

Informe diagnóstico sobre el **derecho a la salud** de las mujeres





Comisión Nacional de los Derechos Humanos
Cuarta Visitaduría General
Programa de Asuntos de la Mujer y de
Igualdad entre Mujeres y Hombres
PAMIMH

Informe diagnóstico sobre el derecho a la salud de las mujeres



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

Periférico Sur 3469,
Col San Jerónimo Lídice,
Magdalena Contreras
C.P. 10200, Ciudad de México, México

Área emisora:

Cuarta Visitaduría General
Programa de Asuntos de la Mujer y
de Igualdad entre Mujeres y Hombres
(PAMIMH)

<https://igualdaddegenero.cndh.org.mx/>

2025



Índice

Introducción.....	6
1. Marco de referencia del derecho a la salud.....	8
2. Consideraciones metodológicas.....	25
3. Situación del derecho a la salud de las mujeres.....	29
4. Consideraciones finales.....	62
5. Bibliografía.....	66

Índice de siglas y acrónimos

AIDH	Atlas de Igualdad y Derechos Humanos.
CEDAW	Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.
CNDH	Comisión Nacional de los Derechos Humanos.
Convención de Belém do Pará	Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer.
CoDESC	Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
CoCEDAW	Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer.
CPEUM	Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
ENASIC	Encuesta Nacional para el Sistema de Cuidados.
ENBIARE	Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado
ENDIREH	Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares
EPU	Examen Periódico Universal
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
LGIMyH	Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres.
ONU	Organización de las Naciones Unidas.
PAMIMH	Programa de Asuntos de la Mujer y de Igualdad entre Mujeres y Hombres.
PIDESC	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
PNMIMH	Política Nacional en Materia de Igualdad entre Mujeres y Hombres.
SEMU	Secretaría de las Mujeres.
SNIEyG	Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica.

Introducción

El derecho a la salud es un derecho humano fundamental, que coadyuva a garantizar la autonomía física de las mujeres, su empoderamiento y bienestar. Este derecho está consagrado en el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Además, en el artículo 2° se reconoce el derecho de los pueblos y las comunidades indígenas a la medicina tradicional y a la partería, al tiempo que dispone obligaciones a las autoridades de garantizar un sistema de salud con perspectiva intercultural. A estas disposiciones se suma el artículo 1° constitucional, que establece como base fundamental que, todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos tanto en la propia constitución como en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte; y plantea el deber de todas las autoridades de promover, respetar, proteger y garantizar dichos derechos, actuando siempre bajo el principio pro-persona.

En el ámbito regional e internacional existen diversas convenciones y tratados que respaldan tanto el contenido como las obligaciones del Estado Mexicano vinculadas con el derecho a la salud de las mujeres. Este marco normativo abarca desde la Declaración Universal de los Derechos Humanos hasta compromisos regionales más recientemente asumidos, como el “Compromiso de Tlatelolco”, aprobado en el marco de la Decimosexta Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe en el año 2025.

La Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), elabora el presente documento diagnóstico sobre el derecho a la salud de las mujeres, cuyo objetivo general es ofrecer un panorama contextual que permita identificar los avances y retos en México en el ejercicio de este derecho. El diagnóstico se estructura en cuatro apartados, en el primero se aborda el marco de referencia del derecho a la salud, detallando las principales convenciones, tratados internacionales y normas nacionales

que establecen obligaciones a las autoridades en la materia; en el segundo se exponen las consideraciones metodológicas que sustentan el análisis. En el tercer apartado se explora la situación del derecho a la salud de las mujeres, a partir de indicadores relacionados con temáticas relativas al acceso a los servicios de salud, el embarazo en adolescentes, la violencia obstétrica, el aborto, la salud mental, entre otros. Por último, se presentan las consideraciones finales con las reflexiones a partir de los hallazgos encontrados.

La información y análisis que arroja el este informe permite conocer las condiciones de diversos indicadores sobre el derecho a la salud de las mujeres. Asimismo, sirve de línea base para próximos estudios o investigaciones que contribuyan al monitoreo y seguimiento de los avances, cambios y tendencias al cierre de la implementación del próximo Programa Nacional para la Igualdad entre Mujeres y Hombres correspondiente a la actual administración del gobierno federal.

Por último, referimos que la elaboración de este estudio se enmarca en las facultades otorgadas a este organismo autónomo, conforme al artículo 6° de la Ley de la CNDH, el cual establece que, esta comisión tiene atribuciones con relación a la observancia del seguimiento, evaluación y monitoreo en materia de igualdad entre mujeres y hombres. Asimismo, el artículo 59 de su Reglamento Interno señala que dicha observancia estará a cargo de un programa especial; aunado a ello, la Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres (LGIMyH), en sus artículos 22, 46 y 48 designa a la CNDH como la entidad encargada de dicha observancia y determina acciones concretas como: evaluar el impacto en la sociedad de las políticas y medidas que afecten a los hombres y a las mujeres en materia de igualdad; proponer la realización de estudios e informes técnicos de diagnóstico sobre la situación de las mujeres y hombres en materia de igualdad; difundir información sobre dicha igualdad, entre otras que sean necesarias para cumplir los objetivos de la Ley.

1. Marco de referencia del derecho a la salud

El derecho a la salud está reconocido en diversos instrumentos internacionales, incluyendo declaraciones, protocolos, convenciones, conferencias y consensos. Varios de estos documentos abordan de manera específica el derecho a la salud de las mujeres, así como la salud sexual y reproductiva. Además, algunos de ellos prestan especial atención a grupos específicos como mujeres migrantes, con discapacidad, indígenas y adolescentes. A continuación, se enlistan algunos de los principales instrumentos que consagran este derecho:

Tabla 1. *Principales instrumentos internacionales y regionales del derecho a la salud, la salud de las mujeres y grupos en situación de discriminación¹.*

Declaración Universal de los Derechos Humanos (Art. 25)

Declaración de los Derechos de los Pueblos Indígenas (Art. 17, 21, 23, 24 y 29)

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Art. 12)

Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial (Art. 5 e) frac. iv)

Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (Art. 10 h; art. 11) f); 12 y 14 2) b)

Convención sobre los Derechos del Niño (Artículo 24, 25, 32, 39)

Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares: (Artículos 25, 28, 43 párr. 1 e); 45 párr. 1 c); 70)

Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Artículo 16 párr. 4; art. 22 párr. 2; art. 25 y 26)

Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (Art. 11)

¹ Para fines de este documento, se destacan algunos artículos específicos; sin embargo, es importante tener en cuenta que en algunos casos no son los únicos que hacen referencia al derecho a la salud.

Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (Art. 3)

Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Art.10)

Es importante señalar que diversos órganos de tratados internacionales, como el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CoCEDAW), el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CoDESC), entre otros, han emitido observaciones generales y recomendaciones que orientan a los Estados parte sobre el alcance o interpretación de aspectos específicos del derecho a la salud y de los derechos humanos de las mujeres. Estas directrices son una base para que las instituciones cuenten con mayores elementos para avanzar en el cumplimiento de las obligaciones que han asumido.

A continuación, se presentan algunas recomendaciones y observaciones vinculadas con el derecho a la salud de las mujeres incluyendo aspectos específicos que afectan a mujeres indígenas, con discapacidad, entre otras en situación de vulnerabilidad.

Tabla 2. Recomendaciones y observaciones de los órganos de tratados internacionales sobre el derecho a la salud, la salud de las mujeres y grupos en situación de discriminación.

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer	
Recomendaciones y Observaciones	Recomendación general 18. Las Mujeres discapacitadas.
	Recomendación general 19. Violencia contra la mujer.
	Recomendación general 24. La Mujer y la Salud.
	Recomendación general núm. 34 (2016) sobre los derechos de las mujeres rurales.
	Recomendación general 35. Sobre la violencia por razón de género contra la mujer, por la que se actualiza la recomendación general núm. 19.
	Recomendación general núm. 39 (2022) sobre los derechos de las mujeres y las niñas Indígenas.
	Observaciones Finales de los informes periódicos de México.
Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	
Recomendaciones y Observaciones	Observación general N° 5. Las personas con discapacidad.
	Observación general N° 6. Los derechos económicos, sociales y culturales de las personas mayores.
	Observación general N° 14 (2000) El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales).
	Observación general N° 16 (2005) La igualdad de derechos del hombre y la mujer al disfrute de los derechos económicos, sociales y culturales (artículo 3 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales).

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

Observación general N° 19 El derecho a la seguridad social (artículo 9).

Observación General N° 20 La no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales (artículo 2, párrafo 2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales).

Observación general N° 22 (2016), relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales).

Observación general N° 27 (2025) sobre los derechos económicos, sociales y culturales y la dimensión ambiental del desarrollo sostenible.

Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

Recomendaciones y Observaciones

Observación general N° 2 (2014) Artículo 9: Accesibilidad.

Observación general N° 3 (2016), sobre las mujeres y las niñas con discapacidad.

Observación general N° 6 (2018) sobre la igualdad y la no discriminación.

Observación general N° 5 (2017) sobre el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad.

Recomendación General N° 36 (2018) del Comité de Derechos Humanos sobre los derechos de las personas con discapacidad.

Otros compromisos asumidos por el Estado Mexicano

Programa de Acción aprobado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo.

Compromisos de la Agenda Regional de Género aprobados en las sesiones de la Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe.

Declaración y Plataforma de Acción de Beijing.

Consenso de Quito.

Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

Declaración de Alma-Ata.

Declaración de Astana.

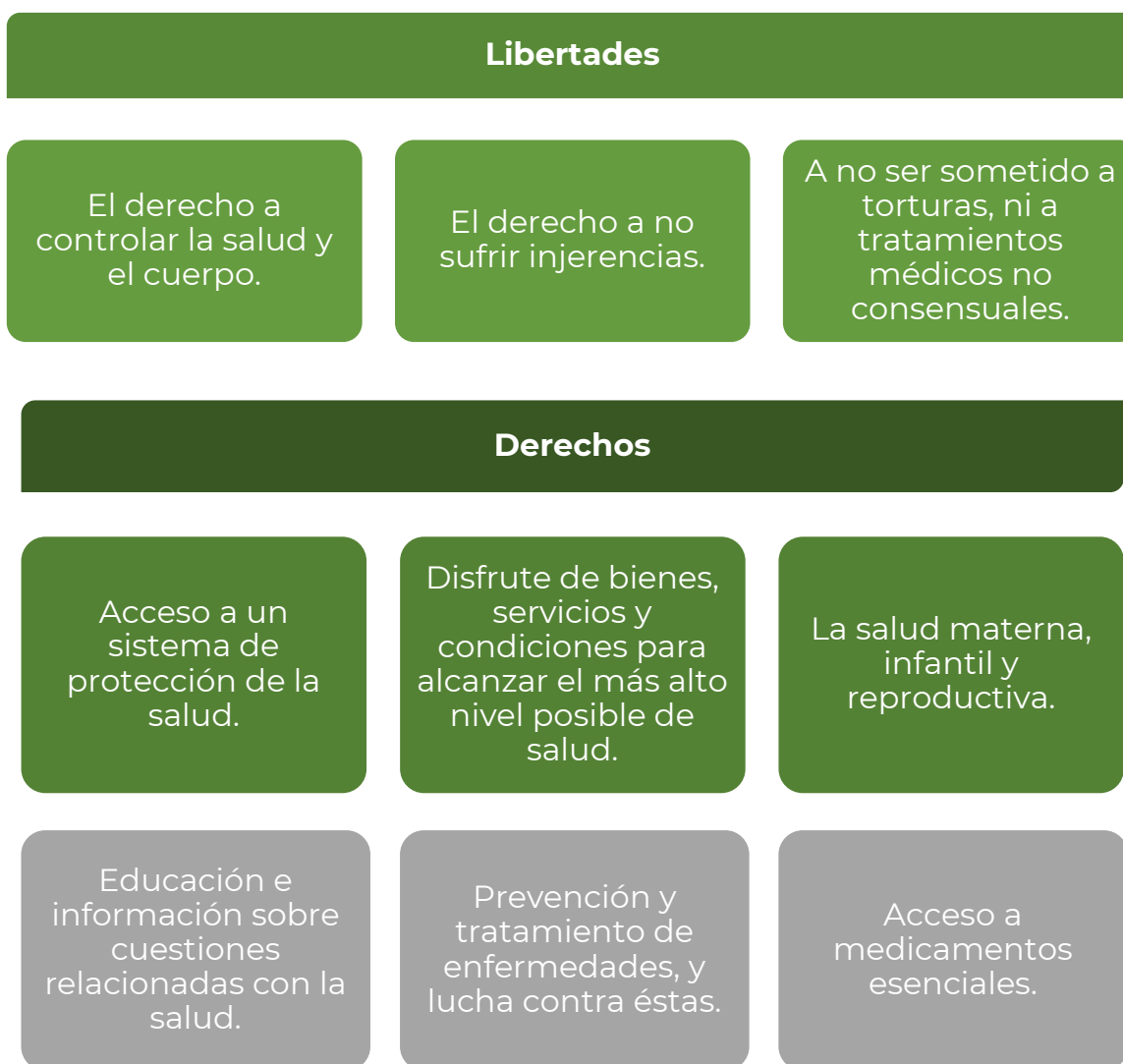
Cada uno de los instrumentos previamente enlistados constituye el marco de obligaciones del Estado respecto al derecho a la salud y la salud de las mujeres. Por su relevancia nos referimos al artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), que reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Este artículo también determina el deber de los Estados Parte de adoptar medidas para tener las condiciones que aseguren la asistencia y servicios médicos en caso de enfermedad.² En relación con este derecho, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CoDESC), ha destacado que la salud es un derecho humano indispensable para el ejercicio de otros derechos y requiere la garantía de lo que llaman “factores determinantes básicos de la salud”.³

Además, dicho Comité detalla las libertades y derechos que implica su protección. Por ejemplo, en el campo de las libertades resulta esencial el no sufrir injerencias indebidas y no ser sometido a tratamientos sin consentimiento. En cuanto a derechos, implica desde el acceso a un sistema de salud adecuado hasta medicamentos esenciales. Para ilustrar estos puntos se presenta el siguiente esquema.

