



Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), enero-febrero 2026,
Volumen 10, Número 1.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v10i1

EL JUICIO DE AMPARO COMO GARANTÍA DEL DERECHO A LA SALUD EN MÉXICO

**THE AMPARO TRIAL AS A GUARANTEE OF THE RIGHT TO HEALTH
IN MEXICO**

José Martín Reyes Pérez
Universidad Autónoma del Estado de México

El juicio de amparo como garantía del derecho a la salud en México

José Martín Reyes Pérez¹

jmrpvm2005@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-8443-6973>

Universidad Autónoma del Estado de México
Centro Universitario UAEM Amecameca.

RESUMEN

En México la población tiene derecho a la protección a la salud, plasmado en la Constitución Mexicana en su 4º artículo, en este artículo el Estado asume el garantizar atención integral y gratuita a toda la población, tratando de buscar los ejes y estructuras que avalen el proporcionar servicios de salud, medicamentos e insumos gratuitos, pero cabe mencionar que también dentro de esta garantía no se establece claramente los ejes de esta protección a la salud. De esta forma, ¿si el Estado no responde a esta garantía de protección a la salud, el juicio de amparo en salud sería una herramienta justa para obtener salud en México? Cabe mencionar que el juicio de amparo es también un derecho, pero que tanto este puede garantizar salud en un sistema obsoleto y repleto de múltiples problemas.

Palabras clave: juicio de amparo, derecho, leyes, salud, sistema de salud, imss, isste, imss-bienestar

¹ Autor principal

Correspondencia: jmrpvm2005@hotmail.com

The amparo trial as a guarantee of the right to health in Mexico

ABSTRACT

In Mexico, the population has the right to health protection, enshrined in Article 4 of the Mexican Constitution. This article establishes the State's responsibility to guarantee comprehensive and free healthcare to the entire population, seeking to establish the framework and structures that support the provision of free health services, medications, and supplies. However, it should be noted that this guarantee does not clearly define the specific aspects of this health protection. Therefore, if the State fails to uphold this guarantee of health protection, would the amparo proceeding in health matters be a just tool for obtaining healthcare in Mexico? It is worth mentioning that the amparo proceeding is also a right, but to what extent can it guarantee healthcare in an obsolete system riddled with problems?

Keywords: amparo proceeding, law, laws, health, health system, imss, issste, imss-bienestar

*Artículo recibido 02 enero 2026
Aceptado para publicación: 30 enero 2026*



INTRODUCCIÓN

La salud es un derecho humano fundamental y el Estado es el garante principal de su cumplimiento a través de políticas públicas y cobertura universal (Casas, 2025). A nivel de marcos legales internacionales, se encuentra reconocido en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1946), la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)(1966) y tratados como la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979), Convención sobre los Derechos del Niño de 1989, el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (1991), entre otros. Este derecho implica obtener el más alto nivel posible de bienestar físico y mental, incluyendo no sólo la atención médica, sino también el abatir los determinantes sociales de la salud como dotar de agua potable, control de saneamiento, alimentación saludable, vivienda, búsqueda de entornos saludable, garantía de trabajo y educación.

Es así, que el derecho a la Salud se fue desarrollando a través de las demandas sociales de los ciudadanos y los cambios en las concepciones e implicaciones en torno a la concepción de “la salud” transitando desde la mirada de la beneficencia pública hasta su consideración como un derecho que integra no sólo la idea de curar, sino también de prevenir y mejorar las condiciones físicas y sociales del ser humano, lo cual implica un mayor compromiso económico y administrativo por parte de los Estados.

De esta manera, para alcanzar el grado máximo de salud y garantizar este derecho, queda a merced de los esfuerzos del Estado para articular de manera conjunta los diferentes determinantes con la inversión de recursos económicos a favor de mantener la salud, lo cual incluye tener una corriente ideológica de justicia sanitaria con la posibilidad de tener una vida digna y un desarrollo individual y social.

DESARROLLO

Justicia sanitaria: la materialización del derecho a la salud

Como se ha señalado previamente, el derecho a la salud requiere de decisiones políticas y económicas que velen y garanticen por este derecho, lo cual abre el debate sobre la justicia sanitaria en referencia a la justicia distributiva. Este debate se retoma de las posturas teóricas de la filosofía política sobre la



organización y distribución de los servicios de salud señalando cuatro concepciones ideológicas: *libertarias, utilitaristas, igualitaristas y comunitaristas*.

