/default/files/Cancer-infantil-en-MEXICO.pdf>
- Suárez, K. (2021, 29 de junio). *López-Gatell afirma que las denuncias de desabasto de medicamentos oncológicos tienen fines “golpistas”*. <https://elpais.com/mexico/sociedad/2021-06-28/lopez-gatell-afirma-que-las-denuncias-de-desabasto-de-medicamentos-oncologicos-tienen-fines-golpistas.html>
- Suárez, K. (2021, 1 de julio). *Unos 400 padres de niños con cáncer protestan contra el desabasto de medicamentos en México*. <https://elpais.com/mexico/sociedad/2021-06-30/unos-400-padres-de-ninos-con-cancer-protestan-contr-a-el-desabasto-de-medicamentos-en-mexico.html>
- Suárez, K. (2022, 17 de junio). *El desabasto de medicamentos oncológicos para niños en México, un asunto pendiente por más de 955 días*. <https://elpais.com/mexico/sociedad/2021-06-17/el-desabasto-de-medicamentos-oncologicos-para-ninos-en-mexico-un-asunto-pendiente-por-mas-de-955-dias.html>
- Suprema Corte de Justicia de la Nación [SCJN]. (2011, julio). *Varios 912/2020. Caso Rosendo Radilla Pacheco*. <https://www2.scjn.gob.mx/AsuntosRelevantes/pagina/SeguimientoAsuntosRelevantesPub.aspx?ID=121589&SeguimientoID=225>
- The Global Economy.com. (2021). *Dinamarca: Gasto en salud como % del PIB*. [https://es.theglobaleconomy.com/Denmark/health\\_spending\\_as\\_percent\\_of\\_gdp/](https://es.theglobaleconomy.com/Denmark/health_spending_as_percent_of_gdp/)