² Naciones Unidas, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights> Fecha de consulta: 07 de octubre de 2025.

³ Estos factores son: la alimentación, la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable, condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas, y un medio ambiente sano.

Esquema 1. Libertades y derechos que conlleva la protección a la salud.



Fuente: Elaboración propia con base en información de Naciones Unidas, Consejo Económico y Social. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000). El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud: 11/08/2000. E/C.12/2000/4, CESCR Observación General 14. (General Comments). Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>; y Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y Organización Mundial de la Salud. El derecho a la salud. Folleto informativo no. 31. Disponible en: https://acnudh.org/wp-content/uploads/2018/04/31_Factsheet31sp.pdf

También, el CoDESC ha dispuesto que los Estados deben velar por el derecho a la salud, teniendo en cuenta sus elementos esenciales:

disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. A continuación, se describen los aspectos más relevantes, de lo que implica cada uno de ellos.

Tabla 3. Elementos esenciales del derecho a la salud.

Disponibilidad	Los Estado Parte debe contar con: • Suficientes establecimientos, bienes y servicios públicos de salud con las condiciones sanitarias adecuadas y personal médico y profesional capacitado. • Medicamentos esenciales.
Accesibilidad	Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser: • Accesibles a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna. • Ser accesibles físicamente, estar al alcance geográfico (en especial de poblaciones indígenas, las mujeres, los adolescentes, personas con discapacidades y personas con VIH/SIDA). • Ajustarse a las necesidades existentes en materia de género. • Asequibles. Estar al alcance de todas las personas. La accesibilidad conlleva la garantía de solicitar, recibir y difundir información sobre la salud; así como la protección de los datos personales y la confidencialidad.
Aceptabilidad	Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben: • Ser respetuosos de la ética médica. • Ser culturalmente apropiados y sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida de las personas. • Respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas.
Calidad	Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deben: • Ser apropiados desde el punto de vista científico y médico. • De buena calidad. • Contar con personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado. • Tener condiciones sanitarias adecuadas.

Fuente: Elaboración propia con base en información del CoDESC. Observación General No. 14 (2000).

El derecho a la salud tiene un carácter progresivo, sin embargo, el CoDESC precisó sobre ciertas obligaciones inmediatas que el Estado debe cumplir, por ejemplo, la garantía de este sin discriminación. Además, detalló una serie de obligaciones que se presentan a continuación

Tabla 4. Obligaciones del Estado respecto del derecho a la protección de la salud.

RESPETAR

El Estado debe **abstenerse** de:

- Negar o limitar el acceso igual de todas las personas a los servicios de salud preventivos, curativos y paliativos.
- Imponer prácticas discriminatorias en relación con el estado de salud y las necesidades de las mujeres.
- Prohibir o impedir los cuidados preventivos y las medicinas tradicionales.
- Aplicar tratamientos médicos coercitivos.
- Limitar el acceso a los anticonceptivos.
- Censurar, ocultar o desvirtuar la información relacionada con la salud, incluida la educación sexual, entre otras.

PROTEGER

Deber del Estado:

- Garantizar que los procesos de privatización no limiten el ejercicio y goce de este derecho.
- Asegurar que las y los profesionales de la salud cuenten con la educación, experiencia y ética requerida.
- Velar por que las prácticas sociales no afecten al acceso a la atención, antes y después del parto, ni a la planificación de la familia.
- Adoptar medidas para proteger a las mujeres, niñas y adolescentes, y otros grupos, teniendo en cuenta la violencia desde la perspectiva de género.
- Velar por que terceros no limiten el acceso a la información y los servicios relacionados con la salud.

CUMPLIR

El Estado debe:

- Aplicar las leyes que reconocen el derecho a la salud.
- Adoptar una política nacional de salud.
- Proporcionar servicios de salud sexual y genésica, incluida la maternidad segura, sobre todo en las zonas rurales.
- Velar por la apropiada formación de personal médico para que reconozca y responda a las necesidades de grupos en situación de vulnerabilidad.
- Velar por la existencia de un número suficiente de hospitales, clínicas y otros centros de salud.
- Fomentar investigaciones médicas y de educación en materia de salud.
- Realizar de campañas de información sobre salud sexual y genésica, entre otras.
- Empezar actividades para promover, mantener y restablecer la salud de la población.
- Velar por que los servicios de salud sean apropiados desde el punto de vista cultural.
- Apoyar a las personas a adoptar decisiones respecto a su salud, con base en información suficiente, clara y accesible.

***Fuente:** Elaboración propia con base en información del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General No. 14 (2000).*

Al abordar el derecho a la salud de las mujeres, es esencial centrarse de manera particular en la salud sexual y reproductiva. En este sentido, es relevante retomar lo señalado en el Programa de Acción aprobado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, celebrada en El Cairo en 1994, donde por primera vez se definió la salud reproductiva en un instrumento internacional. Ésta se conceptualizó como “*un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos*”. Además, se subrayó que implica la “*capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y libre de*

*riesgos, así como de la libertad para decidir si procrear o no, cuándo y con qué frecuencia”.*⁴

Dicho Programa de Acción indica que los derechos reproductivos se basan en:

- ▶ El reconocimiento del derecho de las parejas e individuos a decidir de manera libre y responsable el número de hijas e hijos que desean tener.
- ▶ El derecho a espaciar los nacimientos y a determinar el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello.
- ▶ El derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva.
- ▶ El derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacción, ni violencia.⁵

Todo lo anterior, conlleva para las instituciones del Estado la obligación de *garantizar a las mujeres el acceso a información, métodos y servicios sobre planificación familiar; tomar las medidas necesarias para que las mujeres reciban atención de la salud para embarazos y partos sin riesgos; y reciban la atención integral de la salud sexual;*⁶ entre otros. Además, deben observar los deberes que determinó el CoCEDAW, en la Recomendación General 24, entre los que destacan los siguientes:

- ▶ La eliminación de la discriminación contra las mujeres en el acceso y en la atención de los servicios médicos (en todo su ciclo vital), considerando en particular la planificación de la familia, el embarazo, el parto y el puerperio.
- ▶ Impulsar la legislación, los planes y políticas en materia de salud de las mujeres con información sustentada.

⁴ Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2014) Programa de Acción aprobado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994. Disponible en: https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/ICPD_programme_of_action_es.pdf Fecha de consulta: 13 de octubre 2025.

⁵ *Ibid.*

⁶ *Ibid.*

- ▶ Garantizar los servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el postparto.
- ▶ Asegurar una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.
- ▶ Respetar y proteger los derechos de las mujeres en materia de atención médica.
- ▶ Elaborar y aplicar un marco normativo que aborde la violencia contra las mujeres.
- ▶ Capacitar a las personas trabajadoras sobre temas de género y la manera en que este repercute en la salud de las mujeres.
- ▶ Atender las necesidades de las mujeres con discapacidad.
- ▶ Respetar la dignidad y derechos humanos de las mujeres.
- ▶ Garantizar servicios de salud, así como los relativos a la maternidad (gratuitos y sin riesgos), y servicios obstétricos de emergencia.
- ▶ Asignar el máximo de recursos disponibles a los servicios de maternidad y obstétricos de emergencia.
- ▶ Integrar la perspectiva de género en todas las políticas y los programas que afecten la salud de las mujeres y hacerlas partícipes.
- ▶ Exigir que todos los servicios de salud sean compatibles con los derechos humanos de las mujeres, incluidos el derecho a la autonomía, a la intimidad, a la confidencialidad, y al consentimiento y opción con conocimiento de causa.⁷

Alda Facio (2003) profundiza en el ámbito de los derechos reproductivos, señalando que éstos ya están reconocidos en instrumentos internacionales, regionales y nacionales y que abarcan el derecho a:

- ▶ La vida, que incluye el no morir por causas evitables relacionadas con el parto y el embarazo.
- ▶ A la salud, contemplando también el bienestar en materia reproductiva.
- ▶ A la libertad, seguridad, e integridad personal, que contempla el derecho a no ser sometida a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes; y el vivir libre de violencia o explotación sexual y de género.
- ▶ A decidir el número de hijas e hijos e intervalo de gestación.

⁷ La Mujer y la Salud. CEDAW. Recomendación General 24. (General Comments) Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1280.pdf>

- ▶ A la intimidad, que sostiene el derecho de toda mujer a decidir libremente y sin interferencias arbitrarias, sobre sus funciones reproductivas.
- ▶ A la igualdad y la no discriminación en la esfera de la vida y la salud reproductiva.
- ▶ Al matrimonio y a fundar una familia.
- ▶ Al empleo, la seguridad social y la protección legal de la maternidad en materia laboral; lo cual comprende un ambiente laboral libre de acoso sexual y de discriminación por embarazo y/o maternidad.
- ▶ A la educación, la cual integra la educación sexual y reproductiva, sin discriminación.
- ▶ A la información respecto de: su estado de salud, sus derechos sexuales y reproductivos, los métodos anticonceptivos, las implicaciones del embarazo considerando cada caso particular; y los beneficios, riesgos y efectividad de los métodos anticonceptivos.
- ▶ A modificar las costumbres discriminatorias contra las mujeres que perjudican la salud reproductiva de las mujeres y las niñas, y [...]
- ▶ A disfrutar del progreso científico en el área de la reproducción humana y poder dar su consentimiento para ser o no objeto de experimentación.⁸

Otros órganos de la ONU han contribuido a delinear las obligaciones de los Estados respecto de los derechos sexuales y reproductivos. Por ejemplo, el “Relator Especial sobre el Derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” afirma que, para las mujeres el derecho a la salud incluye el acceso a parteras capacitadas, atención obstétrica de emergencia, servicios de aborto seguro, entre otros. Además, subraya que la atención a la salud reproductiva, así como los

⁸ Facio, Alda. (2003). “Asegurando el futuro: las instituciones nacionales de derechos humanos y los derechos reproductivos”, en *Promoción y defensa de los derechos reproductivos: nuevo reto para las instituciones nacionales de derechos humanos*, San José, de Costa Rica, Instituto Interamericano de Derechos Humanos. Disponible en: <https://repositorio.iidh.ed.cr/handle/123456789/93> p. 35-37. Fecha de consulta: 22 de junio 2023.

bienes e instalaciones deben cumplir con los principios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.⁹

Por su parte, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud destacan situaciones concretas que enfrentan las mujeres en los sistemas de salud, tales como la violencia y los prejuicios de género, la discriminación por motivos de raza, edad, orientación sexual, así como la limitada capacidad de ellas para tomar decisiones sobre su vida sexual y reproductiva, debido a los prejuicios y estereotipos, lo cual impacta en el ejercicio de sus derechos.¹⁰

Ahora bien, la Corte Interamericana de Derechos Humanos reconoce que la libertad y autonomía de las mujeres en cuanto a los derechos sexuales y reproductivos, ha sido históricamente limitadas y anuladas con base en estereotipos de género; además enfatiza que, al Estado y a los hombres se les asigna un rol preponderante en la adopción de decisiones sobre el cuerpo de las mujeres.

Finalmente, destacamos el Compromiso de Tlatelolco, surgido en el marco de la Decimosexta Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, del año 2025, en la cual los estados acordaron *“Garantizar el acceso universal, seguro y oportuno a los servicios de salud integrales, incluidos los servicios de salud mental, salud sexual y salud reproductiva, y el ejercicio pleno de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, mediante el acceso a información y educación sexual integral adecuada a la edad, con enfoque de género, derechos humanos, interseccionalidad y laicidad, y el acceso a servicios de aborto seguros, oportunos y de calidad*

⁹ Naciones Unidas, Asamblea General (2006). Sexagésimo primer período de sesiones Tema 66 b) del programa provisional. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Disponible en: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N06/520/00/PDF/N0652000.pdf?OpenElement> Fecha de consulta: 19 de mayo del 2023.

¹⁰ Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y Organización Mundial de la Salud. El derecho a la salud. Folleto informativo no. 31. Disponible en: https://acnudh.org/wp-content/uploads/2018/04/31_Factsheet31sp.pdf

cuando la legislación lo permita, así como prevenir y atender las emergencias obstétricas y los abortos inseguros y sus consecuencias para la salud y la vida de las mujeres, adolescentes y niñas, y alentar a los Estados a fortalecer marcos normativos y políticas que promuevan la salud integral de las mujeres y que sean coherentes con los compromisos internacionales de derechos humanos”¹¹

En cuanto al marco normativo nacional, México tiene avances en el reconocimiento y protección del derecho a la salud de las mujeres. Por ejemplo, en la LGIMyH se determinó que la Política Nacional que elabore el Ejecutivo Federal debe incorporar la formulación, desarrollo y evaluación de políticas, estrategias y programas de salud dirigidos a atender las necesidades de mujeres y hombres en este ámbito. Además, dispone, la realización de investigaciones sobre salud y seguridad en el trabajo, con perspectiva de género.