La noción liberal de la justicia sanitaria se enfoca en la libertad individual y el mercado para la provisión de salud, basado en la oferta y la demanda, limitando la intervención estatal. Esta noción favorece la mercantilización de la salud y los servicios privados como bienes públicos.

Por su parte desde las teorías utilitaristas, se buscan acciones o prácticas correctas y justas que den como resultado el mayor beneficio posible de utilidad. El objetivo principal es la salud de la comunidad y no sólo del paciente individual, además que enfoca usar los recursos de manera óptima. Desde esta perspectiva la salud se considera un derecho siempre y cuando éste responda al principio de máxima utilidad social, por lo que está condicionado a determinadas situaciones, colectivos, condiciones culturales y los resultados eficientes.

En contraparte, la concepción igualitarista hace alusión a una justa igualdad de oportunidades, bajo un modelo ideal de justicia distributiva. Esta corriente considera que cada miembro de la sociedad debe tener igual acceso a un nivel de asistencia adecuado, dependiendo de los recursos sociales disponibles. Esta mirada posibilita el desarrollo de sistemas de salud universales y equitativos con amplia responsabilidad del Estado, sin embargo, excluye la discusión sobre las inequidades y no reconoce las diferencias culturales y las desigualdades históricas entre grupos humanos.

Por su parte, la concepción comunitarista prioriza el bienestar colectivo y la solidaridad, enfocándose en la distribución equitativa de los recursos sanitarios acorde a la necesidad, buscando la igualdad de oportunidades de alcanzar una vida saludable, considerando los determinantes sociales y culturales con énfasis en la responsabilidad comunitaria sobre la salud como un bien social universal independientemente de la riqueza.

Cada Estado construye la concepción de “salud” y determina sus políticas públicas, donde se pueden observar los diferentes matices de las cuatro concepciones descritas, que permean en la materialización de los sistemas de salud, que en ocasiones suelen ser contradictorias a las garantías del derecho a la salud y de justicia sanitaria.

El principio normativo de justicia sanitaria busca distribuir de manera equitativa los recursos de atención médica sin distinción de clase, género o condición socioeconómica, mediante intervenciones



preventivas, curativas y de rehabilitación. Para lograr este objetivo, se requiere que el Estado tenga una intervención activa sobre el mercado sanitario, la distribución de los recursos y priorice la equidad sobre la rentabilidad. Para lograr la justicia sanitaria, Rotondo (Rotondo, 2017) señala se requiere de principios y criterios fundamentales como:

- a) Principio de equidad: todas las personas tienen derecho a acceder a los recursos y servicios sin discriminación.
- b) Solidaridad: las personas y las comunidades tienen la responsabilidad de apoyar a quienes tienen necesidades de salud mayores.
- c) Criterio de eficiencia: los recursos y servicios deben utilizarse de manera efectiva y evitar su desperdicio y duplicación.
- d) Criterio de transparencia: las decisiones sobre la distribución de los recursos y servicios deben ser claras y justificables.

La justicia sanitaria abre un debate sobre la misma justicia y el orden social, la participación del Estado en la garantía del derecho a la salud y los efectos globales de la mercantilización de la salud y los poderes facticos implicados. Pese a que el derecho a la salud cuenta con normas internacionales apegados en los derechos humanos, la construcción de la justicia sanitaria pasa, necesariamente por la defensa del derecho a la salud y voluntad política (De Currea-Lugo, 2010).

La realidad en los sistemas de atención a la salud: la caída de la seguridad social

Los sistemas de salud en México tienen su origen en el período posrevolucionario, y bajo el mandato de Lázaro Cárdenas y la concepción que el Estado debía establecer las bases de la seguridad social, lo que sirvió para la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS-1942) y la Secretaría de Salubridad y Asistencia, ésta última se transformaría en 1985 en la Secretaría de Salud. La primera brindando servicios de atención a la salud a trabajadores asalariados formales del sector privado y a familiares de éstos. La segunda encargada de prestar atención a trabajadores sin alguna actividad asalariada formal y población abierta.

Posterior a su creación de estas dos instituciones, le siguieron una fragmentación del sistema de salud basada en la condición laboral de la población, así se creó el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Fuerzas Armadas o Petróleos Mexicanos



(PEMEX, SEDENA; MARINA), dando como resultado una compleja red de servicios, ya que además se realizó una atención por niveles de atención: primer nivel preventivo-curativo, segundo y tercer nivel de especialización y subespecialización respectivamente (Robledo, 2024).