Igualmente, la Ley General de Salud estipula que la Secretaría de Salud debe promover e integrar la perspectiva de género en sus estrategias, campañas informativas y programas. Además, subraya que todas las personas tienen derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud mental, sin discriminación por motivos de sexo, género u otras. La ley también aborda la salud materno-infantil, estableciendo la obligación de brindar atención expedita a las mujeres embarazadas que enfrenan una urgencia obstétrica y reconoce la atención integral a las personas originarias de pueblos y comunidades indígenas y afromexicanas.

Actualmente, existe un amplio conjunto de Normas Oficiales, Lineamientos y Guías que protegen el derecho a la salud de las mujeres. A continuación, se presentan algunas de ellas.

Tabla 5. Normas, Lineamientos y Guías para la protección de la salud de las mujeres.

¹¹ Decimosexta Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe. Compromiso de Tlatelolco. Una Década de Acción para el logro de la Igualdad Sustantiva de Género y la Sociedad del Cuidado. Disponible en: <https://www.gob.mx/mujeres/documentos/compromiso-de-tlatelolco-una-decada-de-accion-para-el-logro-de-la-igualdad-sustantiva-de-genero-y-la-sociedad-del-cuidado> Fecha de consulta: 13 octubre 2025.

Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

Resolución por la que se modifica la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar.

Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2018, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.

Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA-2023, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino.

Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA-2023, Para la atención médica integral a personas con discapacidad.

Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud.

Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2014, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual.

Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.

Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.

Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad.

Norma Oficial Mexicana NOM-020-SSA-2025, Para establecimientos de salud y el reconocimiento de la partería, en la atención integral materna y neonatal.

Lineamiento Técnico. Atención pregestacional.

Lineamiento técnico para la implementación y operación de salas de labor-parto-recuperación en las redes de servicios.

Guía de Práctica Clínica (2017). Control prenatal con atención centrada en la paciente, México.

Lineamientos Técnicos para la Prescripción y Uso de Métodos Anticonceptivos en México.

Lineamiento Técnico de Triage Obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica.

Lineamientos Técnicos para la Atención del Aborto Seguro en México. Edición 2022.

Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento inicial de las Emergencias Obstétricas.

Guía de Práctica Clínica Prevención, diagnóstico y tratamiento del parto pretérmino.

Guía de Práctica Clínica para la vigilancia y atención amigable en el trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo.

Guía de Práctica Clínica para la atención y cuidados multidisciplinarios en el embarazo.

Guía de Práctica Clínica para la prevención y manejo de la hemorragia postparto.

Guía de Práctica clínica para el diagnóstico y Tratamiento del choque Hemorrágico en Obstetricia.

Guía de Práctica Clínica para la Prevención, diagnóstico y Tratamiento de la Preeclampsia en segundo y tercer nivel de atención.

Fuente: Elaboración propia¹².

Ahora bien, aunque el objetivo de este estudio no es realizar un análisis particular de los programas de política pública implementados a nivel federal durante el sexenio 2018-2024, se mencionan dado que forman parte del contexto sobre los temas que aborda este informe. Algunos que destacan son: el Programa Nacional para la Igualdad entre Mujeres y Hombres 2019-2024; el Programa Integral para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (PIPASEVM) 2021-2024; la Segunda Fase o Documento Marco de la ENAPEA 2021-2024; el Programa Sectorial de Salud 2020-2024; el Programa de Acción Específico

¹² Se consultaron diversas fuentes de información del IMSS, así como del Gobierno de México. También se consultó Gobierno de México. Secretaría de Economía. Catálogo Mexicano de Normas. Disponible en: <https://platiica.economia.gob.mx/normalizacion/catalogo-mexicano-de-normaswd.asp-id29/> Fecha de consulta: 29 de noviembre 2025.

Salud Sexual y Reproductiva 2020-2024, Plan Sectorial de Salud Mental y Adicciones 2023-2024; entre otros.

Para concluir este apartado, señalamos que diversas fuentes del derecho internacional, regional y nacional establecen los parámetros sobre los cuales las instituciones del Estado deben basar su actuación para garantizar el derecho a la salud de las mujeres y su salud sexual y reproductiva.

2. Consideraciones metodológicas

El presente informe, en función de su alcance, tiene un enfoque exploratorio y descriptivo. Se utilizaron técnicas de investigación documental y se consultaron diversos informes, reportes institucionales, estadísticas públicas y encuestas nacionales como las siguientes:

- ▶ Encuesta Nacional sobre Discriminación (ENADIS, 2022).
- ▶ Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado (ENBIARE, 2021).
- ▶ Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH, 2021).
- ▶ Encuesta Nacional de Opinión en Vivienda de la CNDH (2024) y la,
- ▶ Encuesta Nacional para el Sistema de Cuidados (ENASIC 2022).

Para la realización de este informe se contemplaron cuatro etapas. En una primera se elaboró el marco conceptual del derecho a la salud de las mujeres, incluyendo la salud sexual y reproductiva, con base en el marco normativo internacional, regional y nacional. Esto permitió identificar los más altos estándares en materia de derechos humanos que el Estado mexicano está obligado a dar cumplimiento. En una segunda etapa, a partir de dicho marco conceptual, se delimitaron los ejes temáticos en los cuales se centra el informe, los cuales son:

- ▶ Acceso al derecho a la salud
- ▶ Salud sexual y reproductiva
- ▶ Salud de las mujeres en situación de vulnerabilidad
- ▶ Salud mental

Posteriormente, mediante la investigación documental se distinguieron los indicadores más pertinentes para cada eje temático. Es necesario precisar que la selección de los indicadores se basó en el criterio de que fueran elementos temáticos abordados en las Observaciones finales al

décimo informe periódico de México (2025), realizadas por el CoCEDAW¹³ y en el Informe del Grupo de Trabajo sobre el Examen Periódico Universal¹⁴. Así, a partir del análisis, se priorizaron los siguientes ejes:

Tabla 6. *Ejes temáticos e indicadores priorizados.*

EJE TEMÁTICO	INDICADORES
A. Acceso al derecho a la salud.	Porcentaje estatal de mujeres con afiliación a servicios de salud.
B. Salud sexual y reproductiva.	Necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos en mujeres (en edad fértil sexualmente activas), por entidad federativa.
	Opinión sobre qué tanto se trabaja en el país para brindar igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres en el acceso al derecho a la salud.
	Porcentaje de mujeres en edad fértil usuarias de métodos anticonceptivos modernos, por entidad federativa.
	Porcentaje de nacimientos registrados de madres adolescentes (menores de 20 años) por entidad federativa de residencia habitual de la madre.
	Prevalencia de la situación de violencia obstétrica.
	Tasa de mortalidad materna estatal.
	Porcentaje de entidades federativas que prevén la interrupción legal del embarazo en las primeras semanas de gestación.

¹³ Naciones Unidas. Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (2025). Observaciones finales sobre el décimo informe periódico de México. (10 de julio de 2025) Disponible en: <https://docs.un.org/es/CEDAW/C/MEX/CO/10> Fecha de consulta: 16 de octubre 2025.

¹⁴ Naciones Unidas. Asamblea General. (2024). Consejo de Derechos Humanos. 56° período de sesiones. 18 de junio a 12 de julio de 2024. Tema 6 de la agenda. Examen periódico universal. Informe del Grupo de Trabajo sobre el Examen Periódico Universal, México. Disponible en: <https://hchr.org.mx/wp/wp-content/uploads/2024/08/g2403753.pdf>

	Defunciones de mujeres de 25 y más años por tumor maligno del cuello uterino.
	Defunciones de mujeres de 25 y más años por tumor maligno de mama.
	Mujeres cuidadoras con afectaciones en la salud física y emocional derivadas de la labor de cuidados en el hogar, según sexo.

EJE TEMÁTICO	INDICADORES
C. Salud a mujeres en situación de vulnerabilidad.	Población indígena que manifestó negación de atención médica o medicamentos. (Desagregación por sexo hombre y mujer)
	Prevalencia de la discriminación contra mujeres indígenas por tener alguna enfermedad o discapacidad.
	Población afrodescendiente que manifestó negación de atención médica o medicamentos. (Desagregación por sexo hombre y mujer)
	Prevalencia de la discriminación contra mujeres afrodescendiente por tener alguna enfermedad o discapacidad.
	Población con discapacidad que manifestó negación de atención médica o medicamentos. Desagregación por sexo hombre y mujer)
	Población con discapacidad que declaró como principal problemática el costo en cuidados, terapia y tratamientos. (Desagregación por sexo hombre y mujer)
	Población migrante que manifestó negación de atención médica o medicamentos. Desagregación por sexo hombre y mujer)
	Población joven que manifestó negación de atención médica o medicamentos. Desagregación por sexo hombre y mujer)

D. Salud mental

La tasa de suicidios por sexo.

Promedio de balance anímico de la población.

Porcentaje de la población con síntomas de depresión.

La tercera etapa del diagnóstico consistió en el procesamiento y análisis de la información, con perspectiva de género, enfatizando los avances y pendientes del Estado en cuanto al cumplimiento de sus obligaciones para garantizar los derechos humanos de las mujeres. Por último, la cuarta etapa implicó la redacción de los hallazgos, así como de las consideraciones finales.

3. Situación del derecho a la salud de las mujeres.

En México existen diversas fuentes del derecho - nacionales, regionales e internacionales- que respaldan el contenido y las obligaciones relacionadas con el derecho a la salud de las mujeres. Estas abarcan desde la Declaración Universal de los Derechos Humanos hasta compromisos regionales más recientes como el “Compromiso de Tlatelolco”, adoptado en el marco de la Decimosexta Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe.

Si bien, se identifican acciones de política pública orientadas a garantizar este derecho. Sin embargo, hay tareas pendientes, tal como lo han apuntado diversos órganos de las Naciones Unidas. Por ejemplo, el Grupo de Trabajo sobre el Examen Periódico Universal (2024) y el CoCEDAW (2025), señalaron determinadas preocupaciones en torno a diversas temáticas, entre ellas: la cobertura universal de salud, la educación integral en salud sexual y reproductiva; el cáncer de mama y de cuello uterino, el aborto, la mortalidad materna, la violencia obstétrica, la salud intercultural, la salud sexual y reproductiva de mujeres migrantes, refugiadas, con discapacidad y de la población LGBTI; así como la salud de las mujeres buscadoras de personas desaparecidas; y de aquellas que son víctimas de violencia. Destaca como un tema reciente de valoración por el CoCEDAW la salud de las mujeres buscadoras, ya que en su noveno informe sobre México no había explorado dicha temática.

Con base en lo anterior y con la finalidad de contar con un panorama general de la situación del derecho a la salud de las mujeres, a continuación, se presenta la siguiente tabla con las inquietudes y recomendaciones a México, de dichos órganos de Naciones Unidas en la materia:

Tabla 7. Principales preocupaciones y recomendaciones del CoCEDAW en materia de salud, en las Observaciones finales al décimo informe periódico de México (2025).

Tema	Preocupaciones	Recomendaciones
Educación integral en salud sexual y reproductiva	La implantación de la educación integral en salud sexual y reproductiva en las entidades federativas es desigual debido a la oposición política e ideológica.	Velar por la implantación en todo el país de educación integral en salud sexual y reproductiva adecuada a la edad, de conformidad con los estándares internacionales, que incluya formación adecuada para el personal docente sobre las cuestiones de género y mecanismos de seguimiento.
Acceso a servicios de salud	Acceso limitado de las mujeres a servicios de salud adecuados, en particular en el caso de las mujeres marginadas. El desmantelamiento en 2020 del Seguro Popular (programa nacional de seguro de salud) y las dificultades con el régimen que lo sustituye, a saber, el programa Bienestar del Instituto Mexicano del Seguro Social, afectan de manera desproporcionada a los grupos vulnerables de mujeres, en particular a las mujeres pobres, rurales e indígenas y las mujeres con discapacidad.	Asegurar la cobertura universal de salud mediante un sistema nacional de salud integral y con financiación adecuada que proporcione un acceso asequible a servicios de salud esenciales, en particular para las mujeres pobres, rurales e indígenas y las mujeres con discapacidad.

Tema	Preocupaciones	Recomendaciones
Cáncer de mama y de cuello uterino	Disminución de servicios de salud preventiva, incluidos los programas de detección del cáncer de mama y de prevención del cáncer de cuello uterino, y una escasez de medicamentos esenciales, tratamientos del cáncer y anticonceptivos en los centros de salud públicos.	Refuerce los servicios de salud preventiva aumentando las asignaciones presupuestarias para los programas de detección del cáncer de cuello uterino y de mama; y asegure la adquisición y distribución adecuadas de medicamentos esenciales, incluidos anticonceptivos y tratamientos del cáncer.
Aborto	• Se detiene y condena a mujeres que han abortado, acusadas de homicidio e infanticidio, en las entidades federativas que no han legalizado el aborto, a pesar de los avances legislativos a nivel federal. • A pesar de las reformas legislativas, el acceso al aborto sigue estando obstaculizado por el estigma, las trabas administrativas y la resistencia de los proveedores de atención de la salud, que a menudo obligan a las supervivientes de violencia sexual a que presenten informes policiales o pruebas judiciales de violación, lo cual contraviene la Norma Oficial Mexicana 046-SSA2-2005.	• Revise y desestime las causas abiertas en que se haya acusado de homicidio o infanticidio a mujeres o niñas por haber abortado, impida que se presenten cargos de ese tipo en el futuro y libere inmediatamente e indemnice a las personas actualmente detenidas o condenadas por esos motivos. • Armonice las disposiciones del derecho penal con los avances legislativos sobre el acceso al aborto, asegure la aplicación uniforme de la Norma Oficial Mexicana 046-SSA2-2005 sin obligar a las supervivientes de violencia sexual a que presenten informes policiales o pruebas judiciales de violación, y aborde el estigma y la resistencia de los proveedores de atención de la salud mediante capacitación obligatoria.