Con cada sexenio los sistemas de salud tuvieron transformaciones acordes al programa de Gobierno y las estrategias técnicas o administrativas. En la época de los '80 se marcó una tendencia a la descentralización que coincide con la modificación del artículo 4º de la Constitución que elevó a rango constitucional el derecho a la protección de la salud, pero paradójicamente éste no estuvo acompañado de garantías institucionales para que se cumpliera y protegiera con las medidas legislativas y presupuestarias que se requerían (Lomelí, 2001; Casas, 2014).

Durante el período comprendido entre 1980-2000 se realizó un proceso de racionalización y descentralización de las ya segmentadas instituciones de salud, lo cual conllevó a una disminución del presupuesto de operación e inversión, favoreciendo la apertura de la actividad privada, los seguros de gastos médicos y el aumento del gasto bolsillo. Así mismo se creó las Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORES) con empresas privadas para el manejo de los sistemas de pensiones y el Sistema de Ahorro para el retiro (SAR) favoreciendo la administración de estos fondos por empresas privadas. Del año 2000 al 2018 bajo el gobierno de Vicente Fox se promulgó la Ley de Protección Social en Salud y se creó el Sistema Nacional de Protección Social mejor conocido como Seguro Popular. Este modelo de pluralismo estructurado avanzó en la separación de las funciones de la Secretaría de Salud Federal segmentando y redefiniendo las acciones en salud para la población de bajos recursos. Esta época de franca descentralización se extendió hasta el gobierno de Felipe Calderón a fin de consolidar un Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) de aproximadamente 294 intervenciones y un fondo para algunas enfermedades llamadas catastróficas. En el sexenio de Enrique Peña entre 2012-2018, se privilegiaron más reformas estructurales privatizadoras y se continuó con el deterioro y segmentación del sistema público y de seguridad social, favoreciendo el crecimiento de una importante empresa de outsourcing en salud que operó tanto en instituciones públicas como privadas. Todas estas reformas neoliberales fragmentaron la gobernanza del sistema de salud con sus respectivas implicaciones en la organización de los servicios y los procesos operativos para una estrategia coordinada que conllevó a una precariedad en las



infraestructuras, el personal y todos los servicios destinados para la atención, lo cual fue mayormente evidenciada en la pandemia de COVID-19, retroalimentando la mala percepción de los usuarios por los sistemas de salud (Venegas & Feregrino, 2022) (Pérez Juárez, 2022).

El derecho a la salud en el contexto mexicano

En México desde febrero de 1983 una reforma introdujo el derecho al acceso de la salud en el artículo 4º constitucional abarcando aspectos médicos y también jurídicos. Después de cuatro décadas de neoliberalismo, el gobierno de Andrés Manuel López Obrador propuso realizar cambios en el sistema de salud mexicano a fin de superar la etapa de mercantilización, privatización y privilegios a grupos de interés vinculados al sector salud, reorientando la política hacia la universalización de los servicios de salud y a medicamentos gratuitos a toda la población independientemente de su relación laboral, condición social, económica o situación migratoria.

Esto demarca dos modelos de concepción y atención a la salud en esta región: el conocido como de “acceso y cobertura universal de salud” (OMS , 2005) (OMS, 2010), donde la salud es un derecho humano individual, de resolución en el mercado, el Estado garantiza los mínimos generales establecidos por la ley favoreciendo el modelo de aseguramiento privado (Laurell & Herrera, 2010). El segundo, con la concepción del “derecho universal a la salud”, la salud es entendida como un derecho humano colectivo producto de un conjunto de determinaciones vinculadas a las condiciones de vida de los sujetos en su pertenencia social (de clase, género y etnia), siendo los servicios de salud uno de estos determinantes (López & Jarillo , 2015).

En el sexenio actual de Claudia Sheimbaum, acorde a lo manifestado en el Programa Sectorial en Salud 2025-2030, se tiene una concepción universal de la salud y se busca garantizar el acceso universal a los servicios para cerrar las brechas y asegurar la gratuidad de la atención sin importar la condición laboral. Por otro lado, busca incrementar la capacidad resolutive y calidad de la atención médica, así como garantizar la entrega oportuna de medicamentos e insumos para la salud (Diario Oficial de la Federación, 2025).