Tema	Preocupaciones	Recomendaciones
Mortalidad materna y violencia obstétrica	Tasas persistentemente altas de mortalidad materna, en particular entre las mujeres indígenas; violencia obstétrica por parte del personal de salud y esterilizaciones forzadas de mujeres y niñas.	Elimine la violencia obstétrica mediante la aplicación estricta de la ley y mecanismos de rendición de cuentas para los proveedores de atención de la salud, asegurando el consentimiento libre e informado en las esterilizaciones y otros procedimientos médicos, y proporcione capacitación especializada sobre atención de maternidad respetuosa, entre otras, a las mujeres indígenas y LGBTI y a las mujeres con discapacidad.
Grupos en situación de discriminación y violencia obstétrica	El acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva de las mujeres indígenas, las mujeres institucionalizadas y las mujeres con discapacidad es limitado; estas siguen sufriendo coacción y violencia obstétrica, incluida la esterilización forzada sin consentimiento libre e informado, a pesar de los avances legislativos que criminalizan la violencia obstétrica.	
Salud intercultural	Las mujeres indígenas y afromexicanas se enfrentan a obstáculos para acceder a servicios jurídicos y de salud culturalmente adecuados.	Seguir reforzando los servicios de salud y justicia culturalmente adecuados mediante la mejora de la capacitación sobre enfoques interculturales, la prestación gratuita de servicios de interpretación en lenguas indígenas y la ampliación de los servicios itinerantes en zonas remotas.

Tema	Preocupaciones	Recomendaciones
Salud sexual y reproductiva de mujeres migrantes,	Hay disparidades en los resultados de salud materna debido a los obstáculos que enfrentan las mujeres y niñas	Desmantele los obstáculos económicos y de otro tipo que enfrentan las mujeres y niñas refugiadas, solicitantes de asilo

Tema	Preocupaciones	Recomendaciones
refugiadas y con discapacidad	refugiadas, solicitantes de asilo y migrantes para acceder a servicios de salud sexual y reproductiva.	y migrantes para acceder a servicios de salud sexual y reproductiva y vele por que haya servicios accesibles para las mujeres con discapacidad.
Salud de la población LGBTI	Las mujeres LGBTI enfrentan obstáculos para acceder a la justicia y a una atención sanitaria de afirmación de género y sufren discriminación en la educación y el empleo.	Imparta capacitación integral a las y los funcionarios sobre los derechos de las mujeres LGBTI, vele por la igualdad de acceso a la atención de la salud.
Salud de mujeres con discapacidad	No hay procesos de evaluación y certificación de la discapacidad que respondan a las cuestiones de género, lo cual afecta en particular a las mujeres indígenas y a las supervivientes de violencia de género y limita el acceso de éstas a la rehabilitación, la protección social y la atención de la salud, incluidos los servicios de salud mental. Los índices de violencia contra ellas, incluida la violencia sexual, en familias, instituciones y otros espacios cerrados y segregados, son más elevados. Persiste la institucionalización en centros psiquiátricos de mujeres con discapacidad psicosocial.	Vele por que haya una participación significativa de las mujeres con discapacidad en los órganos consultivos de la sociedad civil para el diseño y la elaboración de políticas públicas, especialmente en materia de igualdad de género y discapacidad. Establezca procesos de evaluación y certificación de la discapacidad que respondan a las cuestiones de género y sean accesibles para todas las mujeres, en particular las que viven en zonas remotas y las supervivientes de la violencia de género, velando por que haya un acceso adecuado a la rehabilitación, la protección social y la atención especializada de la salud, incluidos servicios de salud mental.

Tema	Preocupaciones	Recomendaciones
		Vele por que los servicios de salud mental para mujeres con discapacidad psicosocial sean comunitarios, seguros y sensibles al género.
Mujeres buscadoras y salud	La mayoría de quienes buscan a personas desaparecidas son mujeres, predominantemente madres, hijas y esposas, y que la violencia y la discriminación que sufren constituyen una persecución basada en el género que refuerza las estructuras patriarcales.	Establezca programas de reparación sensibles al género en los que se reconozca a las buscadoras como víctimas de diversos tipos de violencia, que incluyan una atención de salud mental y un apoyo psicosocial adecuados, que aborden los efectos psicológicos que causa la incertidumbre prolongada sobre la suerte de los familiares desaparecidos y prevengan la victimización secundaria.

***Fuente:** Elaboración propia con información de Naciones Unidas, CoCEDAW (2025). Observaciones finales sobre el décimo informe periódico de México.*

Asimismo, en el Examen Periódico Universal ¹⁵ (EPU), se realizaron recomendaciones a México, relacionadas con la salud de las mujeres, entre las que destacan las siguientes:

¹⁵ El EPU es un mecanismo del Consejo de Derechos Humanos, a través del cual se analizan periódicamente los informes que presentan los Estados respecto de sus avances para mejorar la situación de los derechos humanos. En este marco, reciben recomendaciones para avanzar en el cumplimiento de los compromisos internacionales en la materia.

Tabla 8. Principales Recomendaciones en materia de salud del Grupo de Trabajo sobre el Examen Periódico Universal, México.

Reforzar la construcción de infraestructuras médicas y sanitarias para salvaguardar el derecho de las personas a la vida y a la salud.

Adoptar todas las medidas necesarias para mejorar la calidad de la salud pública e incrementar el gasto sanitario y el acceso a la sanidad.

Armonizar todos los códigos penales del país con la resolución AI 148/2017 de la Suprema Corte de Justicia de la Nación y garantizar que en el sistema nacional se presten servicios de salud reproductiva conforme al Lineamiento Técnico para la Atención del Aborto Seguro en México y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud.

Intensificar los esfuerzos para mejorar el acceso a los servicios de atención a la salud, especialmente los servicios reproductivos para mujeres y niñas.

Garantizar a las y los adolescentes y jóvenes acceso sin trabas a la información, el asesoramiento, la educación y los servicios en materia de salud sexual y reproductiva.

Asignar recursos para garantizar que las mujeres víctimas de violencia tengan acceso a asistencia y servicios especializados, como apoyo en salud mental, vivienda asequible, cuidado de niñas y niños, asistencia jurídica y oportunidades laborales.

Fuente: Elaboración propia con información de Naciones Unidas. Asamblea General (2024). Informe del Grupo de Trabajo sobre el Examen Periódico Universal, México.

Estas observaciones y recomendaciones permiten conocer el estado del derecho a la salud de las mujeres y nos delimitan algunas de las principales temáticas sobre las que es importante trabajar como autoridades, desde los distintos ámbitos de competencia, para avanzar en la protección y garantía del derecho a la salud en condiciones de igualdad para mujeres y hombres.

En virtud de lo anterior y en aras a abonar a este diagnóstico, a continuación, se presentan los indicadores correspondientes a los ejes temáticos seleccionados.

Eje temático: Acceso al derecho a la salud¹⁶.

Como se señaló anteriormente, el CoCEDAW indicó que el acceso a servicios de salud para las mujeres, en particular de aquellas marginadas, es una cuestión que requiere de atención por parte del Estado mexicano. Acceder a los servicios es fundamental para la prevención de enfermedades, así como para el diagnóstico y tratamiento oportuno¹⁷. Por lo anterior, se presenta a continuación la información de algunos indicadores sobre el estado de afiliación a servicios de salud.

De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2020, un total de 15,933,811 mujeres y 17,065,902 hombres no están afiliados a servicios de salud.¹⁸. Al analizar la situación de las mujeres por entidad federativa, se observa que las cifras más elevadas corresponden al Estado de México, Ciudad de México, Jalisco y Veracruz, como se aprecia en el siguiente mapa.

¹⁶ Para consultar los indicadores que integran este eje temático véase la pág. 29.

¹⁷ En 2024, las tres principales causas de defunción en mujeres fueron las enfermedades del corazón, la diabetes mellitus y los tumores malignos, de acuerdo con información del INEGI. Comunicado de prensa 117/25. Estadísticas de defunciones registradas (EDR). 8 de agosto de 2025. Disponible en:

https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2025/edr/EDR2024_CP_ene-dic.pdf

Fecha de consulta: 21 de octubre 2025

¹⁸ INEGI (2020). Población según condición de afiliación a servicios de salud y sexo por entidad federativa, 2020. Disponible en:

https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Derechohabiencia_Derechohabiencia_01_3e83e8a1-690d-4cfb-8af0-a1e675979b3e&idrt=143&opc=t Fecha de consulta: 05 de septiembre 2025.

Mapa 1. Mujeres no afiliadas a servicios de salud por entidad federativa, 2020.



Fuente: Elaboración propia, con datos del INEGI.¹⁹

Los números más altos de no afiliación (en el caso de las mujeres) se encuentran en los rangos de edad de 15-19, 20-24 y 25-29 años.²⁰ Por otro lado, el 23.1% de las personas hablantes de lenguas indígenas no están afiliadas a servicios de salud; de este grupo 47.5% son mujeres y 52.5% hombres.²¹ En cuanto a la población afrodescendiente, el 76.4% de las mujeres y el 73.2% de los hombres están afiliados.²²

¹⁹ *Ibid.*

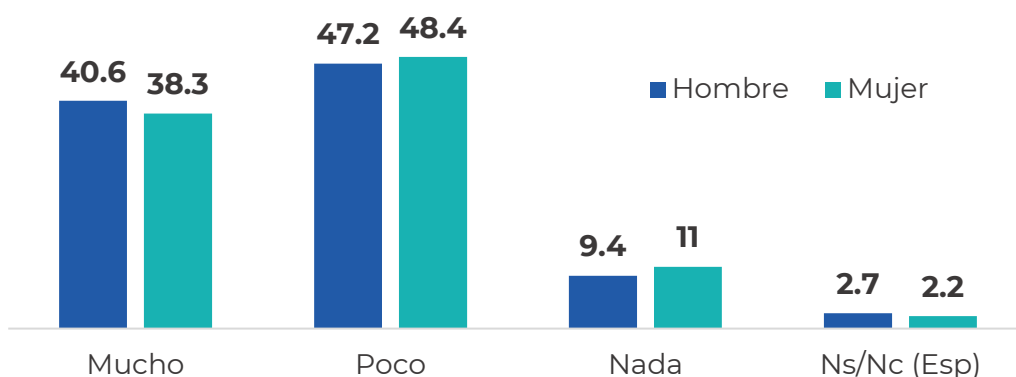
²⁰ INEGI. Censo de Población y Vivienda 2020. Tabulados del Cuestionario Básico. Servicios de salud. (Población total por tamaño de localidad, sexo y grupos quinquenales de edad según condición de afiliación a servicios de salud y tipo de institución). Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/#tabulados>

²¹ INMUJERES (2021). Población indígena. Disponible en: http://estadistica.inmujeres.gob.mx/formas/tarjetas/Poblacion_indigena.pdf Fecha de consulta: 05 de septiembre de 2025.

²² INMUJERES. (2024). Población afrodescendiente. Disponible en: http://estadistica-sig.inmujeres.gob.mx/formas/tarjetas/TT_Afrodescendiente.pdf Fecha de consulta: 05 de septiembre de 2025.

En la Encuesta Nacional de Opinión en Vivienda 2024 (ENO, 2024), de la CNDH, se puede identificar la percepción de la población entrevistada respecto al trabajo que se ha realizado en nuestro país, para brindar igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres en el acceso al derecho a la salud. En ésta el 38.3% de las mujeres indicaron que se ha trabajado mucho, mientras un 48.4% opinó que es poco.

Gráfica 1. Opinión sobre qué tanto se trabaja en el país para brindar igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres en el acceso al derecho a la salud.



Fuente: CNDH. Encuesta Nacional de Opinión en Vivienda 2024.

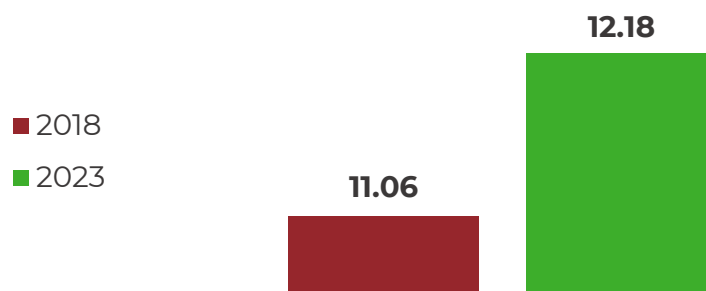
Eje temático: Derechos sexuales y reproductivos.²³

En este eje presentamos el estado de la [necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos](#),²⁴ la cual, a nivel nacional, se situó en 2018 en 11.06% y en 2023, en 12.8%, por lo que se identificó un aumento de 1.12%.

²³ Para consultar los indicadores que integran este eje temático véase la pág. 29-30.

²⁴ Se refiere al porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas (15 a 49 años), expuestas al riesgo de embarazarse en un momento determinado que refieren su deseo de limitar o espaciar sus hijos(as), pero no usan métodos anticonceptivos.

Gráfica 2. Necesidad insatisfecha a nivel nacional de métodos anticonceptivos de mujeres en edad fértil (15 a 49 años) sexualmente activas.
(Años 2018 y 2023)



Fuente: Elaboración propia con información del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica.²⁵

En 2018, los tres estados con los porcentajes más altos de necesidad insatisfecha fueron Chiapas (16.3%), Campeche (14.7%) y Puebla (13.8%). Para 2023, se mantuvieron Chiapas y Campeche, pero Puebla fue remplazada por Querétaro.

²⁵ Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica, Catálogo Nacional de Indicadores. Necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos de mujeres en edad fértil (15 a 49 años) sexualmente activas. Series exportadas. Disponible en: <https://www.snieg.mx/cni/escenario.aspx?idOrden=1.3&ind=6207081417&gen=13035&d=n> Fecha de consulta: 22 de octubre 2025.

Mapa 2. Necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos de mujeres en edad fértil (15 a 49 años) sexualmente activas.
(Año 2018)



Fuente: Elaboración propia, con datos del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica (SNIEyG)²⁶

²⁶ *Ibid.*

Mapa 3. Necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos de mujeres en edad fértil (15 a 49 años) sexualmente activas.
(Año 2023)



Fuente: Elaboración propia, con datos del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica (SNIEyG).²⁷

En cuanto al porcentaje de mujeres en edad fértil unidas²⁸ **usuarias de métodos anticonceptivos modernos**,²⁹ a nivel nacional se ubicó en 69.8% en 2018 y en 69% para 2023, observándose una disminución del 0.8% en un periodo de 5 años.

²⁷ *Ibid.*

²⁸ Se considera que las mujeres unidas son aquellas que al momento de la encuesta declaran como situación conyugal en unión libre o casadas.

²⁹ Los métodos modernos se refieren a cualquier anticonceptivo, con la excepción de los métodos tradicionales, tales como el ritmo, retiro y Billings.

Gráfica 3. Prevalencia nacional de uso de métodos anticonceptivos modernos en mujeres en edad fértil unidas.
(Año 2018 y 2023)



Fuente: Elaboración propia con información del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica.

El análisis de la situación por entidad federativa muestra que los estados con los porcentajes más bajos de uso de métodos anticonceptivos modernos entre las mujeres - tanto en 2018 como en 2023- se registraron en: Michoacán; Oaxaca y Chiapas.³⁰

Un indicador que permite monitorear el estado de la garantía del acceso a la educación y a los servicios en materia de salud sexual y reproductiva de las personas jóvenes es la incidencia del **embarazo adolescente**. No obstante, es importante precisar que en este fenómeno intervienen múltiples factores. Por ejemplo, el Consejo Nacional de Población ha indicado algunas determinantes en el país como son: el matrimonio y uniones tempranas o infantiles; el abuso y coerción sexual; la desigualdad económica; el abandono escolar; la ausencia de proyecto de vida y de educación integral en sexualidad; el bajo uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual; así como la necesidad insatisfecha de dichos métodos.

El embarazo adolescente tiene repercusiones en diversos ámbitos de la vida de las mujeres, ya que impacta sus relaciones familiares, su salud y

³⁰ Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica. Catálogo Nacional de Indicadores. Nombre del indicador clave: Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos en mujeres en edad fértil (15 a 49 años) unidas. Series exportadas. Disponible en: <https://www.snig.mx/cni/escenario.aspx?idOrden=1.3&ind=6200031941&gen=1508&d=n> Fecha de consulta: 27 de octubre 2025.

sus posibilidades para continuar con sus estudios. Estas condiciones, a su vez, dificultan su inserción en el mercado laboral y aumentan la probabilidad de acceder a empleos precarios o sin seguridad social, lo que desencadena mayores dificultades para brindar a sus hijas e hijos oportunidades adecuadas de desarrollo. Asimismo, las consecuencias pueden extenderse a la vejez, afectando su estabilidad económica y bienestar.

Para conocer el estado de esta problemática en el país, cabe hacer la revisión del porcentaje de nacimientos registrados de madres adolescentes menores de 20 años. En 2018, este indicador se situó en 17.5%; para 2024 se ubicó en 14.6% (lo que representa una disminución de 2.9 puntos porcentuales), como se aprecia en la gráfica siguiente.

Gráfica 4. Porcentaje de nacimientos registrados de madres adolescentes (menores de 20 años), en México. Años 2018 y 2024.



Fuente: Elaboración propia, con datos del INEGI.³¹

Respecto de la situación en las entidades federativas tenemos que, en 2018, los tres estados con los mayores porcentajes de nacimientos registrados en menores de 20 años fueron Coahuila, Chihuahua y Durango; para 2024, fueron Chiapas, Guerrero y nuevamente Chihuahua.

³¹ Datos relativos al porcentaje de nacimientos registrados de madres adolescentes (menores de 20 años) por entidad federativa de residencia habitual de la madre, serie anual de 2010 a 2024. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Natalidad_Natalidad_02_4e506333-fc26-4f8b-af82-575643de5fe2&idrt=126&opc=t Fecha de consulta: 16 de octubre 2025.

Mapa 4. Porcentaje de nacimientos registrados de madres adolescentes,³² por entidad federativa, año 2018.



Fuente: Elaboración propia, con datos del INEGI.³³

³² Menores de 20 años.

³³ Datos relativos al porcentaje de nacimientos registrados de madres adolescentes (menores de 20 años) por entidad federativa de residencia habitual de la madre, serie anual de 2010 a 2024. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Natalidad_Natalidad_02_4e506333-fc26-4f8b-af82-575643de5fe2&idrt=126&opc=t Fecha de consulta: 16 de octubre 2025.

Mapa 5. Porcentaje de nacimientos registrados de madres adolescentes,³⁴ por entidad federativa, año 2024.



Fuente: Elaboración propia, con datos del INEGI.³⁵

Resulta relevante la disminución de 2.9 puntos porcentuales del embarazo en adolescentes en un periodo de 6 años en el país. Sin embargo, es importante continuar con los esfuerzos en esta materia y fortalecer las

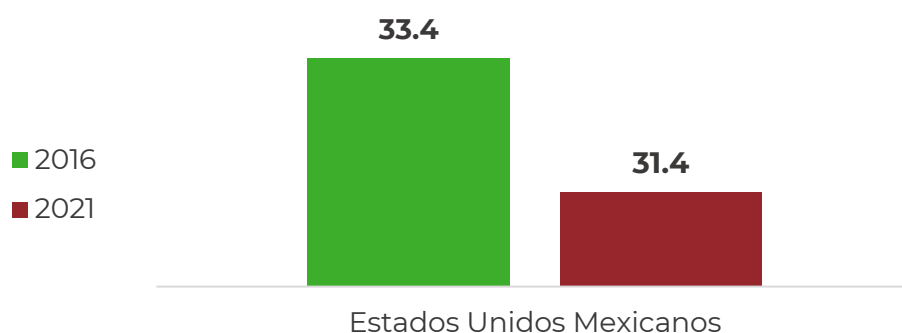
³⁴ *Ibid.*

³⁵ *Ibid.*

acciones a nivel federal y estatal, especialmente en Chihuahua y las entidades que presentan las mayores cifras.

La erradicación de la **violencia obstétrica** continúa siendo un tema prioritario en la agenda del derecho a la salud sexual y reproductiva de las mujeres. De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH), en 2016 el 33.4% y en 2021 el 31.4% de las mujeres de 15 a 49 años³⁶ vivió algún tipo de maltrato durante la atención obstétrica. Lo anterior, representa una disminución de 2 puntos porcentuales en un periodo de 5 años.

Gráfica 5. Distribución de mujeres de 15 a 49 años en México con condición de maltrato en su último parto.



Fuente: Elaboración propia con datos del INEGI. ENDIREH, 2016 y 2021.

A nivel estatal, en 2016 las mayores incidencias se registraron en el Estado de México, Ciudad de México y Tlaxcala. Para 2021, las dos últimas entidades mantuvieron su posición, mientras que San Luis Potosí sustituyó al Estado de México, tal como se observa en los siguientes mapas.

³⁶ Que tuvieron su último parto o cesárea durante los últimos 5 años.

Mapa 6. Distribución de mujeres de 15 a 49 años, que tuvieron el nacimiento de un hijo/a entre 2011 y 2016 por entidad federativa, con incidentes de maltrato en su último parto.



Fuente: Elaboración propia con datos del INEGI. ENDIREH, 2016.

Mapa 7. Distribución de mujeres de 15 a 49 años, que tuvieron el nacimiento de un hijo/a entre 2016 y 2021 por entidad federativa, con incidentes de maltrato en su último parto.

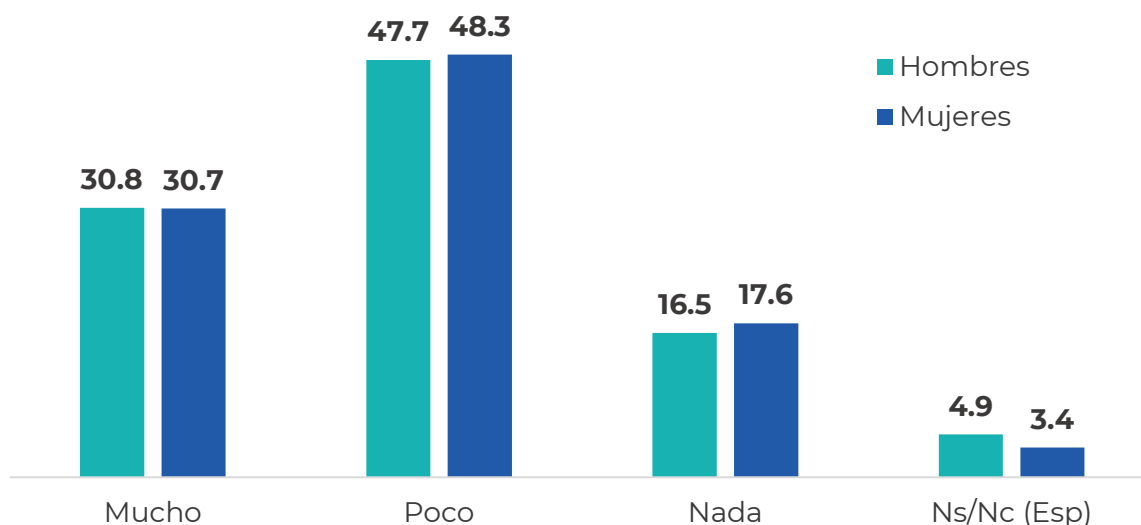


Fuente: Elaboración propia con datos del INEGI. ENDIREH, 2021.

Finalmente, sobre este tema, es relevante observar la percepción de las personas respecto al trabajo realizado en el país para erradicar la violencia obstétrica. De acuerdo a la ENO 2024, el 30.7% de las mujeres y 30.8% de los hombres consideró que se ha trabajado mucho para erradicarla. Sin

embargo, el 48.3% de las mujeres y 47.7% de los hombres opinó que los esfuerzos en esta materia son pocos.³⁷

Gráfica 6. Opinión sobre el trabajo realizado en México para eliminar la violencia obstétrica.



Fuente: CNDH. Encuesta Nacional de Opinión en Vivienda 2024.

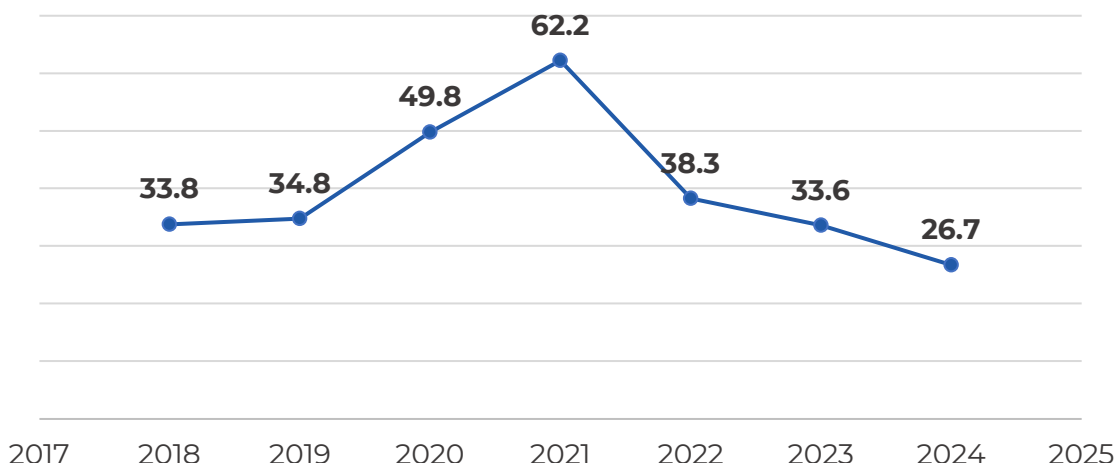
Otro indicador relevante para monitorear el derecho a la salud de las mujeres es el de **razón mortalidad materna (RMM)**,³⁸ que en la semana 43³⁹ del año 2018 se situó en 33.8%. Destaca que en 2021 aumentó de manera significativa al ser la RMM de 62.2%, mientras que en 2024 se redujo a 26.7%.

³⁷ CNDH. (2024). Encuesta Nacional de Opinión en Vivienda. Disponible en: https://igualdaddegenero.cndh.org.mx/doc/Evaluacion/Analisis_Resultados_ENO_2024.pdf Fecha de consulta: 28 de octubre 2025.

³⁸ La cual se calcula por 100,000 recién nacidos vivos.

³⁹ De la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud.

Gráfica 7. Razón de muerte materna, semana epidemiológica 43 de 2025
(a la semana de la Dirección General de Epidemiología).