Pese a la concepción universal y el compromiso del Estado para cumplir y hacer cumplir el derecho a la salud, las demandas en salud en México es alta y creciente, acentuada por las enfermedades crónicas degenerativas (obesidad, diabetes, hipertensión arterial) y enfermedades de alto costo



(cáncer, enfermedades cardiovasculares, insuficiencia renal crónica, VIH/SIDA) lo que genera una fuerte presión sobre el sistema de salud que al no contar con los recursos suficientes condicionan un incremento en el gasto de bolsillo y la búsqueda de servicios privados, lo que ha motivado en los afectados a buscar recursos jurídicos a fin de defender su derecho a la protección de la salud.

El amparo, como instrumento jurídico para exigir el derecho a la salud

El juicio de amparo en México es un proceso legal fundamental que protege los derechos humanos de los ciudadanos frente a actos de autoridad que puedan considerarse violatorios de la Constitución. En el contexto del sector salud, un juicio de amparo puede presentarse cuando un ciudadano considera que alguna acción u omisión de una autoridad sanitaria vulnera sus derechos fundamentales.

Diferentes medios de comunicación han señalado el incremento en el número de amparos relacionados principalmente con: negativa de tratamiento médico, desabastecimiento de medicamentos, maltrato o negligencia médica y falta de acceso a servicios de salud (Agencias, 2025) (Nochebuena, 2023) (Macay, 2025) (Toche, 2024). No hay una cifra única y actualizada de cuántos amparos hay contra el IMSS, pero se sabe que son miles y han aumentado significativamente en los últimos años, principalmente por desabasto de medicamentos y falta de atención médica, con miles de juicios anuales; por ejemplo, en 2022 se registraron más de 1,000 amparos solo por falta de medicinas y en años recientes han sumado cientos más por atención médica, mostrando una tendencia creciente de litigios contra el instituto (Roldán, 2024) (Chávez, 2023). Mismo es el escenario en el ISSTE y Secretaria de Salud donde las negativas de atención son apenas el pico de un iceberg de violencia estructural donde predomina la precarización:

...” A la señora María Apolinar Rico le detectaron cálculos biliares en octubre de 2021. Desde esa fecha buscó atención médica por parte del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores (Issste) en Puebla. La respuesta fue ponerle un stent biliar, pese a que la especialista a cargo de su caso recomendó una laparoscopia. El stent es especialmente invasivo para alguien de su edad, pues necesita cambiarse cada tres meses; y aunque desde el 14 de enero este caducó, María no ha sido intervenida...” (Cruz, 2022)

Si bien es cierto que las problemáticas inherentes al derecho a la salud son las que motivan los reclamos judiciales, la discusión jurídica se centra en la exigibilidad de los Derechos Económicos, Sociales y



Culturales (DESC), como la salud y la educación, cuyo diseño normativo está redactado de manera abstracta e indeterminada. Por lo que respecta a México "... 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..." Lo cual no aclara sobre el contenido esencial ni para la concreción de dichas prestaciones.

Un ejemplo de ello son las demandas recurrentes de falta de disponibilidad de medicamentos y otros insumos para la salud que están limitados por los compendios o catálogos que dispone la normatividad, contrario a ello no se definen los alcances o términos en las que las instituciones de salud se encuentran obligadas a dar cumplimiento a la obligación de otorgar medicamentos.

... "familiares de niños atendidos en el Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto" lograron el primer fallo judicial a favor de 10 pacientes para que el Instituto de Salud para el Bienestar ... destinen los recursos necesario para la compra inmediata de los medicamentos, pero han pasado casi 20 días y el fallo no se cumple..." (Salazar & Robles , 2021).

Los diagnósticos oportunos, así como su tratamiento son parte del derecho a la protección de la salud que está obligatorio a garantizar cada una de las instituciones del Sistema Nacional de Salud... *"Un Juzgado de Distrito otorgó un amparo contra el IMSS, con efectos inmediatos, ante la probabilidad de un deterioro grave e irreversible..." (Poder Judicial de la Federación, 2025).* Esto implica la realización de los estudios y procedimientos diagnósticos necesarios, así como otorgar las consultas especializadas e incluso garantizar la rehabilitación.