Fuente: Elaboración propia, con información de la Secretaría de Salud.⁴⁰

En lo que respecta a la **interrupción legal del embarazo**,⁴¹ se identifican avances legislativos orientados a su despenalización en las primeras semanas de gestación en 24 entidades federativas (75% del total de estados). Sin embargo, se identificó un retroceso en Aguascalientes, ya que se redujo el plazo para acceder a la interrupción legal. Las ocho entidades que no han implementado reformas en esta materia son Durango, Guanajuato, Morelos, Nuevo León, Querétaro, Sonora, Tamaulipas y Tlaxcala.

La persistencia de la criminalización del aborto provoca impactos negativos en el ejercicio de los derechos humanos de las mujeres y personas gestantes, al exponerlas a procedimientos inseguros que pueden derivar en complicaciones como abortos incompletos,

⁴⁰ Secretaría de Salud. Subsecretaría de Políticas de Salud y Bienestar Poblacional. Dirección de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades No Transmisibles. Informe Semanal de Notificación Inmediata de Muerte Materna. Semana Epidemiológica 43. (27 octubre 2025). Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/1032394/MM_SE_43_2025.pdf Fecha de consulta: 28 de octubre 2025.

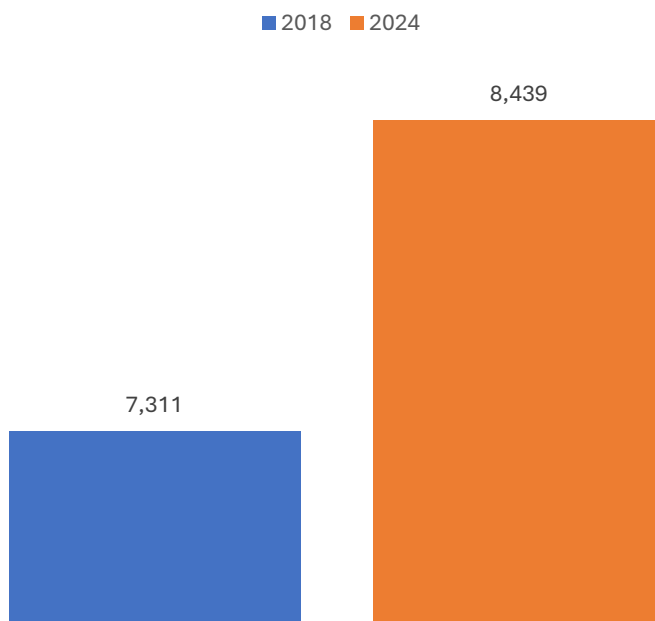
⁴¹ Con fecha de corte de la información al 30 de octubre de 2025.

Mapa. 8. Estados que han despenalizado el aborto en las primeras semanas de gestación



⁴² Secretaría de Salud, Subsecretaría de Políticas de Salud y Bienestar Poblacional y Dirección General de Epidemiología. Informe Semanal. Notificación Inmediata de Muerte Materna. Semana epidemiológica 34, 25 de agosto 2025. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/1018715/MMSE342025.pdf> Fecha de consulta: 05 de septiembre 2025.

Gráfica 8. Defunciones registradas por cáncer de mama en mujeres. (Años 2018 y 2024)

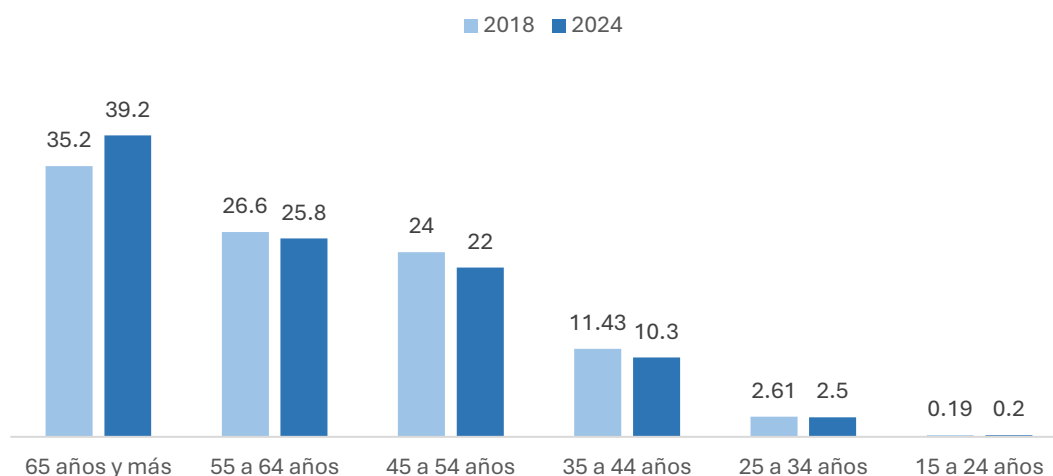


Fuente: Elaboración propia con datos del INEGI⁴³.

Ahora bien, en cuanto a las defunciones de las mujeres por cáncer de mama, según grupos de edad en 2018 y 2024, se identificó que el mayor porcentaje se concentra en mujeres de 65 años y más y en seguida en el grupo de 55 a 64 años.

⁴³ INEGI (2025). Reporte de Resultados 44/25. Estadísticas de Defunciones Registradas (EDR). 10 de noviembre de 2025. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2025/edr/EDR2024-def_RR.pdf e INEGI. (s/f) Nota Técnica. Estadística de defunciones registradas 2018. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/edr/doc/defunciones_registradas_2018_nota_tecnica.pdf Fecha de consulta 28 de noviembre 2025.

Gráfica 9. Porcentaje de defunciones por cáncer de mama, según grupos de edad de las mujeres. (Años 2018 y 2024)

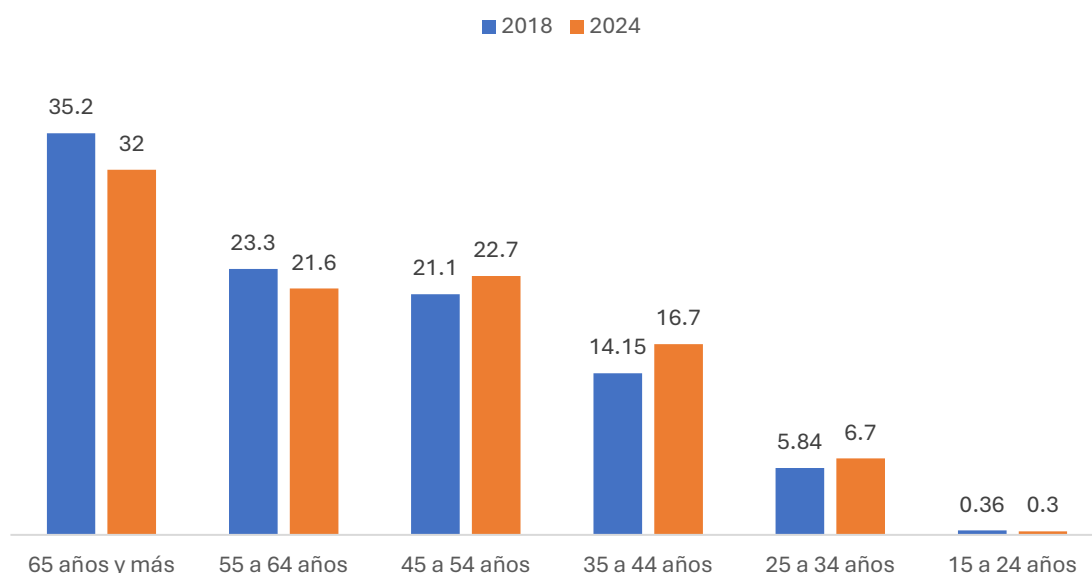


Fuente: Elaboración propia con información del INEGI.⁴⁴

En cuanto a la situación del **cáncer cérvico uterino**, en 2018 se registraron 4,139 casos y en 2024 fueron 4,646. El grupo de edad con mayor porcentaje fue el de 65 años y más.

⁴⁴ *Ibid.*

Gráfica 10. Defunciones por cáncer cervicouterino según grupos de edad. (Años 2018 y 2024)



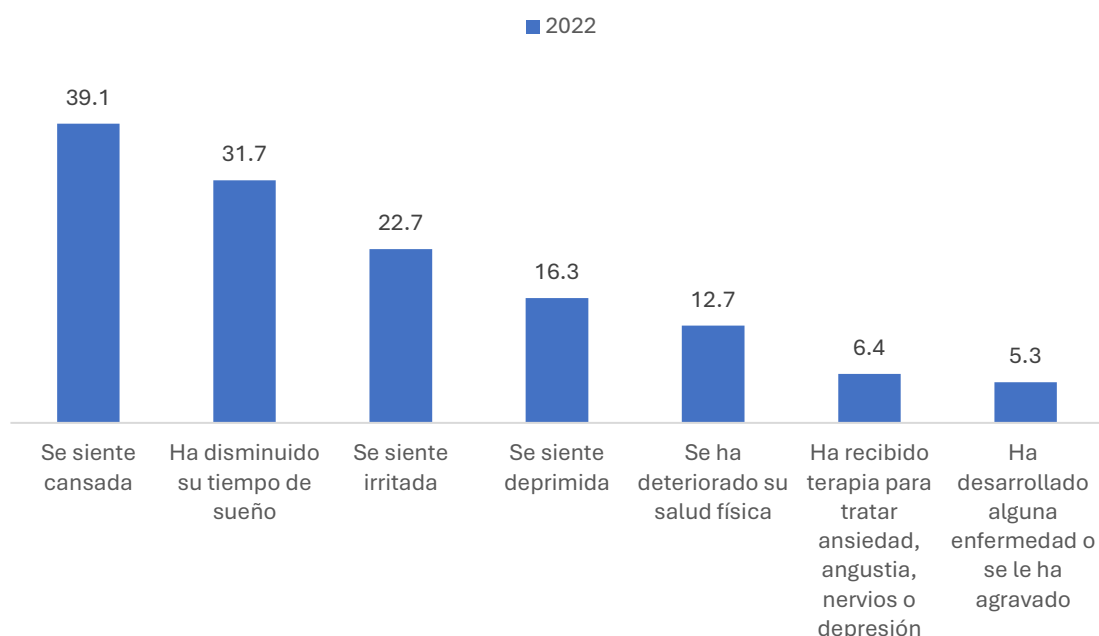
Fuente: Elaboración propia con información del INEGI.⁴⁵

Otros factores que generan impactos en el derecho a la salud de las mujeres son la división sexual del trabajo y la violencia de género. Por ello aducimos información de la ENASIC 2022, la cual reveló que las mujeres cuidadoras tienen afectaciones en la salud derivadas de las labores de cuidados. Así, de 21.7 millones de mujeres encargadas de estas labores, el 16.3% refirió estar deprimida, 12.7% que se ha deteriorado su salud física, 6.4% ha recibido terapia para tratar ansiedad, angustia, nervios o depresión, y 5.3% que ha desarrollado alguna enfermedad o se le ha agravado⁴⁶.

⁴⁵ *Ibid.*

⁴⁶ INEGI (2022). Encuesta Nacional para el Sistema de Cuidados (ENASIC) 2022. Principales Resultados. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enasic/2022/doc/enasic_2022_presentacion.pdf Fecha de consulta: 02 de diciembre 2025.

Gráfica 11. Mujeres cuidadoras con afectaciones en la salud física y emocional derivadas de la labor de cuidados en el hogar, según sexo. (Porcentaje)



Fuente: Elaboración propia con información del INEGI⁴⁷

En lo que respecta a los impactos de la violencia en la salud de las mujeres, la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH, 2021), reportó que el 70.1% de las mujeres han vivido al menos un incidente de violencia⁴⁸. Sin embargo, esta encuesta no aborda las afectaciones físicas y emocionales derivadas de dichas experiencias. Además, no fue posible acceder a la página web de las bases de datos de la Secretaría de Salud sobre lesiones debido a un error en el sitio. Otros datos que permiten aproximarnos a esta problemática son los relacionados con el número de mujeres presuntas víctimas de lesiones

⁴⁷ *Ibid.*

⁴⁸ INEGI. (2021). Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2021/doc/endireh2021_presentacion_ejecutiva.pdf Fecha de consulta: 8 de diciembre de 2025.

dolosas, reportadas por las Procuradurías o Fiscalías de las 32 entidades federativas. En 2018 se contabilizaron un total de 60,551⁴⁹ lesiones dolosas contra mujeres y en 2024 se registraron 67,807⁵⁰.

Eje temático: Salud de las mujeres en situación de vulnerabilidad⁵¹

Al analizar el derecho a la salud, es fundamental considerar las distintas manifestaciones de la discriminación que enfrentan las mujeres, motivadas por su origen étnico o nacional, edad, discapacidades, condición económica, situación migratoria, embarazo, entre otras. Sobre el particular, al analizar la situación de los derechos humanos de las **mujeres indígenas** en el ámbito de la salud, se observa que, de acuerdo con la Encuesta Nacional sobre Discriminación (ENADIS 2022) del INEGI, el 21.1% de las mujeres indígenas⁵² percibe que se les discrimina mucho en los servicios de salud, mientras que el 30.3% señaló que no es discriminada. Asimismo, 12.8% identificó la falta de atención médica como la principal problemática que enfrentan como grupo, percepción que también compartió el 13.6% de los hombres indígenas⁵³.

La ENADIS, también reportó en ese año que el 41.7% de la población indígena manifestó que se le negó de manera injustificada la atención

⁴⁹ Secretaría de Seguridad y Protección Ciudadana. Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública. Información sobre violencia contra las mujeres. (Incidencia delictiva y llamadas de emergencia 9-1-1) Centro Nacional de Información. Información con corte al 31 de diciembre de 2018. Disponible en: https://www.secretariadoejecutivo.gob.mx/docs/pdfs/nueva-metodologia/Info_violencia_contra_mujeres_DIC2018.pdf Fecha de consulta: 08 de diciembre 2025.

⁵⁰ Secretaría de Seguridad y Protección Ciudadana. Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública. Información sobre Violencia contra las Mujeres. Incidencia delictiva y llamadas de emergencia 9-1-1. Centro Nacional de Información (CNI). Información con corte al 31 de diciembre de 2024.

⁵¹ Para consultar los indicadores que integran este eje temático véase la pág. 30.

⁵² Los datos de mujeres indígenas presentados en este estudio de la ENADIS 2022, corresponden a mujeres indígenas de 12 años o más.

⁵³ INEGI. (2023). Encuesta Nacional sobre Discriminación. ENADIS 2022. Presentación de resultados. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadis/2022/doc/enadis2022_resultados.pdf Fecha de consulta: 10 de septiembre 2025.

médica o medicamentos; de este porcentaje, el 46.0% correspondió a mujeres y el 37.5% a hombres.

Finalmente, la encuesta estima que 28.1% de la población de mujeres indígenas declaró haber sido discriminada en los últimos 12 meses; y de ese porcentaje, el 9.5% señaló que la discriminación se debió por tener alguna enfermedad y el 6.2% por tener alguna discapacidad.

Siguiendo con el análisis de la información de la ENADIS 2022, en el caso de la [población afrodescendiente](#) tenemos que 28.3% de dicha población indicó que, se le negó injustificadamente alguno de sus derechos. Entre estas personas, el 35.9% señaló haber sufrido una negación injustificada de atención médica o de medicamentos; de este grupo, el 38.5% correspondió a mujeres y el 32.1% a hombres.

Dicha encuesta estima que el 37.2% de las [mujeres afrodescendientes](#)⁵⁴ declaró haber sido discriminada en los últimos 12 meses. De ellas, el 3.8% señaló que la discriminación se debió a tener alguna enfermedad y el 3.2% por tener alguna discapacidad.

También, la encuesta reflejó que 30.7% de la [población de 12 años y más con discapacidad](#) manifestó que, en los últimos 5 años, se le negó injustificadamente alguno de sus derechos. De este grupo, el 42.8% señaló que se le negó de manera injustificada la atención médica o de medicamentos; de dicho porcentaje, el 42.9% correspondió a [mujeres](#) y el 42.8% a hombres.

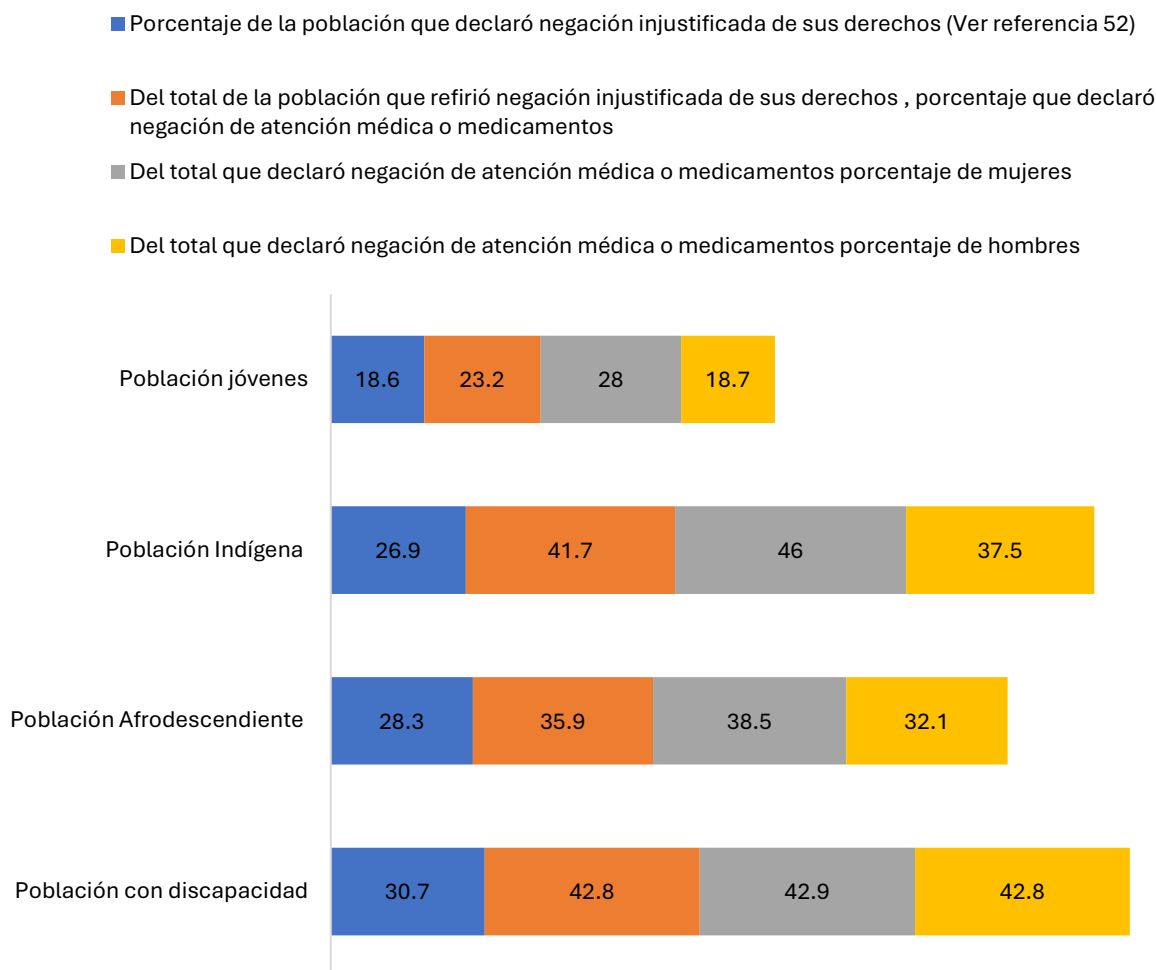
Por último, se destaca que la segunda problemática señalada por la población con discapacidad fue el costo de los cuidados, terapias y tratamientos. Del 21.7% que indicó esta situación, el 23% correspondió a mujeres y el 20.2% a hombres.

⁵⁴ De 12 años y más

En el caso de la **población migrante**, 25.1% apuntó que se le negó injustificadamente alguno de sus derechos en los últimos 5 años. De este, 24.3% refirió que la negación fue para recibir atención médica o medicamentos (21.7% hombres y 26.8% **mujeres**).

A continuación, se presenta gráficamente para mejor visualización la situación de cuatro grupos prioritarios respecto a la negación de atención médica o medicamentos. Fueron las mujeres indígenas quienes más refirieron la negación, seguida de las mujeres con discapacidad.

Gráfica 12. Negación de derechos⁵⁵ por grupo y población que refirió negación de atención médica o medicamentos (hombres y mujeres) (porcentaje)



Fuente: Elaboración propia con información del INEGI.⁵⁶

⁵⁵ El INEGI refiere los siguientes: Recibir apoyos de programas sociales (becas, BIENESTAR, etcétera); atención médica o medicamentos; atención o servicios en oficinas de gobierno; entrada o permanencia en algún negocio, centro comercial o banco; posibilidad de estudiar o seguir estudiando; la oportunidad de trabajar u obtener un ascenso; algún crédito de vivienda, préstamo o tarjeta; renta de un lugar para vivir, como departamento, vivienda o cuarto.

⁵⁶ INEGI. (2023). *Op. cit.*

Eje temático: Salud mental⁵⁷

La **salud mental** es un derecho humano fundamental; la Organización Mundial de la Salud señala que resulta esencial para que las personas desarrollen su potencial y contribuyan a la comunidad⁵⁸.

Los indicadores que permiten aproximarnos a la situación de las mujeres en este ámbito son:

- La tasa de suicidios por sexo. En 2024 esta fue de 2.6 por cada 100 mil mujeres y 11.2 por cada 100 mil hombres⁵⁹.
- El porcentaje de mujeres con depresión fue de 19.5 en las mujeres, mientras que en los hombres alcanzó el 10.7⁶⁰.
- En el caso de mujeres con síntomas de ansiedad esta se situó en 44.7% en hombres y 56% en mujeres⁶¹.
- Por otro lado, de acuerdo con los resultados de la ENBIARE, el promedio de balance anímico es de 4.69% en las mujeres y 5.49% para los hombres. Además, el promedio de satisfacción con la vida es de 8.37% en las mujeres y en los hombres 8.53%⁶², destaca que en todos los grupos de edad tienen promedios más bajos las mujeres.

⁵⁷ Para consultar los indicadores que integran este eje temático véase la pág. 31.

⁵⁸ Organización Mundial de la Salud. Salud mental (8 de octubre de 2025) Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> Fecha de consulta: 02 de diciembre 2025

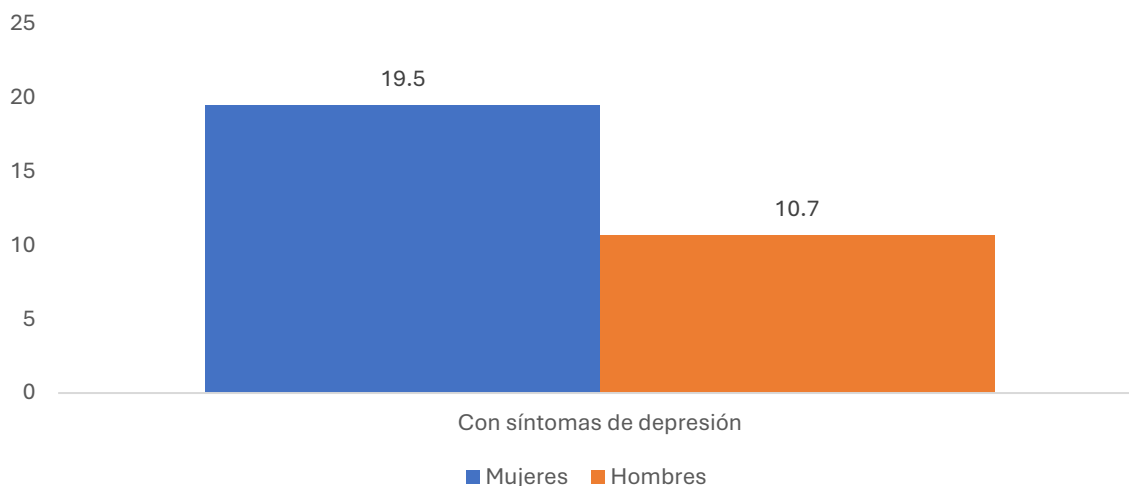
⁵⁹ INEGI. Comunicado de prensa 126/25. Estadísticas a propósito del Día Mundial para la Prevención del Suicidio (8 de septiembre de 2025) Estadísticas a propósito del Día Mundial para la Prevención del Suicidio (10 de septiembre). Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2025/EAP_Suicidio_25.pdf Fecha de consulta: 15 de diciembre 2025

⁶⁰ INEGI. Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado ENBIARE 2021. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enbiare/2021/doc/enbiare_2021_presentacion_resultados.pdf Fecha de consulta: 02 de diciembre 2025.

⁶¹ *Ibid.*

⁶² En el balance anímico y en satisfacción con la vida el INEGI indica que dicha variable tiene un recorrido de -10 a 10 de promedio.

Gráfica 13. Porcentaje de mujeres y hombres con síntomas de depresión.



Fuente: INEGI⁶³.

Este panorama de diversos indicadores relacionados con el derecho a la salud de las mujeres permite establecer líneas de base, que orienten futuros diagnósticos y el monitoreo de los avances en las políticas implementadas por el Estado. Si bien se identificaron avances en la prevención del embarazo adolescente y en la disminución de la violencia obstétrica, estos aún deben fortalecerse. A continuación, presentamos algunos hallazgos y reflexiones finales sobre este contexto que se ha descrito.

⁶³ INEGI. ENBIARE 2021. *Op. cit.*

4. Consideraciones finales

En la garantía del derecho a la salud confluyen diversos aspectos, tales como el institucional, el legal, los aspectos sociales, las relaciones de género, así como factores estructurales y medio ambientales, entre otros. Aunque este derecho tiene un carácter progresivo, es fundamental también considerar las obligaciones inmediatas que el Estado debe cumplir para garantizar su plena efectividad, por lo que los hallazgos de este diagnóstico permitieron identificar los avances alcanzados y aquellos temas donde aún es necesario reforzar la acción gubernamental, destacamos los siguientes elementos:

- ▶ El grupo de mujeres entre los 15 y 29 años concentra los niveles más altos de no afiliación a los servicios de salud. Por ello, resulta importante fortalecer las políticas dirigidas a las juventudes.
- ▶ Existe una percepción en el 48.4% de la población entrevistada (ENO 2024) de que *no se ha trabajado* en el país para brindar igualdad de oportunidades a hombres y mujeres en el acceso al derecho a la salud.
- ▶ En el eje de derechos sexuales y reproductivos, se observó que la necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos aumentó al comparar los datos de 2018 y 2023. Por ello, será necesario analizar los diversos factores que han influido en este incremento, especialmente en los estados de Chiapas y Campeche, que registraron los porcentajes más altos en ambos años.
- ▶ El porcentaje de mujeres unidas que utilizan métodos anticonceptivos modernos presentó una disminución del 0.8% a nivel nacional. Chiapas destaca nuevamente al registrar los niveles más bajos de uso de estos métodos tanto en 2018 como en 2023.