Otro punto a señalar es que se debe respetar el derecho a los servicios de salud independientemente del régimen de seguridad social que le asista, lo cual implica una serie de políticas públicas con enfoque de derechos a fin de disminuir los procesos administrativos complejos que se expresan como demora, negativa u omisiones de los servicios médicos lo que requiere una coordinación de las Instituciones de Salud, junto con las autoridades federales, estatales y municipales, judiciales y legislativas con el ideal de preservar y anteponer el derecho a la salud (González, 2023) (Martínez, 2023) (Cobo-Armijo, Charvel, & Pelcastre-Villafuerte, 2021). La protección del derecho a la salud no sólo se centra en las instituciones de seguridad social también en respetar los elementos esenciales para que una persona pueda acceder a todo lo que implica gozar de niveles de salud.



Pese a que el Juicio de Amparo es un instrumento de protección al acceso a la salud, su efectividad radica en el entendimiento de los derechos desde perspectivas más allá de la ley y de la eficacia del Estado en el cumplimiento de este derecho (Campos-Montejo & Acosta-Toraya, 2024).

Aunado a esto, se suma la reforma a la Ley de Amparo de 2025 lo cual atenta contra los derechos colectivos eliminando la posibilidad que una sola demanda proteja a comunidades enteras fragmentando la defensa y obligando a presentar amparos individuales. En este mismo sentido, no procedería la denuncia por falta de recursos materiales o asistenciales en los sistemas de salud argumentando falta de presupuesto.

CONCLUSIÓN

La protección a la salud es una aspiración que está lejos de cumplirse. Entre los elementos de diagnóstico identifica: instalaciones abandonadas, sobre carga de servicios, falta de personal, medicamentos e insumos básicos, un sistema público descentralizado, segmentado y con disminución del presupuesto desde 2015.

Los años de neoliberalismo de distintos gobiernos de México entre 1982 y 2018, se profundizó su división y privilegió la participación de actores privados. Como consecuencia, se recibió un sector público con un limitado presupuesto (Gobierno de México y SSA, 2019).

Es importante conocer los derechos que le asisten a la población como parte del contenido esencial del derecho a la salud en todas sus vertientes, tanto en la protección contra riesgos sanitarios, las acciones de prevención y promoción de la salud, la vigilancia sanitaria, la investigación para la salud, enfermedades transmitidas por vectores y desde luego la atención médica.

Para los pacientes, esta situación significa que deban acudir con su propio material de curación, esperar largos tiempos para ser sometidos a una intervención quirúrgica, saturación de quirófanos, descomposturas o falta de equipo e incluso, no tener acceso a terapias y tratamientos por no estar afiliados a ninguna institución de seguridad social.

No existen estadísticas precisas y actualizadas sobre los juicios de amparo en contra del sector salud en México puede ser complicado debido a la falta de un registro centralizado y a la diversidad de casos.

La efectividad del Juicio de Amparo radicará en la concepción de la protección de la salud desde una perspectiva de los derechos con las implicaciones que esto conlleva por parte del Estado, el Poder



Judicial, el Poder Legislativo, para que pueda ser materializado en el Sistema de Salud independientemente de la condición de Seguridad Social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agencias. (2025). Crecen amparos en 2025 por falta de atención médica y medicamentos en México.

Periódico Enfoque. doi: <https://www.periodicoenfoque.com.mx/nacional/crecen-amparos-en-2025-por-falta-de-atencion-medica-y-medicamentos-en-mexico>

Campos-Montejo, R., & Acosta-Toraya, A. E. (2024). Efectividad del derecho humano a la salud a través del juicio de amparo. *Horizonte sanitario*, 23(1), 189-202. doi: 10.19136/hs.a23n1.5665

Casas, D., Rodríguez, A. (2014). La caída de la Seguridad Social en México: caso IMSS. *Arch Inv Mat*

Inf 2014; 6 (2). Doi: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=56526>

Casas Patiño, D., Rodríguez Torres, A., Quintana, J. V., & Véliz, A. (2025). La salud colectiva para el

análisis del proceso salud/enfermedad/atención/cuidado/vida/muerte. *Clío. Revista De Historia, Ciencias Humanas Y Pensamiento Crítico*, (10), 1541-1577.

<https://doi.org/10.5281/zenodo.15548952>

Chávez, V. (31 de julio de 2023). Se disparan 950% los amparos contra desabasto de medicamentos en sólo tres años. *El Financiero*.

Cobo-Armijo, F., Charvel, S., & Pelcastre-Villafuerte, B. E. (2021). La judicialización del derecho a la

protección de la salud desde la óptica de los actores clave. *Salud Publica Mex.*, 63, 308-313. doi:

<https://doi.org/10.21149/10491>

Cruz, D. (31 de enero de 2022). Inicia juicio contra ISSSTE por negar atención a mujer de 92 años. *Pie*

de Página.