- ▶ Un indicador que muestra resultados favorables es el de embarazo adolescente, registrando una disminución significativa de 2.9 puntos porcentuales en los nacimientos de madres menores de 20 años. Por ello, deben reforzarse y ampliarse las estrategias impulsadas como la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes en México a nivel federal, y las acciones coordinadas con los gobiernos estatales y municipales para continuar con su disminución. Ahora bien, Chihuahua fue la entidad que se ubicó con mayor incidencia tanto en 2018 como en 2024, por lo que debe ponerse un énfasis especial en las políticas para la garantía de los derechos sexuales y reproductivos de las juventudes, que contemple educación integral en sexualidad, información amigable para las y los jóvenes, acceso a métodos anticonceptivos y al aborto legal (erradicando cualquier barrera que obstaculice su acceso). Asimismo, considerar estrategias para que el personal docente cuente con las herramientas necesarias para la educación integral en sexualidad.
- ▶ También se observó una disminución de 2 puntos en el porcentaje de mujeres que indicaron haber vivido maltrato durante la atención obstétrica en 2016 y 2021. En estos años la Ciudad de México y Tlaxcala registraron los porcentajes más elevados de maltrato, aunque mostraron una reducción en el periodo más reciente. Ante esta situación deben fortalecerse a nivel federal y estatal las acciones y políticas dirigidas a su erradicación, considerando entre otras acciones el trabajo con las instituciones que forman a las y los estudiantes para incorporar la perspectiva de género y de derechos humanos en su formación; capacitación y formación para el personal de salud y administrativo; e información a las mujeres y personas gestantes sobre el embarazo y el proceso del parto. También, otra estrategia debe centrarse en el fortalecimiento organizacional y del presupuesto para contar con el personal, los insumos e instalaciones necesarias para la atención del parto y las emergencias obstétricas con los más altos estándares.

- ▶ En cuanto a la razón de muerte materna, si bien se identificó un aumento significativo en 2021, hubo una reducción en 2024, alcanzando niveles más bajos a los registrados en 2018. Las políticas implementadas a partir del análisis de este indicador confirman un avance importante, por lo que deben intensificarse y reforzarse para continuar con una tendencia a la baja.
- ▶ Se identifican avances legislativos orientados a la despenalización del aborto en las primeras semanas de gestación en 24 entidades federativas (75% del total). Se reconoce a estas entidades que han avanzado en la garantía de los derechos humanos de las mujeres y personas gestantes, asimismo se sugiere reforzar y desarrollar políticas públicas integrales que eliminen cualquier barrera institucional y cultural que limiten su acceso. Por otro lado, es urgente que los estados que no han realizado reformas en esta materia aceleren los procesos, para que las mujeres de todas las entidades federativas gocen de manera plena y efectiva su derecho a decidir.
- ▶ En cuanto a las defunciones por cáncer de mama y cervicouterino, se distinguen retos, dado que no ha logrado disminuirse su incidencia, por lo que deberá reforzarse la acción gubernamental.
- ▶ La asignación social a las mujeres del rol de cuidadoras - de la niñez, de las personas adultas mayores, enfermas, u otros dependientes- también impacta en la salud de las mujeres. En este sentido, el Compromiso de Tlatelolco asumido por el Estado representa un avance importante que debe reflejarse en la vida cotidiana de las mujeres. Por ello, será necesario en el mediano plazo, observar la información que arroje el INEGI, a través de la ENASIC u otros instrumentos sobre la redistribución del trabajo de cuidados.
- ▶ Se identificó la importancia de contar con mayores datos sobre los impactos de la violencia en la salud de las mujeres, a través de la

ENDIREH u otros instrumentos periódicos. De los datos consultados en este diagnóstico se observó un aumento en el número de presuntas víctimas mujeres de lesiones dolosas.

- ▶ De la situación de 4 grupos analizados se identificó que la población con discapacidad y la indígena, fueron quienes más refirieron la negación de atención médica o medicamentos en los servicios de salud. En este sentido, se deberá hacer mayor énfasis en políticas públicas para grupos en situación de vulnerabilidad.
- ▶ En cuanto a la salud mental las mujeres no registran la tasa más alta de suicidios en comparación con los hombres. Sin embargo, presentan porcentajes más elevados en cuanto a depresión y ansiedad.

A partir de los hallazgos de este diagnóstico se hace un llamado a las autoridades tanto federales como estatales, en los ámbitos respectivos de su competencia, para consolidar las políticas, presupuestos y legislación como parte de las actividades de prevención, protección, garantía y promoción del derecho a la salud de las mujeres.

Asimismo, este diagnóstico se espera sea de utilidad también para las organizaciones sociales, la academia y la ciudadanía en general, ya que el Estado Mexicano es requerido en su integralidad para avanzar hacia la progresividad de este derecho.

5. Bibliografía

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, última reforma publicada al 15 de abril de 2025. Disponible en:
<https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>

Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, última reforma publicada el 16 de diciembre de 2024. Disponible en:
<https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGIMH.pdf>

Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, última reforma publicada el 16 de diciembre de 2024. Disponible en:
<https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV.pdf>

CEPAL. (2007). Décima Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe. Consenso de Quito. Disponible en:
<https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/consensodequito.pdf>

Estrategia de Montevideo para la implementación de la Agenda Regional de Género en el Marco del Desarrollo Sostenible hacia 2030 (2016). Disponible en:
<https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/a13d08d0-4481-434c-8fe7-2eb4f482c306/content>

Compromiso de Santiago. Un instrumento regional para dar respuesta a la crisis del COVID-19 con igualdad de género (2021). Disponible en:
<https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/859eed5e-7e1b-4e29-be4d-bbc7edf820be/content>

XV Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe. Compromiso de Buenos Aires, Buenos Aires, 07 al 11 de noviembre de 2022. Disponible en:
<https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/6ef02df9-68a1-4d75-a707-f753a31405ae/content>

Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe. Disponible en:
<https://oig.cepal.org/es/autonomias/autonomia-economica>

CNDH (2024). Encuesta Nacional de Opinión en Vivienda. Disponible en: https://igualdaddegenero.cndh.org.mx/doc/Evaluacion/Analisis_Resultados_ENO_2024.pdf

CNDH (2025) Plan Estratégico Institucional PEI 2025-2029. Disponible en: https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Transparencia/17/PEI_2025-2029.pdf

Decimosexta Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe. (2025). Compromiso de Tlatelolco. Una Década de Acción para el logro de la Igualdad Sustantiva de Género y la Sociedad del Cuidado. Disponible en: <https://www.gob.mx/mujeres/documentos/compromiso-de-tlatelolco-una-decada-de-accion-para-el-logro-de-la-igualdad-sustantiva-de-genero-y-la-sociedad-del-cuidado>

Facio, Alda. (2003). “Asegurando el futuro: las instituciones nacionales de derechos humanos y los derechos reproductivos”, en Promoción y defensa de los derechos reproductivos: nuevo reto para las instituciones nacionales de derechos humanos, San José, de Costa Rica, Instituto Interamericano de Derechos Humanos. Disponible en: <https://repositorio.iidh.ed.cr/handle/123456789/93>

Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2014) Programa de Acción aprobado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994. Disponible en: https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/ICPD_programme_of_action_es.pdf

Gobierno de México, Secretaría de Economía. Catálogo Mexicano de Normas. Disponible en: https://platiica.economia.gob.mx/normalizacion/catalogo-mexicano-de-normaswd_asp-id29/

INEGI. (2017). Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016. Principales Resultados. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2016/doc/endireh2016_presentacion_ejecutiva.pdf

Censo de Población y Vivienda 2020. Tabulados del Cuestionario Básico. Servicios de salud. (Población total por tamaño de localidad, sexo y grupos quinquenales de edad según condición de afiliación a servicios de salud y tipo de institución) (2020). Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/#tabulados>

Población según condición de afiliación a servicios de salud y sexo por entidad federativa, 2020 (2020). Disponible en:

https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Derechohabiencia_Derechohabiencia_01_3e83e8a1-690d-4cfb-8af0-a1e675979b3e&idrt=143&opc=t

Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares. ENDIREH 2021. Principales Resultados. Disponible en:
https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2021/doc/endireh2021_presentacion_ejecutiva.pdf

Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado ENBIARE 2021. Disponible en:
https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enbiare/2021/doc/enbiare_2021_presentacion_resultados.pdf

Encuesta Nacional para el Sistema de Cuidados (ENASIC) 2022. Principales Resultados. Disponible en:
https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enasic/2022/doc/enasic_2022_presentacion.pdf

Encuesta Nacional sobre Discriminación. ENADIS 2022. Presentación de resultados. (2023). Disponible en:
https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadis/2022/doc/enadis2022_resultados.pdf

Comunicado de prensa 117/25. Estadísticas de defunciones registradas (EDR). 8 de agosto de 2025. Disponible en:
https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2025/edr/EDR2024_CP_ene-dic.pdf

Reporte de Resultados 44/25. Estadísticas de Defunciones Registradas (EDR). 10 de noviembre de 2025. Disponible en:
https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2025/edr/EDR2024-def_RR.pdf

Datos relativos al porcentaje de nacimientos registrados de madres adolescentes (menores de 20 años) por entidad federativa de residencia habitual de la madre, serie anual de 2010 a 2024. (s/f) Disponible en:
https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Natalidad_Natalidad_02_4e506333-fc26-4f8b-af82-575643de5fe2&idrt=126&opc=t

INEGI. Nota Técnica. Estadística de defunciones registradas 2018. (s/f) Disponible en:
https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/edr/doc/defunciones_registradas_2018_nota_tecnica.pdf

Instituto Nacional de las Mujeres. Sistema de Indicadores de género. Autonomía de las mujeres. Disponible en:
<http://estadistica.inmujeres.gob.mx/formas/tarjetas/Autonomia.pdf>

Sistema de Indicadores de género. Población indígena. (2021) Disponible en: http://estadistica.inmujeres.gob.mx/formas/tarjetas/Poblacion_indigena.pdf

Sistema de Indicadores de género. Población afrodescendiente. (2024). Disponible en: http://estadistica-sig.inmujeres.gob.mx/formas/tarjetas/TT_Afrodescendiente.pdf

Naciones Unidas. Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (2025). Observaciones finales sobre el décimo informe periódico de México. (10 de julio de 2025) Disponible en: <https://docs.un.org/es/CEDAW/C/MEX/CO/10>

Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. (18 de diciembre de 1979). Disponible en: <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CEDAW.aspx>

Naciones Unidas, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>

Naciones Unidas, Consejo Económico y Social Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2000). El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud: 11/08/2000. E/C.12/2000/4, CESCR Observación General 14. (General Comments). Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>

Naciones Unidas, Asamblea General (2006). Sexagésimo primer período de sesiones Tema 66 b) del programa provisional. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Disponible en: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N06/520/00/PDF/N0652000.pdf?OpenElement>

Naciones Unidas. Asamblea General. (2024). Consejo de Derechos Humanos. 56° período de sesiones. 18 de junio a 12 de julio de 2024. Tema 6 de la agenda. Examen periódico universal. Informe del Grupo de Trabajo sobre el Examen Periódico Universal, México. Disponible en: <https://hchr.org.mx/wp/wp-content/uploads/2024/08/g2403753.pdf>

Organización de los Estados Americanos. (1994) Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer. “Convención de Belém do Pará”. Disponible en: <https://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y Organización Mundial de la Salud. El derecho a la salud. Folleto informativo no. 31. Disponible en: https://acnudh.org/wp-content/uploads/2018/04/31_Factsheet31sp.pdf

La Mujer y la Salud. CEDAW. Recomendación General 24. (General Comments) Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1280.pdf>

ONU MUJERES, (1995). Declaración y Plataforma de Acción de Beijing. Declaración política y documentos resultados de Beijing+5 Disponible en: https://www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/CSW/BPA_S_Final_WEB.pdf

Organización Mundial de la Salud. Salud mental (8 de octubre de 2025) Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Secretaría de Salud. Subsecretaría de Políticas de Salud y Bienestar Poblacional. Dirección de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades No Transmisibles. Informe Semanal de Notificación Inmediata de Muerte Materna. Semana Epidemiológica 43. (27 octubre 2025). Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/1032394/MM_SE_43_2025.pdf

Secretaría de Salud, Subsecretaría de Políticas de Salud y Bienestar Poblacional y Dirección de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades No Transmisibles. Informe Semanal. Notificación Inmediata de Muerte Materna. Semana epidemiológica 34 (25 de agosto 2025). Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/1018715/MMSE342025.pdf>

Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica. Catálogo Nacional de Indicadores. Nombre del indicador clave: Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos en mujeres en edad fértil (15 a 49 años) unidas. Series exportadas. Disponible en: <https://www.snieg.mx/cni/escenario.aspx?idOrden=1.3&ind=6200031941&gen=1508&den>

Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica. Catálogo Nacional de Indicadores. Nombre del indicador clave: Necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos de mujeres en edad fértil (15 a 49 años) sexualmente activas. Series exportadas. Disponible en: <https://www.snieg.mx/cni/escenario.aspx?idOrden=1.3&ind=6207081417&gen=13035&den>



PAMIMH

Programa de Asuntos de la Mujer y
de Igualdad entre Mujeres y Hombres

<https://igualdaddegenero.cndh.org.mx/>

Comisión Nacional de los Derechos Humanos

Periférico Sur 3469,
Col San Jerónimo Lídice,
Magdalena Contreras