De Currea-Lugo, V. (2010). El médico de la caverna de Platón: la justicia sanitaria en la globalización.

Revista Colombiana de Bioética, 5(2), 38-52. Obtenido de

<https://www.redalyc.org/pdf/1892/189218186004.pdf>

Diario Oficial de la Federación. (04 de septiembre de 2025). *PROGRAMA Sectorial de Salud 2025-*

2030.

Obtenido

de

https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5767240&fecha=04/09/2025#gsc.tab=0



- González, I. (2023). Derechos innominados en el Sector Salud. *Revista Conamed*, 28(supp 1), s27-s36.
doi:doi: 10.35366/113809
- Laurell, A., & Herrera, J. (2010). La Segunda Reforma de Salud. Aseguramiento y compraventa de servicios. *Salud Colectiva*, 6(2), 137-148.
- Lomelí, L. (2001). Perspectivas de la seguridad social en México. *Rev Mex Sociol.*, 63(1), 203-20. doi:
<https://doi.org/10.2307/3541207>
- López , A., & Jarillo , E. (2015). Hacia dónde debe ir el sistema de salud en México? una perspectiva desde el derecho a la salud. *Medicina Social*, 10(1), 1-13.
- Macay, M. (20 de mayo de 2025). Promueven más de 20 amparos por crisis de salud en hospitales del sur de Tamaulipas. Obtenido de <https://oem.com.mx/elsoldetampico/local/promueven-mas-de-20-amparos-por-crisis-de-salud-en-hospitales-del-sur-de-tamaulipas-23393763>
- Martínez, A. (2023). Desafíos del derecho a la protección de la salud en México. *Revista Jurídica Mario Alario D'Filippo*, 15(29), 29-51. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8982575.pdf>
- Nochebuena, M. (04 de abril de 2023). Amparos para obtener acceso a la salud aumentan siete veces en cinco años: falta de medicamentos, la causa más frecuente. *Animal Político*. Obtenido de <https://animalpolitico.com/salud/amparos-acceso-salud-aumentan-cinco-anos>
- OMS . (2005). Achieving universal health coverage: developing the health financing system. Ginebra.
- OMS. (2010). Informe sobre la Salud en el Mundo. Financiamiento de la cobertura universal. Ginebra. Obtenido de <https://www.paho.org/es/documentos/informe-sobre-salud-mundo-2010-financiacion-sistemas-salud-camino-hacia-cobertura>
- Pérez Juárez, N. N. (2022). Neoliberalismo y sus efectos en los servicios de salud pública: el caso de los trabajadores de la salud que enfrentan la pandemia de la covid-19. *Revista Internacional de Salarios Dignos*, 4(1), 1-25. Obtenido de <https://repositorio.lasalle.mx/items/2f38c974-1a74-4fe4-94ba-610733deb462>
- Poder Judicial de la Federación. (2025). *Juicio de Amparo 631/2025-I-A*. Ciudad de México: 1 de junio de 2025.
- Robledo, Z. (2024). La transformación del sistema de salud mexicano. *Salud Pública de México*, 66(5),



767-73. doi: <https://doi.org/10.21149/15742>

Roldán, N. (13 de agosto de 2024). El IMSS suma 300 amparos de pacientes que demandan atención médica; 35 han fallecido mientras esperaban tratamiento. *Animal político*.

Rotondo, M. T. (2017). Introducción a la bioética. *Política y Cultura Primavera*, 32(3), 240-248.

Obtenido de <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ruc/v32n3/1688-0420-ruc-32-03-240.pdf>

Salazar , R., & Robles , I. (25 de junio de 2021). Amparos, promesas y no llegan medicinas. *Reforma*.

Obtenido de <https://www.reforma.com/amparos-promesas-y-no-llegan-medicinas/ar2209258>

Toche, N. (2024). Radiografía del Desabasto de medicamentos en México: "7,5 millones de recetas no surtidas en 2023". *Medscape*. Obtenido de

<https://espanol.medscape.com/verarticulo/5912519?form=fpf>

Venegas, M., & Feregrino, J. (2022). Fragmentación de la gobernanza en salud: desigualdad y precarización laboral en los profesionales de la salud. *Revista Administración y Organizaciones*,

25(48), 89-105. doi: <https://doi.org/10.24275/uam/xoc/dcsh/rayo/2022v25n48/feregrino>

